

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ФОРМУЛИРОВКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

МОСКВА

Чернеховская Н. Е.

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

CHRONIC BRONCHITIS:
ENDOSCOPIC PICTURE AND FORMULATION OF THE CONCLUSION OF THE ENDOSCOPIC EXAMINATION

N. E. Chernekhovskaya

Russian Medical Academy of Continuing Professional Educati

АННОТАЦИЯ

На основании 45-ти летнего опыта преподавания эндоскопии, автор акцентирует внимание врачей-эндоскопистов на правильном описании эндоскопической картины хронического бронхита и эндоскопического заключения, указывая на наиболее часто встречающиеся ошибки.

Ключевые слова: хронический бронхит, степень интенсивности воспаления слизистой

ANNOTATION

Based on 45 years of experience in teaching endoscopy, the author focuses the attention of endoscopists on the correct description of the endoscopic picture of chronic bronchitis and endoscopic conclusion, pointing out the most common errors.

Key words: chronic bronchitis, degree of inflammation of the mucosa/

Европейское общество пульмонологов исходит из определения хронического бронхита как состояния, для которого характерен кашель с отделением мокроты как минимум в течение 3 месяцев в году на протяжении последних 2 лет [1].

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости хроническим бронхитом в большинстве развитых стран мира. К внешним факторам риска развития хронического бронхита относятся курение, загрязнение окружающей среды, вирусные респираторные заболевания, определенные профессии (водители транспорта, угольщики, рабочие химических предприятий, ткачи, сельскохозяйственные рабочие). Среди других факторов риска следует указать на алкоголизм и наркоманию.

Ведущую роль в развитии хронического бронхита играют внутренние факторы риска, такие как дисбаланс в системе протеиназы – ингибиторы, недостаточность иммунных механизмов, пожилой возраст, мужской пол, повышенная

чувствительность и гиперреактивность слизистой оболочки бронхов при действии некоторых внешних раздражителей, генетическая предрасположенность [2].

Отмечается также рост летальности от хронического бронхита, вернее, от его осложнений, к которым относятся легочно-сердечная недостаточность и легочное сердце. Среди всех заболеваний органов дыхания именно хронический обструктивный бронхит и бронхиальная астма являются наиболее частыми причинами ранней инвалидности и высокой смертности больных.

Хронический бронхит – это заболевание, в диагностике которого врачи – клиницисты допускают наибольшее количество ошибок. Это связано, во-первых, с тем, что клиническая картина хронического бронхита – кашель с выделением мокроты и одышка различной степени выраженности, не являются специфическими именно для хронического бронхита – такие жалобы встречаются практически у всех пациентов

с заболеваниями органов дыхания. Во-вторых, рентгенологическая картина при хроническом бронхите не имеет специфических черт – по ней нельзя ни подтвердить, ни исключить диагноз хронический бронхит [3, 4].

Не застрахованы от ошибок и врачи-эндоскописты, которые в силу недостаточных теоретических знаний нередко подменяют эндоскопический диагноз клиническим, а морфологический – эндоскопическим. В связи с этим хотелось бы еще раз обратиться к классификации хронического бронхита, дабы помочь врачам избежать неоднократно повторяющихся ошибок.

Прежде всего, необходимо напомнить о клинической классификации хронического бронхита, предложенной Н. Р. Палеевым, т.к. многие врачи-эндоскописты считают необходимым в эндоскопический диагноз вставить определение бронхита из клинической классификации [5]. По этой классификации выделяет 4 основные и 2 особые формы хронического бронхита.

1. Хронический простой (необструктивный) бронхит, протекающий с выделением слизистой мокроты и без вентиляционных нарушений.
2. Хронический гнойный (необструктивный) бронхит, протекающий с постоянным или периодическим выделением гнойной мокроты и без вентиляционных нарушений.
3. Хронический обструктивный бронхит, протекающий с выделением слизистой мокроты и стойкими обструктивными нарушениями вентиляции.
4. Хронический гнойно-обструктивный бронхит, протекающий с выделением гнойной мокроты и стойкими обструктивными нарушениями вентиляции.

К особым формам относят геморрагический и фибринозный бронхит.

Врачи-эндоскописты не должны писать в заключении «хронический бронхит», так как это диагноз клинический. Во время бронхоскопии мы видим картину воспаления, т.е. видим картину бронхита.

Как известно, понятия «необструктивный» и «обструктивный» можно применить только

после изучения вентиляционной функции легких и эти понятия могут употреблять только врачи-клиницисты при написании диагноза. Врачи-эндоскописты не имеют права в своих заключениях писать «обструктивный бронхит», даже если они видят большое количество секрета в просвете бронхов, и даже если известно, что у больного имеют место вентиляционные нарушения по обструктивному типу.

Далее хочется напомнить всем морфологическую классификацию хронического бронхита, которая была предложена А. И. Струковым и И. М. Кодоловой в 1970 г. По этой классификации бронхит разделяют:

1. По характеру воспаления:
 - Катаральный (эндобронхит)
 - Гнойный (мезо- и панбронхит)
 - Деструктивный (пан- и перибронхит).
2. По распространению:
 - Диффузный
 - Очаговый.

Давайте внимательно посмотрим и подумаем над этой классификацией. Катаральный бронхит (эндобронхит) – это воспаление, которое поражает только слизистую оболочку бронхов. При этом бронхите в просвете бронхов будет слизистый секрет в различном количестве. Что же пишут в своих заключениях врачи-эндоскописты? Если они видят в просвете бронхов гнойный секрет и умеренную гиперемию слизистой оболочки, то почему-то пишут заключение «гнойный эндобронхит», хотя, во-первых, для эндобронхита характерен слизистый секрет, а при наличии гнойного секрета в бронхиальном дереве речь уже идет не об эндобронхите, а о мезо- и панбронхите; во-вторых, эндобронхит – это понятие морфологическое, и врачи-эндоскописты не могут ставить его в качестве заключения после выполнения бронхоскопии.

Эта неразбериха началась давно, когда в монографии Г. И. Лукомского и соавт. «Бронхология» (1973) [6] впервые появился термин «эндобронхит». В дальнейшем этот термин был подхвачен врачами-эндоскопистами, так как никакой другой литературы по бронхоскопии не было.

Эндоскопическая классификация хронического бронхита была предложена J. Lemoine в 1965 г. и она приведена в монографии Г. И. Лукомского, где термин «бронхит» заме-

нен на термин «эндобронхит». По классификации J. Lemoine бронхит разделяют в зависимости от распространенности процесса [7]:

- Диффузный бронхит – поражены все эндоскопически видимые бронхи.
- Частично диффузный бронхит – верхне-долевые бронхи и их сегментарные и более мелкие ветви интактны.
- Строго ограниченный бронхит – поражена одна бронхиальная ветвь.

Однако в классификации J. Lemoine ничего не сказано о состоянии слизистой оболочки бронхов. В связи с этим она была дополнена Г. И. Лукомским и соавт. в 1982 г. [8]. Авторы ввели понятие «степень интенсивности воспаления слизистой оболочки бронхов» и выделили 3 степени.

I степень интенсивности воспаления – слизистая оболочка бронхов умеренно гиперемирована, сосудистый рисунок смазан за счет отека слизистой, рельеф хрящевых колец несколько стерт. Секрет слизистый в любом количестве (Рис. 1).

II степень интенсивности воспаления – слизистая оболочка бронхов ярко гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок не прослеживается. Межкошечные промежутки сглажены за счет отека слизистой, устья сегментарных и субсегментарных бронхов сужены за счет отека слизистой. Секрет слизисто-гнойный, вязкий или жидкий, в умеренном или большом количестве (Рис. 2).

III степень интенсивности воспаления – слизистая оболочка бронхов багрово-синюшного цвета, устья сегментарных бронхов представляются точечными за счет отека слизистой. Межкошечные промежутки полностью сглажены в уровень с хрящевыми кольцами за счет отека слизистой оболочки. Секрет гнойный, вязкий или жидкий, в любом количестве (Рис. 3).

Эндоскопическая диагностика воспалительных изменений в трахеобронхиальном дереве – наиболее сложная проблема в бронхологии. Бронхоскопия не математика, зачастую бывает сложно интерпретировать изменения слизистой оболочки из-за смазанности эндоскопической картины и четко определить степень интенсивности воспаления слизистой. При написании заключения мы должны ориентироваться в первую очередь на степень

выраженности отека слизистой оболочки, который влияет на дренажную функцию бронхов, и на характер секрета. Если мы видим яркую гиперемию слизистой оболочки (т.е. II степень интенсивности воспаления), суженные устья сегментарных бронхов до точечных за счет отека слизистой и гнойный секрет (III степень интенсивности воспаления), мы можем сделать следующее заключение: картина бронхита II – III степени интенсивности воспаления, или картина бронхита III степени интенсивности воспаления. Это не является принципиально важным, так как оба заключения служат показанием к проведению санационных бронхоскопий, чтобы повлиять на характер секрета, уменьшить воспаление и улучшить или восстановить дренажную функцию бронхов.

В последние годы увеличилось количество больных с атрофическим бронхитом. Это всегда диффузный двусторонний процесс. Благодаря ультраструктурным исследованиям биоптатов слизистой оболочки бронхов было выделено 2 формы хронического атрофического процесса в слизистой оболочке бронхиального дерева: первично-дистрофическая и первично-воспалительная. Они отличаются только характером и качеством секрета: при первично-дистрофической форме секрет слизистый, в незначительном количестве, а при первично-воспалительной форме секрет слизисто-гнойный или гнойный в любом количестве. И здесь врачи-эндоскописты допускают ошибку: при первично-дистрофической форме пишут атрофический бронхит I степени интенсивности воспаления, а при первично-воспалительной форме – атрофический бронхит II или III степени интенсивности воспаления. Вторая ошибка – врачи в протоколах дают оценку степени выраженности атрофии – умеренно выраженная или выраженная. Это абсолютно неверно, так как это нельзя определить даже при морфологическом исследовании биопсийного материала, а только при ультраструктурном исследовании. Таким образом, **Заключение** должно звучать следующим образом: картина диффузного двустороннего атрофического бронхита, первично-воспалительная форма (или первично-дистрофическая форма).

Подводя итог всему вышеизложенному, хочется подчеркнуть следующее. Врачи-эндоскописты в своих протоколах должны детально описывать все изменения, которые они видят в бронхиальном дереве, при этом ориенти-

руясь только на эндоскопическую картину, не подменяя заключения морфологическими и клиническими понятиями.

Отсутствие в течение долгого времени новых монографий по бронхоскопии привели к тому, что термины, предложенные более 40 лет назад, продолжают существовать до настоящего времени. Отучить от них врачей-эндоскопистов чрезвычайно сложно, так как они мало читают и довольствуются знаниями, полученными, в лучшем случае, из монографий Г. И. Лукомского, в худшем – из Интернета. На морфологическую классификацию хронического бронхита врачи-эндоскописты не обращают внимания, следствием чего является неправильное написание заключения в протоколах бронхоскопического исследования.

Как же правильно следует писать заключение? Врачи-эндоскописты не видят хронический бронхит, так как это клинический диагноз. Они видят картину воспаления слизистой оболочки бронхов – картину бронхита. В зависимости от распространенности процесса это может быть картина диффузного, частично диффузного или строго ограниченного бронхита I, II, III степени интенсивности воспаления.

Преподавая эндоскопию в течение 40 лет, мы всегда делали акцент на правильном написании протокола эндоскопического исследования и заключения. К сожалению, в последние годы экономические условия в стране таковы, что врачи не могут выезжать на профессиональную переподготовку и повышение квалификации по эндоскопии в те города, где

имеются кафедры эндоскопии, и где профессионально учат преподаватели, занимающиеся только эндоскопией. Большинство врачей в настоящее время учатся на кафедрах хирургии, где не преподают эндоскопию, или на рабочих местах у врачей-эндоскопистов, которые сами не учились на кафедре эндоскопии, а являются самоучками. Из-за создавшейся эпидемиологической обстановки последипломное обучение врачей проходит дистанционно, что, конечно, снижает качество обучения. Из-за материальных трудностей врачи гораздо реже стали ездить на эндоскопические конференции, а это тоже школа, помогающая врачам-эндоскопистам узнать о последних достижениях в эндоскопии. К сожалению, врачи разобщены, редко где есть эндоскопическое общество, на заседаниях которого можно обмениваться опытом и обсуждать различные спорные вопросы. Все это привело к тому, что врачи-эндоскописты разучились правильно писать протокол эндоскопического исследования, не знают, что в заключении выносить на первое место, что на второе и т.д. В связи с этим мы решили напомнить врачам, как правильно оформлять протокол и заключение эндоскопического исследования.

Проще всего это будет объяснить на примерах.

Пример 1. У пациента диагностирована рентгенологически правосторонняя среднедолевая пневмония. Возбудитель не высеян.

Слизистая оболочка среднедолового бронха и его сегментарных ветвей умеренно гипемирована, отечна, устья субсегментарных бронхов несколько ограничены в подвижно-

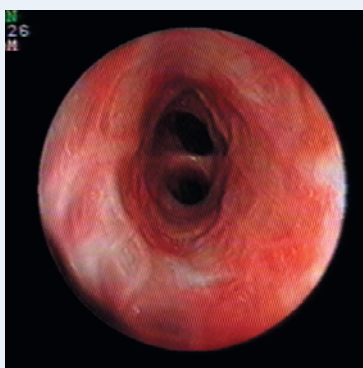


Рис. 1. Картина строго ограниченного бронхита I степени интенсивности воспаления

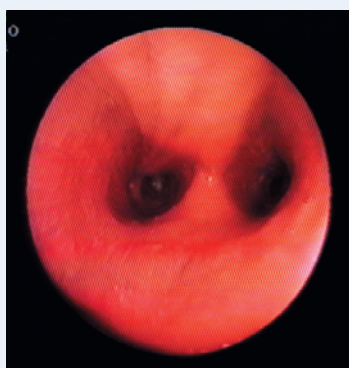


Рис. 2. Картина диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления

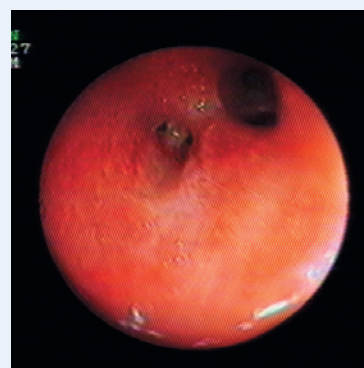


Рис. 3. Картина строго ограниченного бронхита III степени интенсивности воспаления

сти. Секрет слизистый, жидкий, в значительном количестве.

Заключение (правильно): картина строго ограниченного правостороннего бронхита I степени интенсивности воспаления.

Заключение (неправильно): эндоскопическая картина соответствует диагнозу пневмония.

Точно так же мы не можем писать о соответствии эндоскопической картины диагнозу бронхоэктазии, муковисцидоз, абсцесс легкого и т.д. Мы видим только картину бронхита.

В связи с этим хочется еще раз напомнить врачам-эндоскопистам, как правильно писать протокол и заключение по эндоскопической картине бронхита.

Пример 2. Голосовая щель правильной формы, трахея свободная, картина несколько расшире-

на, отмечается пролапс мембранозной части трахеи и главных бронхов в просвет во время выдоха с сужением просвета до 2/3. Устья бронхов 1-5 порядков свободные, преимущественно сегментарные бронхи сужены за счет отека слизистой, шпоры их ограничены в подвижности. Слизистая оболочка всех видимых бронхов гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок не прослеживается. Секрет слизисто-гнойный, жидкий, в большом количестве. *Заключение:* картина диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления, дистония 2 степени.

Завершая статью, хочется напомнить врачам, что эндоскопия – это быстро развивающаяся специальность. В связи с этим необходимо постоянно следить за литературой, много читать, чтобы быть в курсе всех последних достижений в области эндоскопии. Только таким образом можно избежать ошибок, на которые мы обратили ваше внимание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: БИНОМ. 1998. 510 с.
2. Пульмонология: Национальное руководство. Краткое издание/Под ред А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013. – 767 с.
3. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И., Виннер М. Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. – М.: Медицина. – 1987. – 640 с.
4. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости. – СПб: Элби, 2003. – 371 с.
5. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Андреев В. Г., Повалаяев А. В. Рентгенография и эндоскопия органов дыхания. М.: БИНОМ. 2020. – 253 с.
6. Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Виннер М. Г., Сметнев А. С. Бронхология. М.: Медицина. – 1973. – 360 с.
7. Lemoine J. Les bronchitis chroniques. Paris. 1965.
8. Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Виннер М. Г., Овчинников А. А. Бронхопульмонология. М.: Медицина. – 1982. – 400 с.