

**Тамашакина Г.Н.,<sup>1</sup> Кривонос П.С.<sup>2</sup>, Панасюк В.К.<sup>1</sup>**

**ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ  
БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ//Материалы 1-ой Республиканской**

научно-практической конференции с международным участием  
«Эндоскопическая хирургия. Перспективы развития», Минск, 2015. С.58-59.

<sup>1</sup>ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»,

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, РБ

**ВВЕДЕНИЕ.** Дифференциальная диагностика бронхолегочной патологии представляет значительные трудности в тех случаях, когда отсутствуют патогномичные признаки болезни, а данные анамнеза и клиничко-рентгенологические показатели характерны сразу для нескольких заболеваний. Успешно решать многие задачи дифференциальной диагностики позволило развитие бронхофиброскопической техники. Для визуализации и эндобронхиальных манипуляций стали доступны все субсегментарные бронхи IV-VI и части VII порядка.

**ЦЕЛЬ.** Оценить значение бронхологического обследования и эффективность применения различных видов эндобронхиальных биопсий при дифференциальной диагностике бронхолегочной патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты бронхологического (БС) и морфологического исследований биоптатов у 253 пациентов, находившихся на обследовании в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2012-2014г.г. Пациенты были в возрасте от 22 до 88 лет. Обследованных после 40 лет - 74,7% (189 чел.), в том числе старше 60 лет - 32,8% (83). БС выполняли бронхофиброскопами обычного (ФОД) и уменьшенного диаметра 3,1мм (ФУД) под местной анестезией, после комплексного клиничко-рентгенологического обследования, включая КТ легких.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** При использовании ФОД у 40,7% (103чел.) пациентов выявлены патологические изменения в бронхах I-IV порядка. При использовании ФУД у 109 чел. (43,1%) диагностирована патология в бронхах V-VII порядка. Только у 41 чел. (16,2%) при БС патология бронхах не была выявлена. Для уточнения процесса в легких и бронхах выполняли прямую щипцовую биопсию (40,7%), внутрибронхиальную (47,0%) или трансбронхиальную (12,3%) щипцовые биопсии. У 21 (8,3%) пациентов были выполнены два вида биопсий при одной БС. Для изучения динамики эндобронхиальной патологии и/или выполнения биопсии БС повторно выполнена у 40 чел., в т.ч. у 21 чел. биопсия была выполнена при первичной и повторной БС.

В результате обследования удалось морфологически верифицировать диагноз у 96 чел. (38,0%), в т.ч. установлены: опухоли злокачественные (20%) или доброкачественные (9,6%), туберкулез (10,8%), саркоидоз (1,3%). Неспецифические воспалительные процессы разной степени выраженности

диагностированы в 14,4% случаев. Фиброзные изменения в бронхах или паренхиме легких выявлены в 28,7% случаев. У 58 чел (25,2%) результаты биопсии расценены как неинформативные, поскольку выявлялась неизменная ткань слизистой бронхов или легких. Неинформативные результаты биопсий отмечены при всех видах биопсий: при внутрибронхиальных - 28,6% (34 из 119 чел.) и трансбронхиальных биопсиях - 16,1% (5 из 31 чел), при прямой биопсии – 18,4% (19 из 103 чел).

Внутри- или трансбронхиальная биопсия проведена у 150 пациентов и позволила морфологически установить генез заболевания в 24,7% случаев. Из них в 12,7% были верифицированы злокачественные опухоли бронхов или легких, в 3,3% – доброкачественные опухоли бронхов, в 7,3% – туберкулез, в 2% – саркоидоз. Неспецифические воспалительные процессы установлены 14,0%, а фиброзные изменения - в 34,7%. У 41 чел. без видимой патологии в бронхах были выполнены внутри- и трансбронхиальная биопсии. При морфологическом исследовании биоптатов у 3 чел. диагностирован рак легкого, у 3 – туберкулез и у 1 чел. – саркоидоз.

Осложнения при биопсиях наблюдались у 17 чел (6,7%), в виде кровотечения I степени (14 чел.) и спонтанного пневмоторакса (3).

По нашим данным, наименее информативным из щипцовых биопсий является браш-биопсия. Из 202 браш-биопсий выполненных без сочетания с щипцовыми биопсиями, патологические изменения в биоптатах установлены в 27,2% случаев, в том числе неспецифический воспалительный процесс (26,7%) и опухоль бронха (1 чел.).

**ВЫВОДЫ.** Метод щипцовой биопсии во время БС является полноценным диагностическим исследованием. Бронхоскопия при диагностических бронхолегочных процессах обязательная должна дополняться щипцовыми биопсиями. Трансбронхиальная биопсия является одним из наиболее информативных и безопасных методов биопсии паренхимы легких для морфологической верификации диагноза. В первую очередь он показан лицам с тяжелым общим состоянием, у пожилых пациентов, у лиц отказывающихся от хирургических методов диагностики. Браш-биопсию целесообразно применять только в качестве вспомогательного метода биопсии при бронхолегочном обследовании пациентов с бронхолегочной патологией.