

Тамашакина Г.Н., Кривонос П.С., Лантухов А.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ// Медицинская панорама, 2014, № 7, с.93-94

УЗ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Бронхоэктазы (БЭ) – стойкое, необратимое расширение ветвей бронхиального дерева, обусловленное деструкцией стенки бронхов и/или нарушением нервно-мышечного тонуса вследствие воспаления, склероза, дистрофии, гипоплазии их структурных элементов [2]. БЭ обычно сопровождаются локальным хроническим нагноением в просвете необратимо расширенных бронхов, вследствие формирования склеротических изменений в перибронхиальной ткани. При инфицировании содержимого бронхоэктазов, стойкое расширение бронхов реализуется в так называемые бронхоэктазии [3]. Большинство исследователей считают, что основной причиной формирования БЭ являются перенесенные хронические воспалительные заболевания бронхолегочной системы, в том числе и туберкулез [1,3]. Особенно велика роль туберкулеза в развитии БЭ у лиц пожилого возраста. Клинико-рентгенологические проявления БЭ не специфичны, что затрудняет их своевременную диагностику. В результате этого ранние проявления БЭ, как правило, ускользают от наблюдения врачей, квалифицируясь обычно как обострения туберкулеза, пневмонии, ХОБЛ или вовсе остаются незамеченными. В последние годы отмечается рост числа пациентов с БЭ, что связывают с использованием современных лучевых и бронхологических методов исследования, при которых, точнее и на более ранних этапах можно визуализировать данную патологию [2,4].

Цель настоящей работы: определить клинико-рентгенологические и бронхологические проявления БЭ у пациентов с различными проявлениями туберкулеза органов дыхания.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследования 38 пациентов с туберкулезом органов дыхания, у которых были впервые диагностированы БЭ со стенозом бронхов III-V порядка. Все пациенты находились на обследовании и лечении в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦПИФ) в 2009 - 2012г. Возраст обследуемых колебался от 16 до 78 лет, в т.ч. лица до 30 лет составили 31,6% (12 чел.), от 30 до 50 лет - 42,1% (15 чел.), старше 50 лет - 26,3 % (10 чел.). Мужчин было 23 (60,5%), женщин – 15 (39,5%). БЭ диагностировались по результатам клинико-рентгенологического исследования, в том числе и данных КТ органов грудной клетки, при наличии определенной клинической симптоматики. Стеноз сегментарных и субсегментарных бронхов выявлялся при фибробронхоскопии (ФБС) с использованием фиброскопов уменьшенного диаметра.

Результаты и обсуждение. При поступлении в клинику все пациенты предъявляли жалобы на кашель, отхождение мокроты, у 18 чел.(47,4%) имелось кровохарканье или повторяющиеся легочные кровотечения. При рентгенологическом исследовании у большинства пациентов (35чел-92,1%) патологические изменения выявлялись в обоих легких, а у 3 человек - только в одном. У 15 (39,5%) чел. визуализировались инфильтраты или уплотнения легочной ткани с участками деструкции и полостями, у 4-х из них эти изменения сочетались с ретенционными кистами. У 21 чел. (55,3%) выявлялись остаточные посттуберкулезные изменения (ОТИ) в виде кальцинатов, фиброзных очагов, пневмоплевральных сращений. У 6 пациентов ОТИ были выявлены только при КТ обследовании. У 18 чел. (47,4%) рентгенологические изменения трактовались как воспалительный процесс неясной этиологии, у 14 (36,8%) – активный туберкулез и у 6 (15,8%) чел.- ОТИ. До поступления в клинику 12 пациентов получали повторные курсы антибиотиков, сроком от 2-х недель до 3,5 месяцев, а 13 чел.- противотуберкулезную терапию. Наличие БЭ по данным стандартного рентгенологического обследования заподозрено не было ни в одном случае. В стационаре у 23 чел. (60,5%) установлен активный туберкулезный процесс, а у 15 чел. (39,5%) - ОТИ различной степени выраженности. В настоящее время КТ легких занимает

ведущее место в диагностике БЭ и информативность данного метода достигает 97-100% [2,4]. У всех пациентов БЭ были выявлены при КТ легких, у 37 чел.(97,4%), они локализовались в одном легком, чаще в правом (21 чел. – 55,3%). У большинства пациентов (27 чел. – 71,1%) БЭ были одного сегментарного или субсегментарного бронха, а у 11 человек (28,9%) - 2-х и более бронхов, в том числе у 7 чел. они локализовались в одной доле легкого. У 34 пациентов (89,5%) БЭ визуализировались в одном сегменте или субсегменте легкого, у 3 чел. - в разных сегментах/ субсегментах одного легкого и у 1 чел. - в обоих легких. При локализации БЭ в одном сегменте легкого, чаще наблюдалось поражение бронхов верхней доли (18чел.- 47,4%) или 6 сегмента (11чел. – 28,9%). У всех пациентов с активным туберкулезом специфический процесс сочетался с БЭ в одной доле. У 8 пациентов туберкулезный процесс локализовался непосредственно в зоне БЭ, при этом у 3 чел. имелись БЭ 3-5 бронхов в разных долях и разных легких. У пациентов с ОТИ туберкулезные очаги выявлялись как в зоне БЭ, так и в другой доле и/или другом легком. Одним из важных диагностических признаков, выявляемых при КТ, является наличие в БЭ обызвествлений (содержимого БЭ или стенки бронха), патогенетически связанных с перенесенным туберкулезом. Необходимо учитывать, что хроническое, рецидивирующее воспаление, которое часто сопровождает БЭ, может приводить к реактивации туберкулеза, именно в обызвествленных очагах. Обызвествления в БЭ, чаще всего (60%) выявлялись среди пациентов с активным туберкулезом. Существует достаточно распространено ошибочное мнение о невысокой диагностической информативности фибробронхоскопии (ФБС) при БЭ. Бронхоскопические изменения при БЭ в стадии ремиссии чаще всего соответствуют картине частично диффузного, а нередко строго ограниченного бронхита. В фазе начинающегося обострения наблюдается гиперемия и умеренный отек слизистой оболочки [3]. По нашему мнению, особенно важное значение имеет ФБС в диагностике стенозов бронхов, сочетающихся с БЭ. У большинства пациентов при ФБС выявлялось циркулярное сужение бронхов III-V порядка, вызванное рубцовыми или рубцово-воспалительными изменениями, катаральные изменения в области стеноза и/или локальный гнойный дренирующий эндобронхит. У 5 пациентов по результатам ФБС со щипцовой биопсией диагностирован туберкулез бронха. Наиболее часто выявлялся стеноз устья одного сегментарного или субсегментарного бронхов. Чаще поражались bronchi верхней доли и 6 сегмента. В единичных случаях выявлялся стеноз двух бронхов одной доли и стеноз 2 бронхов разных долей легких. Как правило, БЭ локализовались в зоне стеноза бронха, но у 10 пациентов они выявлялись и в других бронхах, в той же доли легкого (5 чел.), разных долей одного легкого (2 чел.), разных легких (3чел.). БЭ со стенозом бронха находился в 1-2 сегменте, 6 сегменте, 3 или 4 сегменте.

Таким образом, формирование БЭ при туберкулезе легких патогенетически связано с перенесенным туберкулезом бронхов и их стенозом. Клинические проявления БЭ возникают достаточно поздно и трактуются клиницистами как неспецифический воспалительный процесс или обострение туберкулеза. Своевременное проведение КТ легких и ФБС позволяет диагностировать на ранних стадиях стеноз бронхов и БЭ у пациентов с туберкулезом органов дыхания.

Литература.

1. Розенштраух Л.С., Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания / Л.С. Розенштраух, Н.И. Рыбакова, М.Г. Винер – М., 1987. - 640 с.
2. Чучалин А.Г. Пульмонология: национальное руководство /А.Г. Чучалин М., 2009. -960 с.
3. Чучалин А.Г. Бронхоэктазы: клинические проявления и диагностические программы //Русский медицинский журнал. – 2005.-Т.13, №4 (228) . – С.177-182.
4. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости / И.Е.Тюрин . – Спб., 2003. -371 с.