

Т. М. Церах, А. В. Полянская

АЛЬВЕОЛИТЫ. ВСЕГДА ЛИ ПРОИСХОДИТ ФИБРОЗИРОВАНИЕ В ЛЁГКИХ?

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*В статье приводятся наблюдения над 23 пациентами с альвеолитами.**Среди пациентов, страдающих экзогенным аллергическим альвеолитом, фиброзирования в легких не наблюдалось. Они выздоровели. При идиопатическом фиброзирующем альвеолите все пациенты погибли.***Ключевые слова:** альвеолиты, аллергия, фиброзирование, выздоровление, гибель.

T. M. Tserah, A. V. Polyanskaya

ALVEOLITIS. DOES FIBROSIS ALWAYS OCCUR IN LUNGS?

*This article presents personal observations of 23 patients with alveolitis.**Among the patients suffering from exogenous allergic alveolitis there was no fibrosis in the lungs. These patients recovered. In cases of idiopathic fibrosing alveolitis, patients died.***Key words:** Alveolitis, allergy, fibrosis, recovery, death.

Вопросы диагностики и лечения альвеолитов актуальны в виду участвовавших в последнее время случаев этих заболеваний и их неблагоприятных исходов. Экзогенный аллергический альвеолит может возникнуть при повторном контакте с аллергеном и ассоциироваться с бактериями, грибами, белками, шерстью животных, тяжелыми металлами и их солями, лекарственными препаратами [2].

Материал и методы

Под наблюдением находилось 23 пациента в возрасте 35–78. В их числе: мужчин – 13, женщин – 10. Продолжительность наблюдения – от 0,5 года до 7 лет. Экзогенный аллергический альвеолит имел место у 22 человек, идиопатический фиброзирующий – у 12.

В таблице представлены этиологические факторы экзогенного аллергического альвеолита.

Таблица. Этиологические факторы экзогенного аллергического альвеолита

Фактор	Число пациентов
пыльца цветущих растений	5
контакт с травами	1
эксекреты кур и голубей	2
акциномицеты подгнившего сена	2
экзотическое домашнее растение	1

Из таблицы видно, что наиболее частой причиной заболевания был контакт с пылью растений, в некоторых случаях – с эксекретами кур и голубей («легкое птичника»), акциномицетами сена («легкое фермера»), и только в единичных случаях – при приобретении и уходе за экзотическим растением, и контакте с дикорастущей травой (лебедой).

Причина возникновения идиопатического фиброзирующего альвеолита осталась неизвестной. У 2-х пациентов имело место подострая его форма. У 10 – хроническая. Критериями диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита были международные критерии (ATS/ERS, 2000) [11].

В диагностике экзогенного аллергического альвеолита использовались клинические и инструментальные методы: оценивались проявления заболевания, результаты лабораторных исследований, данные рентгенографии органов грудной клетки («матовое стекло над легкими»), компьютер-

ной томографии легких, исследовалась функция внешнего дыхания. В лечении экзогенного аллергического альвеолита наряду с недопустимостью контакта с аллергеном использовались глюкокортикостероиды (чаще – дексаметазон). В зависимости от тяжести и наличия или отсутствия других проявлений аллергии доза дексаметазона была от 12 мг до 32 мг внутривенно в сутки с последующим снижением дозы по мере улучшения состояния пациента. Затем постепенно переходили на внутренний прием препарата и рекомендовали его проложить до 1,5 месяцев после выписки из стационара. Глюкокортикостероиды сочетались с антигистаминными препаратами (предпочтение отдавалось активным метаболитам 2-й генерации антигистаминных), симптоматической терапией.

При лечении пациентов с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом применялись глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты (у двух человек), симптоматические лекарственные средства.

Результаты и обсуждение

Все пациенты с экзогенным аллергическим альвеолитом выздоровели. Они наблюдались через 2 месяца после выписки из стационара и через полгода после выписки. У всех пациентов с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом отмечен летальный исход заболевания (с подострой формой – в течение 1 года, с хронической – через 5–7 лет). У 5 пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом имели место другие проявления аллергии (у 2-х – крапивница и ангионевротический отек, у 3-х – крапивница).

Приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Г., 35 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на удушье, повышение температуры тела, зудящие высыпания на коже, отек лица.

Из анамнеза: страдала аллергией на запахи. Из города приехала в деревню по просьбе матери помочь с просушкой подгнившего сена. В первый день работы самочувствие пациентки было нормальным, а на 2-й день у нее появились указанные жалобы и проявления. Пациентка срочно вернулась в город, где вызвала скорую помощь, доставившую ее в стационар.

Объективно: температура тела – 37,5 °С, крапивница на теле, отек лица, вынужденное положение сидя, с опорой

на руки. Частота дыханий 21 в 1 минуту, удлинен выдох. Над легкими прослушивается масса сухих и влажных хрипов. Тоны сердца – слегка приглушены, ритмичные.

Частота сердечных сокращений и пульс – 105 в 1 минуту, АД – 115/85 мм рт.ст. Печень – у правого края реберной дуги. На ногах отеков нет. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ (эозинофилы – 10%, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%), СОЭ – 36 мм/час.

На рентгенографии органов грудной клетки над обоими легкими выявлялась картина «матового стекла». При улучшении состояния пациентки исследована функция внешнего дыхания – изменения по смешанному типу.

Клинический диагноз: экзогенный аллергический альвеолит, крапивница, ангионевротический отек.

Лечение: внутривенное капельное введение дексаметазона в дозе 32 мг в сутки, раствора аминофиллина (до исчезновения бронхоспастического синдрома), лоратадин внутрь, оксигенотерапия. По улучшению состояния внутривенные вливания дексаметазона были заменены пероральным его приемом. После выписки из стационара прием дексаметазона был продолжен с постепенным его снижением и отменой через 1,5 месяца. Пациентка осмотрена через 2 месяца и через 6 месяцев после выписки из стационара (проведено лабораторно-рентгенологическое обследование). Заключение: практически здорова.

Таким образом, своевременная патогенетическая терапия вместе с исключением контакта с аллергеном позволила избежать фиброзы легких.

Второй пример.

Пациент К., 59 лет, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку, отеки на ногах, увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно, что он болен около 1 года, когда появилась одышка, повысилась температура тела. Лечился от пневмонии, без положительного эффекта. Исключалась онкопатология, туберкулез легких и саркоидоз (обследовался в РНПЦ онкологии им. Н. Н. Александрова и в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии). Состояние постепенно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: состояние – тяжелое. Температура тела – 37, 2 °С. Выраженный цианоз всего тела. Частота дыханий – 41 в 1 минуту. Над легкими прослушиваются сухие и влажные хрипы. Частота сердечных сокращений и пульс – 114 в 1 минуту. АД – 100/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень на 15 см выступает из-под правого края реберной дуги, плотная. В животе – свободная жидкость (асцит), анасарка, отеки нижних конечностей.

Анализ крови: гемоглобин – 160 г/л, лейкоциты: $8,5 \cdot 10^9$ (эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 66%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%), СОЭ – 26 мм/час.

Рентгенологически отмечался сетчатый фиброз над всеми легочными полями, были увеличены размеры сердца.

Результаты электрокардиографии: снижен вольтаж зубцов электрокардиограммы, синусовая тахикардия.

Клинический диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит, подострая форма, финальная стадия. Дыхательная недостаточность 3-й степени. Сердечная недостаточность 4-й степени, асцит, отеки, анасарка.

Лечение: оксигенотерапия, сердечно-сосудистые и диуретические средства, глюкокортикостероиды.

Несмотря на все усилия медиков, через 10 дней пациент умер. При патологоанатомическом исследовании диагноз подтвердился. Легочная ткань была безвоздушной, тонула в воде.

Второй пациент с подострой формой идиопатического фиброзирующего альвеолита прожил 13 месяцев с момента заболевания.

Продолжительность жизни пациентов с хронической формой идиопатического фиброзирующего альвеолита с момента заболевания в нашем исследовании составила от 5 до 7 лет (3 человека – 5 лет, 2 – 6, остальные пациенты – 7 лет). Один из этих пациентов готовился к трансплантации легкого, но осуществить это не получилось.

В литературе указывается об инновационных технологиях в лечении идиопатического фиброзирующего альвеолита, использовании цитостатиков, иммунодепрессантов, глюкокортикостероидов, однако все пациенты с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом погибали [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Из представленного следует, что пациенты с экзогенными аллергическими альвеолитами при своевременной их диагностике и лечении выздоравливают. При идиопатическом фиброзирующем альвеолите пока не найдено эффективных средств исцеления. Возможно, в дальнейшем будет более доступна трансплантация легких этим пациентам.

Выводы

1. Пациенты с экзогенными аллергическими альвеолитами при своевременной их диагностике и адекватном лечении выздоравливают. Процесса фиброзы в легких у них не происходит.

2. Пациенты с подострой формой идиопатического фиброзирующего альвеолита живут около 1 года. При хронической форме – 5–7 лет. Возможно в дальнейшем будут перспективными трансплантационные технологии для помощи этой категории пациентов.

Литература

1. Гоголева, М. Н. Медико-социологический анализ качества жизни и клиничко-организационные особенности пульмонологической помощи больным саркоидозом и идиопатическим фиброзирующим альвеолитом / М. Н. Гоголева // Автореферат канд. диссертации. Санкт-Петербург, 2008.
2. Косарев, В. В., Кабанов С. А. Экзогенный аллергический альвеолит в терапевтической и профпатологической практике семейного врача / В. В. Косарев, С. А. Кабанов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2012. – 1 (59). – С. 56–63.
3. Моисеев, В. С. Внутренние болезни / В. С. Моисеев и [др.] // М., 2013.
4. Новикова, Л. Н. Совершенствование диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита / Л. Н. Новикова и [др.] // Врач. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
5. Новикова, Л. Н. Обострение идиопатического фиброзирующего альвеолита / Л. Н. Новикова // Врач. – 2010. – № 10. – С. 46–49.
6. Новиков, В. В. Интерстициальный легочный фиброз: альвеолиты в клинической практике / В. В. Новиков // Терапевт. – 2015. – № 2. – С. 26–34.
7. Скворцов, В. В. Принципы диагностики и лечения идиопатического фиброзирующего альвеолита / В. В. Скворцов, А. В. Турморенко // Терапевт. – 2012. – № 3. – С. 15–21.
8. Филиппов, В. П. Фиброзирующие альвеолиты. В книге: Бронхоск Хамитов, Р., др. опия при заболеваниях легких / В. П. Филиппов, Н. В. Черниченко. – М., 2014. – С. 66–78.
9. Хамитов, Р. Ф. Иммуносупрессивная терапия при идиопатическом фиброзирующем альвеолите / Р. Ф. Хамитов и [др.] // Казанский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 430–434.
10. Цветкова, О. А. Редкий вариант поражения легких при ревматоидном артрите / Цветкова, О. А. и [др.] // Пульмонология. – 2011. – № 5. – С. 113–116.
11. International Consensus Statement. Idiopathic pulmonary fibrosis: Diagnosis and treatment. International consensus statement. American Thoracic Society (ATS), and European Respiratory Society // Am J Respir Crit Care Med 2000.

Поступила 30.11.2017 г.