

Тамашакина Г.Н., Кривонос П.С., Панасюк В.К., Лантухов А.В.
РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ БРОНХОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ// Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения», г. Минск, 10-141 октября 2013 года, Минск, 2013, С.154-156.

УЗ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Рубцовые стенозы бронхов (РСБ) являются конечной стадией глубоких поражений стенок бронхов с вовлечением хрящевой ткани, реже образуются после поверхностных процессов. Просвет бронха уменьшается в результате интрамурального или эндобронхиального развития соединительной ткани. Основной причиной формирования РСБ является перенесенный туберкулезный процесс бронхиальной стенки. Туберкулезное воспаление в лимфатических узлах, прилежащих к бронху, переходит на стенку бронха с последующим развитием рубцового стеноза. Гораздо реже РСБ наблюдаются после неспецифических воспалительных процессов, склеромы и других бронхолегочных заболеваний. Чаще всего генез РСБ определить невозможно, если основное заболевание уже излечено или нет достоверных анамнестических данных и результатов обследований, подтверждающих этиологию процесса.

Выделяют три степени РС сужения просвета бронха: диаметр просвета сужен на 1/3 - I ст., на 2/3 - II ст., имеется лишь узкая щель или небольшое отверстие просвета бронха - III ст. Степень сужения просвета влияет на дренажную и вентиляционную функцию бронхов. Стеноз I ст. - обычно не нарушает функций бронхов. Стенозы II и III ст. - часто сопровождаются гиповентиляцией, клапанной эмфиземой или ателектазом соответствующих участков легочной ткани, а также нарушением дренажной функции бронхов. Длительное сохранение стеноза ведет к развитию необратимых изменений в виде бронхоэктазов, ретенционных кист, фиброзного ателектаза и цирроза легкого.

Цель настоящей работы: установить характер РСБ у пациентов с туберкулезом органов дыхания и определить его влияние на течение специфического процесса.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 25 больных, у которых бронхоскопически, а затем морфологически (исследование биоптатов) был установлен стеноз бронха. Пациенты находились на обследовании и лечении в клинике в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Всем пациентам проведено клиничко-рентгенологическое, лабораторное и бронхологическое обследование с морфологическим исследованием биоптатов.

Результаты и обсуждение. В зависимости от степени активности туберкулезного процесса все пациенты были распределены на две группы.

Первую группу составили 12 пациентов, у которых выявлялся активный туберкулез легких и стеноз бронха. Во вторую группу включены 13 человек, у которых наряду с РСБ имелись остаточные посттуберкулезные внутригрудные изменения (ОТИ). Возраст пациентов в обеих группах колебался от 17 до 78 лет, мужчин было 15., женщин – 10 чел. В первой группе большинство составили мужчины (9 чел.) в возрасте до 40 лет (8 чел.), во второй – преимущественно были лица старше 60 лет (6 мужчин и 7 женщин).

В 1 группе у 6 чел. был впервые выявленный туберкулез, у 2 – рецидив и у 4 чел. имелись хронические формы специфического процесса. Чаще встречался инфильтративный туберкулез (9чел.), фиброзно-кавернозный -2, цирротический -1чел. МБТ выделены у 7 чел., в том числе у 1 - при микроскопии мазка мокроты, у 6 пациентов имелась МЛУ МБТ. До поступления в РНПЦ получали химиотерапию 6 чел., длительностью от 2 месяцев до 2-4 лет, и у 5 чел. она была неэффективной.

При анализе данных рентгенологического обследования, в том числе и КТ легких, установлено, что у пациентов 1 группы имелись характерные признаки специфического процесса: инфильтраты, в том числе с деструкцией; полостные образования с фиброзом; цирротические и посттуберкулезные изменения.

При бронхоскопии РС бронхов обоих легких выявлен у 1 чел., в т.ч. в бронхах второго сегмента обоих легких и 6 сегмента правого легкого.

РС бронхов одного легкого визуализирован у 11 чел., в т.ч. правого легкого у 9 чел., левого - у 2 чел. Стеноз главного или долевого бронха выявлен у 2 чел., сегментарных бронхов - у 6, субсегментарных (IV порядка) - у 3 чел. Из 9 пациентов с РС бронхов III - IV порядка - у 7 чел. был поражен 1 бронх: заднего сегмента правого легкого (4 чел.), 10 сегмента левого легкого (1 чел.), либо 6 сегмента обоих легких (2 чел.). У 2 пациентов одновременно были стенозированы бронхи разных долей (3 и 6 сегментов) правого легкого.

Во всех случаях РСБ носил субкомпенсированный или декомпенсированный характер с изменениями в дренируемых участках легкого. При сравнительном анализе данных бронхоскопического и лучевых методов, установлено, что на рентгенограммах и КТ-сканах визуализировались изменения, позволяющие заподозрить РСБ: сегментарная гиповентиляция и/или ателектазы; полостное образование в зоне гиповентиляции; фиброателектазы с кальцинатами. Однако чаще всего (8 чел.) выявлялись бронхоэктазы и фиброзная деформация легочной ткани. Одновременно в той же зоне выявлялись кальцинаты (2 чел.), полости с/без кальцинатов (4), фиброзный фокус с кальцинацией (1 чел.).

Во второй группе (13 чел.) РСБ сочетался с ОТИ и был патогенетически с ними связан. Только 3 чел. ранее (5 -10 лет назад) болели и лечились от туберкулеза легких, в остальных случаях ОТИ возникли после спонтанно излеченного специфического процесса. До выявления РСБ все пациенты получали противовоспалительное лечение, по поводу пневмонии с затяжным течением (4 чел), ХОБЛ (2 чел.). 3 чел. в течение последнего года перенесли повторные пневмонии, у 2 чел. отмечалось кровохарканье в течение 6 месяцев. ФБС на этапе лечения, в том числе и в стационаре (9 чел.) не проводилась.

При рентгенологическом обследовании у всех пациентов выявлены ОТИ, в виде кальцинатов в легких, лимфоузлах средостения и/или корнях легких. У 8 чел. кальцинаты визуализировались только при компьютерной томографии. Кроме того, выявлялись очаги в легких (3 чел.), посттуберкулезный (3 чел.) и поствоспалительный фиброз (5 чел.), изменение корней легких (4 чел.). У 9 чел. визуализированы ОТИ, в виде множественных изменений в легких и корнях легких и только у 4 чел. имелись ограниченные изменения.

При бронхоскопии РСБ правого легкого выявлен у 10 чел., левого - у 3 чел. Стеноз крупных бронхов имел место у 9 чел., в т.ч. главных или долевого - у 2, сегментарных бронхов - у 7 чел. Стеноз субсегментарных бронхов диагностирован у 4 чел.

У 11 пациентов со стенозом бронхов III-IV порядка были поражены бронхи 6 или 9 сегментов правого легкого (2 чел.), переднего (4 чел.) и язычковых сегментов (5 чел.), в т.ч. левого легкого (по 1 чел.).

Компенсированные РСБ имели место у 3 пациентов. Во всех случаях выявлялись кальцинированные лимфоузлы возле стенки бронхов. Субкомпенсированные РСБ имелись у 4 чел. Воспалительный процесс в рубцово суженном бронхе вызвал ателектаз субсегмента в виде линейных или округлых теней или гиповентиляцию сегмента. Стадия декомпенсации РСБ установлена у 6 чел. Стеноз сегментарного бронха 2-3 ст вызывал развитие гиповентиляции, перемежающихся ателектазов в дренируемой зоне легкого. Это способствовало неоднократному возникновению длительно текущего воспалительного процесса, последующему склерозированию, деформации бронхов и

формированию бронхоэктазов или обширных фиброзных изменений в легочной ткани с фиброателектазами.

Сроки установления РСБ колебались от 7-15 дней (5чел) до 2,5 месяцев (1чел.) и зависели от сроков проведения КТ и ФБС.

Таким образом, РСБ могут выявляться как при активном, так и давно перенесенном, в том числе и спонтанно излеченном туберкулезе. Очевидно, что образование РСБ происходит в результате спонтанного излечения туберкулеза крупного бронха, возникающего большей частью в период первичного туберкулеза. Присоединение воспаления в зоне РСБ ведет к нарушению вентиляции участка легкого дренируемого бронхом и хроническому воспалительному процессу. Только ФБС, иногда и повторная, после противовоспалительного лечения, позволяет установить природу процесса и провести адекватную терапию.