



Е.П. Шимко, В.В. Скрип, В.В. Мойсюк, Й.Ф. Сарваш
Інститут післядипломної освіти та додипломної підготовки УжНУ
Закарпатське ОКТМО «Фтизіатрія», Ужгород

Діагностика та лікування деструктивного туберкульозу легень, ускладненого ендобронхіальною патологією

Мета роботи — порівняльне вивчення особливостей симптоматики, клініки та перебігу процесів у хворих на деструктивний туберкульоз легень залежно від характеру патологічних змін у бронхах, тривалості перебігу та результатів їх лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 210 дорослих хворих із деструктивними змінами в легенях, яких було розподілено на дві групи. Першу групу склали 136 (65,0 %) хворих з уперше діагностованим туберкульозом легень різних клінічних форм. До складу другої увійшли 74 (35,0 %) хворі з повторними та хронічними процесами. Тривалість хвороби у першій групі становила від 3 до 8 міс, у другій – від 2 до 6 років. Комплексне клініко-рентгенологічне, функціональне, бактеріологічне та бронхологічне обстеження у цих хворих дало змогу встановити низку закономірностей, які визначають у подальшому лікарську тактику.

Результати та обговорення. Частота хворих із інфільтративними формами ендобронхіту серед пацієнтів другої групи була на 24,1 % вірогідно вищою, ніж у хворих першої. Ці морфологічні зміни призводили до утворення грубих фіброзних рубцевих посттуберкульозних утворень у 18,0 % хворих другої групи та 1,4 % першої. Необоротні зміни у вигляді стенозування бронхів спостерігали у 41,8 % хворих другої групи і зовсім не виявляли у хворих із заново виявленою хворобою. Лікувальні заходи ґрунтувалися на підставі оцінки загальноклінічної картини та динаміки локальних змін у бронхах.

Висновки. Встановлено, що характер морфологічних змін у бронхах хворих на деструктивний туберкульоз легень значною мірою залежить від тривалості та давності хвороби. Запропоновано методику місцевої санації ендобронхітів з урахуванням періоду виникнення, швидкості зворотного розвитку їх під впливом комплексної терапії.

Ключові слова

Туберкульоз легень, ураження бронхів, лікування.

Початок ХХІ століття характеризується деякою стабілізацією окремих епідеміологічних показників із туберкульозу, проте в клінічній структурі досі значну вагу мають поширені форми хвороби та захворювання з гострим прогресуванням [1–5]. Однією з причин тяжкості хвороби і, відповідно, погіршення наслідків лікування пацієнтів є наявність бронхіальної обструкції [5–7]. У нормі мукоциліарний апарат, що розташований у підслизовому епітеліальному шарі трахеї, головних, часткових і сегментарних

бронхів та представлений бронхіальними залозами, війчастими й келихоподібними клітинами, надійно забезпечує захисну функцію дихальних шляхів у здорових людей [3, 6]. Бронхи швидко реагують на процеси, які розвиваються в легеневій тканині, зокрема при туберкульозі легень. Тому вивчення уражень бронхів при туберкульозі належить до однієї з актуальних проблем клінічної фтизіатрії [1, 3, 5, 8–10]. Патоморфологічні процеси в бронхах негативно впливають на перебіг основної хвороби, а в низці випадків визначають його прогноз.

Мета дослідження — вивчення особливостей симптоматики, клініки та перебігу процесів у

хворих на деструктивний туберкульоз легень залежно від патологічних змін у бронхах та наслідків їх лікування.

Матеріали та методи

У стаціонарних умовах обстежено 210 хворих віком від 18 до 74 років, серед яких було 158 чоловіків та 52 жінки. Хворих розподілено на дві групи: перша — 136 (65,0 %) пацієнтів з уперше діагностованим туберкульозом легень; друга — 74 (35,0 %) з повторними та хронічними процесами. Давність хвороби у пацієнтів першої групи становила від 3 до 8 міс, другої — від 2 до 6 років. З інфільтративним туберкульозом було 113 (54,0 %) хворих, з дисемінованим — 25 (12,0 %), з туберкульозом або множинними туберкульозами — 6 (2,8%), з фіброзно-кавернозним та його ускладненнями — 66 (31,2 %) хворих. Фазу розпаду встановлено у 197 (91,4 %), мікобактерії туберкульозу під час багаторазового дослідження мокротиння та змивів з бронхів визначали у 197 (94,0 %) хворих. До першої диспансерної категорії зараховано 130 хворих, до другої — 14, до четвертої — 66.

Активні (планова флюорографія, виявлення хворих серед населення з груп ризику, під час дослідження контактів) та пасивні (звертання по медичну допомогу з причини скарг) методи виявлення однаково часто застосовували в обох порівнюваних групах.

Згідно з категоріями, хворим призначали стандартизовану антимикобактеріальну терапію: рифампіцин, ізоніазид, стрептоміцин, етамбутол або піразинамід. Корекцію лікування проводили в динаміці на підставі даних тесту медикаментозної чутливості. За показаннями до лікування призначали препарати резервного ряду. Активні методи санації бронхів передбачали призначення 20–30 сеансів аерозольотерапії розчином стрептоміцину, салюзиду, солютизону та ендотрахеальних і ендобронхіальних введень розчинів рифампіцину, стрептоміцину та ізоніазиду. Інгаляції чергувались через день з ендобронхіальними вливаннями. У окремих хворих до складу суміші додавали бронхолітики — еуфілін, ефедрин. Проводили санаційні бронхоскопії на тлі десенсибілізації. Для вивчення стану локальної морфологічної картини в бронхах використано фібробронхоскоп системи «Олімпус» ВГ ХТ-20.

Всебічне комплексне обстеження хворих базувалося на детальному аналізі скарг, даних об'єктивного обстеження, окрім того, проводили моніторинг показників функції зовнішнього дихання. Особливої уваги надавали повноцінному рентген-томографічному дослідженню, включа-

ючи й комп'ютерну томографію, оцінці масивності бактеріовиділення та трактуванню природи патологічних змін у бронхах під час лікування.

Результати та обговорення

Більшість хворих першої групи скаржилися на кашель, зокрема сильний, тривалий з виділенням мокротиння. Кровохаркання спостерігалося в 5 випадках, у 17 хворих була задишка, а у 8 — неприємні відчуття в грудній клітці. Мікобактерії туберкульозу виявляли у 124 (95 %) хворих, в тому числі у 26 у змивах із бронхів, узятих під час бронхоскопії.

Рентгено-морфологічна картина змін у легенях у більшості випадків була характерною для деструктивного туберкульозу легень. Множинний розпад діагностовано у 11 % хворих. У третини хворих першої групи спостерігався тісний зв'язок змін у легеневій тканині і коренях легень. Крім того, у частини (15 %) виявлено фіброзні перибронхіальні зміни, емфізему (10 %), ущільнення та деформацію коренів легень.

Під час бронхологічного дослідження хворих цієї групи туберкульоз бронхів встановлено у 26. Із них у 24 була інфільтративна форма туберкульозу бронхів, у 1 — виразкова форма, ще у 1 — посттуберкульозні рубцеві зміни.

Неспецифічний ендобронхіт у хворих цієї групи спостерігався у 72 (52,9 %) обстежених (таблиця). Найчастіше виявляли обмежено-дифузну форму (38 випадки), дифузний ендобронхіт 1–2-ї стадії (23), виразний дифузний ендобронхіт (11 хворих). Майже у половини (48 %) неспецифічний бронхіт був двобічним.

У процесі порівняння клініко-рентгенологічної картини з бронхоскопічними даними встановлено пряму залежність патологічних змін у легенях від ступеня уражень бронхів. Так, множинний розпад у легенях супроводжувався стенозуючим туберкульозом бронхів і обмежено-дифузним та дифузним ендобронхітом. Своєю чергою, при емфіземі та пневмосклерозі спостерігалися гіпертрофічний та субатрофічний ендобронхіти. У 38 % хворих неспецифічний ендобронхіт супроводжував туберкульоз і виник внаслідок не стільки специфічної інтоксикації, як подразної дії бронхіального секрету на слизову оболонку бронхів в умовах неповноцінної лікованого деструктивного туберкульозу легень. У більшості випадків його перебіг був малосимптомним та клінічно недостатньо демонстративним.

Звичайно, під час повторних бронхоскопій через 3–4 тиж такий ендобронхіт об'єктивно вже не виявляли. Зазвичай це стало можливим після короткочасної терапії протитуберкульоз-

Таблиця. Характер встановлених бронхіальних порушень у 210 хворих на різні форми деструктивного туберкульозу легень

Контингенти хворих	Кількість		Дані ендоскопії							
			Інфільтративно-виразковий ендобронхіт		У тому числі рубцеві післятуберкульозні зміни		Стеноз бронхів		Неспецифічний ендобронхіт	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уперше діагностований туберкульоз легень	136	100,0	26	19,1	2	1,4	0	0	72	52,9
Рецидиви та хронічні форми	74	100,0	32	43,2*	13	18,0*	31	41,8*	61	82,4*

Примітка. * Різниця між показниками у першої та другої груп хворих вірогідна ($p < 0,05$).

ними препаратами в комбінації з антибіотиками широкого спектра дії. Звідси випливає, що неспецифічний ендобронхіт не мав істотного впливу на клінічний перебіг туберкульозу легень.

Хворі другої групи скаржилися на кашель, більшість із них (48, або 64,8 %) — із виділенням слизисто-гнійного секрету, іноді (7, або 9,4 %) — з неприємним запахом. Мікобактерії туберкульозу виділяли 40 хворих (54,0 %), непатогенна флора висіювалася у 34 (45,9 %). Рентгеноморфологічна картина змін у легенях була характерна для фіброзно-кавернозного та інших форм туберкульозу, які супроводжувалися великими фіброзно-індуративними і казеозними змінами в легенях. У третини хворих цієї групи поряд із великими посттуберкульозними змінами виявлено інфільтративно-пневмонічні, пневмосклеротичні й емфізематозні зміни в нижніх та середніх відділах легень.

Під час бронхоскопічного дослідження у 32 (43,2 %) хворих другої групи виявлено інфільтративно-виразковий туберкульоз бронхів, а у 14 (18 %) — посттуберкульозні фіброзні й рубцеві зміни. У 66 (82,4 %) хворих специфічні зміни супроводжувалися неспецифічним ендобронхітом, що добре було помітно під час повторних бронхоскопій, коли після короткого лікування протитуберкульозними препаратами у поєднанні з антибіотиками широкого спектра дії залишалися тільки зони локального специфічного ураження.

Порівняння легеневої та бронхіальної змін доводить, що активний туберкульоз бронхів значно частіше спостерігається у хворих другої групи, переважно з фіброзно-кавернозним туберкульозом легень. Рубцеві ж та фіброзні зміни в бронхах виникають головним чином у хворих з великими залишковими змінами після внутрішньогрудного туберкульозу первинного або післяпервинного генезу.

Стенозування бронхів 2–3-го ступеня, яке спостерігалось у 31 (41,8 %) хворого цієї ж самої (другої) групи, зумовило появу множинних гігантських, роздутих і блокованих каверн, а в 12 випадках — постателектатичного цирозу.

Таким чином, специфічні ураження бронхів у хворих другої групи за частотою виникнення статистично вірогідно перевищують аналогічні показники у хворих першої. Про це свідчать також публікації [8] щодо 90 % ураження дрібних бронхів при деструктивному туберкульозі легень. А неспецифічні ендобронхіти в 1,5 разу частіше виявляють у хворих другої групи.

За нашими даними, лікування неспецифічних ендобронхітів у більшості випадків не зумовлювало труднощів. Значно складнішою була ситуація щодо санації специфічних уражень бронхів. Тут потрібен диференційований підхід. У хворих першої групи з інфільтративними специфічними ураженнями бронхів позитивна динаміка спостерігалася уже після 10–15 ендобронхіальних вливань та процедур аерозольної терапії і 2–3 контрольних лікувальних бронхоскопій. Стійкого ефекту досягали уже через 25–30 ендобронхіальних уведень і процедур аерозольної терапії на тлі 6–7 лікувально-санаційних бронхоскопій.

Відповідно у багатьох хворих другої групи інфільтративні специфічні ураження бронхів супроводжувалися стенозуванням, фіброзними і рубцевими змінами якраз саме тих сегментарних бронхів, де утворювалися гігантські блоковані й роздуті каверни. Це значно ускладнювало лікування. Потрібно було виконувати відносно більшу кількість ендобронхіальних введень (від 40 до 80 на курс), лікувальних бронхоскопій (12–15 на курс) на тлі постійної аерозольної терапії. Зокрема, у 25 (31 %) хворих не досягнуто розблокування стенозованого ураженого бронха і 15 (18,7 %) прооперовано.

Отже, активні методи санації бронхів показані насамперед у разі млявого перебігу вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень, його реактивації з інфільтрацією та засівом, із супутніми ендобронхітами, особливо інфільтровано-казеозними, під час підготовки до радикального втручання, а також за неможливості приймання хворими протитуберкульозних препаратів звичайним способом.

Висновки

1. Величина та характер морфологічних змін бронхів у хворих на деструктивний туберкульоз легень значною мірою залежить від поширення туберкульозного процесу та тривалості хвороби.

2. Швидша зворотна динаміка неспецифічно-го ендобронхіту під впливом місцевого та загаль-

ного лікування свідчить не так про специфічний, як механічний вплив подразнення слизової оболонки бронхів мокротинням.

3. Найближчий наслідок місцевої санації неускладнених інфільтративних форм специфічних ендобронхітів досягнуто вже після 10–15 ендобронхіальних вливань антибіотиків та протитуберкульозних препаратів і процедур аерозольної терапії, які супроводжувалися 6–7 лікувально-санаційними бронхоскопіями.

4. Тривалішими були курси ендобронхіальних уведень, аерозольтерапії та лікувальних бронхоскопій у хворих зі стійкими стенозами бронхів 1–2-го ступеня, з роздутими та блокованими кавернами, через що нерідко хворі потребували радикальних методів втручання.

Список літератури

1. Жукова М.М. Совершенствование диагностики и лечения больных туберкулезом легких с сопутствующим бронхообструктивным синдромом: дис. ...д-ра мед. наук.— СПб, 2007.— 317 с.
2. Зайков С.В., Дудник А.Б. Частота, клінічні особливості та ефективність лікування бронхообструктивного синдрому у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання // Укр. пульмонолог. журн.— 2009.— № 2.— С. 37–40.
3. Исмаилов Ш.Ш. Туберкулез крупных бронхов, особенности течения и его клиническое значение.— М.: Проблемы туберкулеза, 1997.— 31 с.
4. Перельман М.И. Фтизиатрия.— М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007.— 512 с.
5. Петренко В.І. Фтизиатрия.— Вінниця: Нова книга, 2006.— 503 с.
6. Пятночка І.Т., Корнага С.І. Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень в залежності стану бронхіального дерева // Укр. пульмонолог. журн.— 2009.— № 1.— С. 17–21.
7. Сахарчук І.І., Ільницький Р.І., Дудка П.Ф. Воспалительные заболевания бронхов.— К.: Книга плюс, 2005.— 221 с.
8. Струков А.І., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях.— М., 1986.— 224 с.
9. Фещенко Ю.І., Мельник В.І., Ільницький І.Г., М'ясников В.Г. Лікування туберкульозу.— К.: Логос, 1996.— 118 с.
10. Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулезе легких.— М.: Медицина, 1976.— 163 с.

Є.П. Шимко, В.В. Скрип, В.В. Мойсюк, І.Ф. Сарваш

Диагностика и лечение деструктивного туберкулеза легких, осложненного эндобронхиальной патологией

Цель работы — сравнительное изучение особенностей симптоматики, клиники и течения процессов у больных деструктивным туберкулезом легких в зависимости от характера патологических изменений в бронхах, длительности их и результатов лечения.

Материалы и методы. Обследовано 210 взрослых больных с деструктивными изменениями в легких, которые были распределены на две группы. Первую группу составляли 136 (65,0 %) больных с впервые диагностированным туберкулезом легких различных клинических форм. В состав второй вошли 74 (35,0 %) больных с повторными и хроническими процессами. Длительность болезни у пациентов первой группы составляла от 3 до 8 мес, второй — от 2 до 6 лет. Комплексное клинико-рентгенологическое, функциональное и бронхологическое исследования позволили установить ряд закономерностей, которые определяют в лечебную тактику.

Результаты и обсуждение. Частота инфильтративных форм эндобронхитов у больных второй группы статистически достоверно на 24,1 % была выше, чем у пациентов первой. Эти морфологические изменения вели к образованию грубых фиброзно-рубцовых посттуберкулезных образований у 18,0 % больных второй группы и 1,4 % первой. Необратимые изменения в виде стенозирования бронхов наблюдали в 41,8 % больных второй группы и вовсе не проявлялись у больных с заново обнаруженной болезнью. Лечебные мероприятия основывались на оценке общей клинической картины заболеваний и наличии локальных изменений в бронхах.

Выводы. Установлено, что характер морфологических изменений в бронхах у больных деструктивным туберкулезом легких в большей степени зависит от длительности и давности возникновения

болезни. Предложена методика местной санации эндобронхитов с учетом периода их возникновения, динамики обратного развития под влиянием комплексной терапии.

E.P. Shimko, V.V. Skryp, V.V. Moisiuk, Y.F. Sarvash

Diagnosics and treatment of the destructive tuberculosis, complicated by endobronchial pathology

Objective: comparative study of features of symptoms and clinical course of processes in patients with destructive tuberculosis according to the nature of pathological changes in the bronchi and the duration of their outcomes.

Materials and methods. The study involved 210 adult patients with destructive changes in the lungs, who were divided into two groups. The first group consisted of 136 (65.0 %) patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis of different clinical forms. The second group included 74 (35.0 %) patients with relapses and chronic processes. Age of the disease in the first group was from 3 to 8 months, and in the second – from 2 to 6 years. On the basis of complex clinical and X-ray, bacterial and bronchial examination of the patients we can set the number of patterns that determine further medical tactics.

Results and discussion. The frequency of infiltrative forms of endobronchites among patients of the second group is 24.1 % higher than in the patients of the first group. These morphological changes lead to the formation of coarse fibrous scar tubercular formations in 18.0 % of patients of the second group vs. 1.4 % in the first. Irreversible changes in the form of stenosis of bronchi were observed in 41.8 % of patients of the second group and they weren't observed among patients with newly diagnosed forms of the disease. Therapeutic measures were based on the rating of general clinical picture and local changes in the bronchi.

Conclusions. The study revealed that the nature of morphological changes in the bronchi in patients with destructive pulmonary tuberculosis highly depends on the duration and period of the disease. The technique of local sanitation of endobronchites taking into account the period of their occurrence, the rate of return under the influence of complex therapy was suggested.

Контактна інформація:

Шимко Едуард Павлович, проф. кафедри пульмонології та фтизіатрії
88000, м. Ужгород, вул. Урожайна, 6
Тел. (0312) 63-72-69

Стаття надійшла до редакції 20 листопада 2012 р.