

УДК 616.24-002.54:616.233-002/-07-08

**ДІАГНОСТИКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ АКТИВНОЇ САНАЦІЇ ЕНДОБРОНХІАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ****Шимко Е.П., Скрип В.В., Мойсюк В.В., Сарваш Й.Ф.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра пульмонології та фтизіатрії, <sup>1</sup>Обласне клінічне територіальне медичне об'єднання, м. Ужгород; Закарпатське клінічне ОТМО «Фтизіатрія», м. Ужгород***РЕЗЮМЕ:** вивчено клініко-рентгенологічні, бактеріологічні та бронхологічні особливості перебігу процесів у 210 хворих на деструктивний туберкульоз легень з ураженням бронхів. Запропонована методика та підходи до санації бронхіальної патології.**Ключові слова:** туберкульоз легень, ураження бронхів, лікування

**Вступ.** Мукоціліарний апарат, розташований у підслизовому епітеліальному шарі трахеї, головних, часткових і сегментарних бронхів та представлений бронхіальними залозами, війчастими та бокаловидними клітинами, надійно забезпечує захисну функцію дихальних шляхів у здорових людей [3, 6]. Особливо часто ураження бронхів спостерігаються при туберкульозі, що є однією з актуальних проблем фтизіатрії [1, 2, 5, 6, 7]. Бронхи швидко реагують на процеси, які розвиваються в легеневій тканині, зокрема при туберкульозі легень. Патоморфологічні процеси в бронхах негативно впливають на перебіг основного захворювання, а в ряді випадків визначають його прогноз.

**Мета роботи.** Вивчити особливості симптоматики, клініки та перебігу процесів у хворих на деструктивний туберкульоз легень залежно від патологічних змін у бронхах та результатів їх лікування.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети в стаціонарних умовах обстежено 210 хворих віком від 18 до 74 років, серед них 158 чоловіків та 52 жінки. Хворих поділено на дві групи: зі вперше діагностованим 136 (65,0%) туберкульозом легень та 74 (35,0%) хворих з повторними та хронічними процесами. Давність виникнення хвороби першої групи від 3 до 8 місяців, другої – від 2 до 6 років. З інфільтративним туберкульозом було 113 (54,0%) хворих, дисемінованим 25 (12,0%), туберкульозом або множинними туберкульозами 6 (2,8%), фіброзно-кавернозним та його ускладненнями 66 (31,2%) хворих. Фазу розпаду встановлено у 192 (91,4%), мікобактерії туберкульозу багаторазовими дослідженнями мокротиння та промивних вод бронхів визначались у 197 (94,0%) хворих.

Згідно з диспансерною класифікацією, до першої категорії віднесено 130 хворих, другої – 14 та 66 до четвертої.

Активні методи виявлення (флюорографія, обстеження контактів) та пасивні (самозвернення за медичною допомогою через наявність скарг) однаково часто зустрічались в обох порівнюючих групах.

Усім хворим, згідно з категорійністю, призначалась стандартизована антибактеріальна терапія, як правило, рифампіцином, ізоніазидом, стрептоміцином, етамбутолом або піразинамідом. Корекція лікування проводилась на підставі даних теста медикаментозної чутливості, які проводились у динаміці. При необхідності до лікування додавались препарати резервного ряду. Активні методи санації бронхів включали призначення хворим 20-30 сеансів аерозольотерапії розчином стрептоміцину, салюзиду, солютізону, ендотрахеальних і ендобронхіальних введень розчинів рифампіцину, стрептоміцину та ізоніазиду. Проводились санаційні бронхоскопії на фоні десенсибілізуючого лікування. Використовувався фібробронхоскоп системи "Олімпус" ВГ ХТ 20.

Всебічне комплексне обстеження хворих базувалось на детальному вивченні скарг хворих, об'єктивних знахідок. Особливу увагу приділено характеру бактеріовиділення, проявам рентгенологічної та бронхологічної картини.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Більшість хворих першої групи скаржились на кашель, у тому числі сильний, довготривалий з виділенням мокротиння. Кровохаркання спостерігалось у 5 випадках, у 17 хворих була задишка, а у 8 – неприємні відчуття в грудній клітці.

Мікобактерії туберкульозу виявлені у 124 (95%) хворих, у тому числі в мазках і змивах із бронхів, взятих при бронхоскопії – у 26.

Рентген-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%) виявлені фіброзні перибронхіальні зміни, емфізема (10%), ущільнення та деформація коренів легень (36%).

При бронхологічному обстеженні хворих цієї групи туберкульоз бронхів встановлено у 26 чоловік. Із них у 24 чоловік спостерігалась інфільтративна форма туберкульозу бронхів, в одного –

виразкова форма та посттуберкульозні рубцеві зміни у іншого.

Неспецифічні ендобронхіти у хворих цієї групи спостерігались у 72, або 55,3% обстежених (див. табл. №1). Найбільш часто зустріча-

лась обмежено-дифузна форма – 38 випадків, дифузний ендобронхіт – 1-2 ст. – 23, дифузний ендобронхіт – у 11 хворих. Майже у половини хворих (48%) неспецифічний ендобронхіт був двобічним.

Таблиця 1

Характеристика встановлених бронхіальних порушень у 210 хворих на різні форми деструктивного туберкульозу легень

Контингенти хворих	Кількість		Патологія бронхів							
			Інфільтративний ендобронхіт		В тому числі рубцеві післятуберкульозні зміни		Стеноз бронхів		Неспецифічний ендобронхіт	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вперше діагностований туберкульоз легень	136	100,0	26	19,1	2	1,4	0	0	72	55,3
Рецидиви та хронічні форми	74	100,0	32	43,2	13	18,0	31	41,8	61	82,5

При порівнянні клініко-рентгенологічної картини з бронхоскопічними даними встановлено пряму залежність патологічних змін у легенях від ступеня уражень бронхів. Так, множинний розпад в легенях супроводжувався стенозуючим туберкульозом бронхів і обмежено-дифузним та дифузним ендобронхітом. У свою чергу, при емфіземі та пневмосклерозі спостерігались гіпертрофічний та субатрофічний ендобронхіт. У 38% хворих неспецифічний ендобронхіт був супутнім туберкульозу і виник не стільки внаслідок специфічної інтоксикації, але і як результат подразнюючої дії бронхіального секрету на слизову оболонку бронхів в умовах нелікованого раніше деструктивного туберкульозу легень. У більшості випадках його перебіг був малосимптомним.

Звичайно при повторних бронхоскопіях через 3-4 тижні такий ендобронхіт об'єктивно вже не відображався. Як правило, такий сприятливий результат став можливим після короткочасної терапії туберкулостатиками в комбінації з антибіотиками широкого спектру дії. Звідси випливає, що неспецифічний ендобронхіт не мав істотного впливу на клінічний перебіг туберкульозу легень.

Хворі другої групи скаржились на кашель, більшість із них – 48, або 64,8% – з виділенням слизисто-гнійного секрету, іноді – 7 (9,4%) з неприємним запахом. Мікобактерії туберкульозу виділяли 40 хворих (54,0%), непатогенна флора висівалась у 34 (45,9%) чоловіків.

Рентген-морфологічна картина змін у легенях була характерна для фіброзно-кавернозного та інших форм туберкульозу, які супроводжувались великими фіброзно-індуративними та казеозними змінами в легенях. У третини хворих цієї групи поряд з великими посттуберкульозними змінами

виявлені інфільтративно-пневмонічні, пневмосклеротичні і емфізематозні зміни в нижніх та середніх відділах легень.

При бронхоскопічному обстеженні хворих другої групи інфільтративний туберкульоз бронхів виявлений у 32, або 43,2% хворих, а у 14, або 18% – посттуберкульозні фіброзні і рубцеві зміни. У більшості хворих – 66, або 82,5% специфічні зміни супроводжувались неспецифічним ендобронхітом, що добре було помітно при повторних бронхоскопіях, коли після короткого лікування туберкулостатиками у взаємодії з антибіотиками широкого спектру дії залишались тільки зони локального специфічного ураження.

Співставлення матеріалів щодо легневих та бронхіальних змін доводить, що активний туберкульоз бронхів значно частіше спостерігається у хворих другої групи з фіброзно-кавернозним туберкульозом легень. У свою чергу рубцеві та фіброзні зміни в бронхах виникають головним чином у хворих з великими залишковими змінами після перенесеного внутрішньогрудного туберкульозу первинного або післяпервинного генезу.

Стенозування бронхів 2-3 ст., яке мало місце у 31, або 39% хворих цієї ж (другої) групи зумовило виникнення множинних гігантських, роздутих і блокованих каверн, а в 12 випадках – постателектатичного цирозу.

Таким чином, специфічні ураження бронхів у хворих другої групи по частоті виникнення ( $P < 0,001$ ) перевищують аналогічні показники у хворих першої групи. Про це свідчать також публікації А.І. Струкова та І. Т. Соловйової [4] щодо 90%-ого ураження дрібних бронхів при деструктивному туберкульозі легень. А неспецифічні ендобронхіти перевершують відповідно в 1,5 рази частіше дані серед хворих другої групи.

Згідно з матеріалами наших спостережень лікування неспецифічних ендобронхітів у більшості випадків не викликало утруднень. Значно складнішою була ситуація з санацією специфічних уражень бронхів. Тут потрібен диференційований підхід. У хворих першої групи при інфільтративних специфічних ураженнях бронхів позитивна динаміка спостерігалась уже після 10-15 ендобронхіальних вливань, стільки ж процедур аерозольної терапії і 2-3 контрольно-лікувальні бронхоскопії. Досягаємо стійкий ефект через 25-30 ендобронхіальних введень і процедур аерозольної терапії на фоні 6-7 лікувально-санаційних бронхоскопій.

Відповідно у хворих другої групи, у котрих інфільтративні специфічні ураження бронхів у багатьох випадках супроводжуються стенозуванням, фіброзними і рубцевими змінами саме тих сегментарних бронхів, що приводили до утворення гігантських, блокованих і роздутих каверн. Це діаметрально ускладнює лікування таких хворих. Воно вимагає проведення значно більшої кількості ендобронхіальних введень (від 40 до 80 на курс), лікувальних бронхоскопій (12-15 на курс) на фоні постійної аерозольної терапії. Зокрема, у 25, або 31% хворих не було досягнуто розблокування стенозованого ураженого бронху і 15, або 18,7% хворим цієї групи проведено оперативне лікування.

Наші матеріали стверджують, що активні методи санації бронхів показані, в першу чергу, при

млявому перебігу вперше виявленого деструктивного туберкульозу легень та його реактивації з інфільтрацією та засівом, супутніх ендобронхітах, особливо інфільтративних його форм, при підготовці хворих до радикального втручання, а також при неможливості приймання хворими спецпрепаратів звичайним методом.

#### **Висновки.**

1. Величина та характер морфологічних змін бронхів у хворих на деструктивний туберкульоз легень значною мірою залежать від давності виникнення хвороби.

2. Більш швидка зворотна динаміка неспецифічного ендобронхіту під впливом місцевого та загального лікування свідчить не стільки про специфічний, як про механічний вплив подразнення слизової оболонки бронхів мокротинням.

3. Найближчий результат місцевої санації неускладнених інфільтративних форм специфічних ендобронхітів досягнуто вже після 10-15 ендобронхіальних вливань антибіотиків та хіміопрепаратів та стільки ж процедур аерозольної терапії, які супроводжувались 6-7 лікувально-санаційними бронхоскопіями.

4. Більш тривалими були схеми ендобронхіальних введень, аерозольтерапії та лікувальних бронхоскопій у хворих зі стійкими стенозами бронхів I-II ст., роздутими та блокованими кавернами, які нерідко вимагали радикальних методів втручання.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Исмаилов Ш.Ш. Туберкулез крупных бронхов, особенности течения и его клиническое значение/ Шагим Исмаилов. – М.:Проблемы туб., 1997. – 31 с.
2. Лікування туберкульозу/ Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Ільницький І.Г., М'ясников В.Г – К.: Логос, 1996. – 118 с.
3. Пятночка І.Т. Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень в залежності від стану бронхіального дерева / Пятночка І.Т., Карнага С. – К.: Укр. пульмонолог. журн. – 2009. – 21 с.
4. Сахарчук І.І. Воспалительные заболевания бронхов/ Сахарчук І.І., Ільницький Р.І., Дудка П.Ф. – К.: Книга плюс, 2005. – 221 с.
5. Струков А.И. Морфология туберкулеза в современных условиях/ Струков А.И., Соловьева И.П. – М., 1986. – 224 с.
6. Петренко В.І. Фтизіатрія/ Василь Петренко. – Вінниця: Нова книга, 2006. – 503 с.
7. Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулезе легких / Маргарита Шестерина. – М.: Медицина, 1976. – 163 с.

#### **SUMMARY**

##### **ON DIAGNOSTICS AND TREATMENT DESTRUCTIVE TB OF LUNGS IN CASE OF BRONCHIAL AFFECTION Shymko E.P., Skryp V.V., Moisiuk V.V., Sarvash I.F.**

It was proved by complex clinical-roentgenological-bacteriological and bronchiological examination of 210 patients with destructive TB of lungs with the affection of bronchi. The active sanitation methods are to be applied first of all in case of destructive forms of the first revealed TB of lungs and its reactivation with the infiltration and accompanying endobronchitis, stable excretion of bacteria, under the preparation of patients to radical parathion of patients to radical treatment and impossibility to take special medicine in usual way.

**Key words:** TB of lungs, bronchial affection, treatment