

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ

Тамашакина Г.Н.,

Кривонос П.С., Панасюк В.К., Березин М.Ю.,

**Лантухов А.В., Тарасов О.В., Якубеня О.Н.,
Бабченко И.В.**

**УЗ «РНЦ пульмонологии и фтизиатрии»,
Минск**

Бронхоэктазы - это хроническое бронхолегочное заболевание, с признаками патологической и перманентной дилатации бронхов.

(клинические рекомендации Европейского респираторного общества.2017г.)

Бронхоэктазы (БЭ) представляют собой локализованное необратимое расширение бронхов, сопровождающееся воспалительными изменениями в бронхиальной стенке и окружающей паренхиме с развитием фиброза.

БЭ характеризуются как хроническое респираторное заболевание, проявляющееся клиническим синдромом кашля, выработкой мокроты и бронхиальной инфекцией, а радиологически - аномальной и постоянной дилатацией бронхов

(клинические рекомендации Бронхоэктазы ... Российского респираторного общества 2021г.)

- Бронхоэктазы еще недавно относились к числу, так называемых, орфанных болезней.

Внедрение современных высокотехнологичных диагностических методов обусловило переход заболевания из разряда редко диагностируемых в разряд широко распространенных.

- *Проф. А.И. Синопальников*

Для развития БЭ необходимы два условия:

- 1) воспалительная реакция с локализацией в стенке бронха;
- 2) нарушение дренажной функции бронха, его обструкция и снижение функциональной активности механизмов защиты

А.Г. Чучалин

Причины развития БЭ различны и многообразны.

- В 20–30% случаев постинфекционные БЭ развиваются после тяжелых респираторных инфекций детского возраста, при аллергическом бронхолегочном аспергиллезе.
- В половине случаев к формированию БЭ приводят:
 - хронические респираторные заболевания - ХОБЛ и бронхиальная астма
 - нетуберкулезный микобактериоз
 - Локальные БЭ связаны с местной бронхиальной обструкцией (инородное тело, посттуберкулезные изменения и т.д.), которая приводит к патологическому расширению дыхательных путей.

Тем не менее в 35–57% случаев причина остается неизвестной.

д.м.н., профессор Сергей Николаевич АВДЕЕВ

Материал и методы.

Проведен ретроспективный анализ медицинских стационарных карт 25 пациентов с туберкулезом органов дыхания, разной степени активности.

В клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии им были впервые диагностированы бронхоэктазы со стенозом бронха.

Стеноз бронхов III-V порядка установлен при фибробронхоскопии (ФБС),

БЭ визуализированы при КТ обследовании.

Возраст пациентов от 16 до 71 года:

56% - лица до 40 лет (в том числе лица 15-16лет. – 5чел. или 20%).

Мужчин - 16 (64%), женщин – 9 (36%).

При поступлении в клинику все пациенты предъявляли жалобы на кашель, отхождение мокроты, у 12 чел.(48%) имелось кровохарканье или повторяющиеся легочные кровотечения.

При рентгенологическом и КТ обследовании:

- у большинства пациентов (17 чел.-68%), установлен активный туберкулезный процесс,
- у 8 чел. (32%) установлены остаточные посттуберкулезные изменения (ОТИ) различной степени выраженности.

Среди клинических форм активного туберкулеза легких у пациентов с изучаемой патологией - была инфильтративная (16 чел.).

- У 10 пациентов активный туберкулез Од был впервые выявленный,
- 6 человек ранее болели туберкулезом в разные сроки, из них -5 человек (все молодого возраста), отмечалось хроническое течение туберкулеза в течение 3-5 лет.

Бактериовыделение установлено у 12 (48%) чел., причем у 2 пациентов - КУБ при бактериоскопии мазка.

- У 6 пациентов с туберкулезом легких имелась МЛУ МБТ к ПТП.

Среди пациентов с ОТИ (8чел.):

- ранее лечились от туберкулеза - 4,
- ОТИ после спонтанно излеченного туберкулеза - у 4 пациентов (старше 60 лет)

По данным КТ исследования - БЭ локализовались:

- в обоих легких - у 3 чел.
- в одном легком у 22 чел. (88%), в т.ч.
в правом - у 13 (52%) чел., в левом - у 9 (36%) чел.
- У большинства пациентов (19 чел.-76%) БЭ визуализировались в одной доли легкого,
- у 3 чел. – в разных долях одного легкого
- БЭ одного бронха имелись у 14 чел. (56%),
- 2-х и более бронхах - у 11 чел. или 44%, в т.ч. у 5 (20%) БЭ диагностированы сразу в нескольких бронхах одной доли.

Одним из важных диагностических признаков, выявляемых при КТ - исследовании, - наличие обызвествлений в БЭ (в содержимом БЭ или в стенке БЭ).

Кальцинаты, патогенетически связаны с перенесенным туберкулезом.

Необходимо учитывать, что хроническое, рецидивирующее воспаление, которое часто сопровождает БЭ, может приводить к реактивации туберкулеза, именно в обызвествленных очагах.

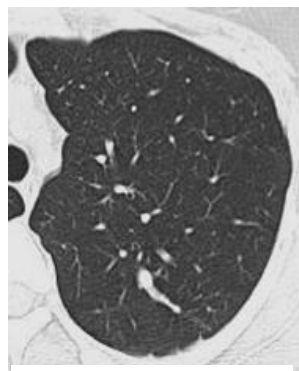
У 15 чел.(60%) - в БЭ выявлены обызвествления, как в стенках БЭ, так и его содержимом. Среди пациентов с активным туберкулезом обызвествления выявлены у 11 чел, **причем у 8 из них - в зоне БЭ.**

У пациентов с ОТИ обызвествления в БЭ выявлены у 5 человек.

•У всех 17 пациентов с активным туберкулезом легких специфический процесс сочетался с БЭ в одной доле. У 8 человек туберкулезный процесс находился непосредственно в зоне бронхоэктаза.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

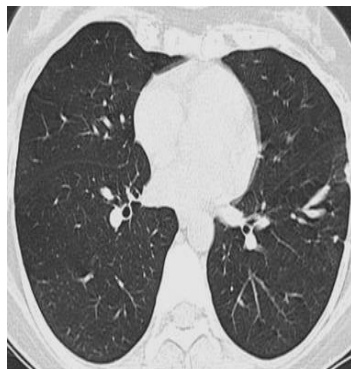
Пациент Ч, 39л. Диагноз при поступлении: туберкулез бронха? **МЛУ**



Скан 1



Скан 1а



Скан 2



Скан 2а

На рентгенограмме:
Избыточная деформация легочного рисунка в обоих легких.
Корни обоих легких – структурны.

Бронхоэктазы (БЭ) с мелкими обызвествлениями в стенке и содержимом: сканы КТ Скан 1, 1а – БЭ в бронхе второго сегмента левого легкого (ЛС2).

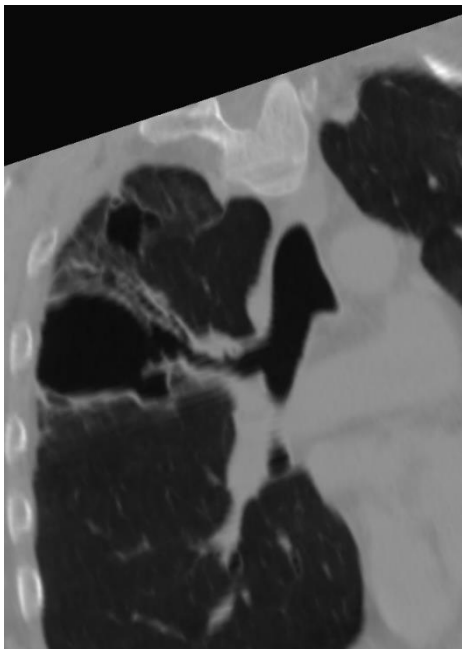
Скан 2, 2а – БЭ в бронхе ЛС9, рядом с бронхом - кальцинат в легочной ткани

КТ выявила подобные бронхоэктазы и в 6,7,8 сегментах левого легкого.

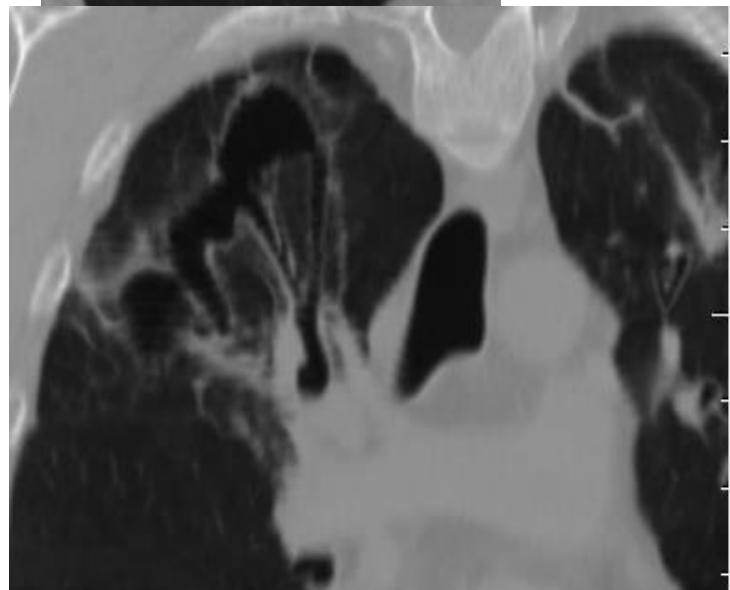
КТ картину трактовали как остаточные посттуберкулезные изменения и вторичные БЭ.

При ФБС: в бронхе ЛС2 выявлено циркулярное сужение (3 ст.), вызванное рубцово-воспалительным процессом..

При выделении пациентом в посевах мокроты 3-кратного МЛУ МБТ процесс стали трактовать как ТВГЛУ.



Туберкулез верхней левого легкого выявлен 5 лет назад. Через 3 года ПТТ, положительная динамика с формированием фиброза. В том же году, рентгенологически - рецидив процесса в верхней доле правого легкого, получено 2 посева посева МЛУ. Через 6, 8, 11 мес. ПТТ – повторное выделение МЛУ (един. колонии). При ретроспективном анализе рентгенограмм: в в/д ПЛ – тонкостенные образования, которые динамически заполняются и опорожняются. Пациент направлен в РНПЦ ПиФ для оперативного лечения. При ФБС: устье бронха П2а сужено до 3 степени, полостное образование с ровными, не отечными стенками. . Бронхи дистальнее бронха 4 порядка не сохранились.

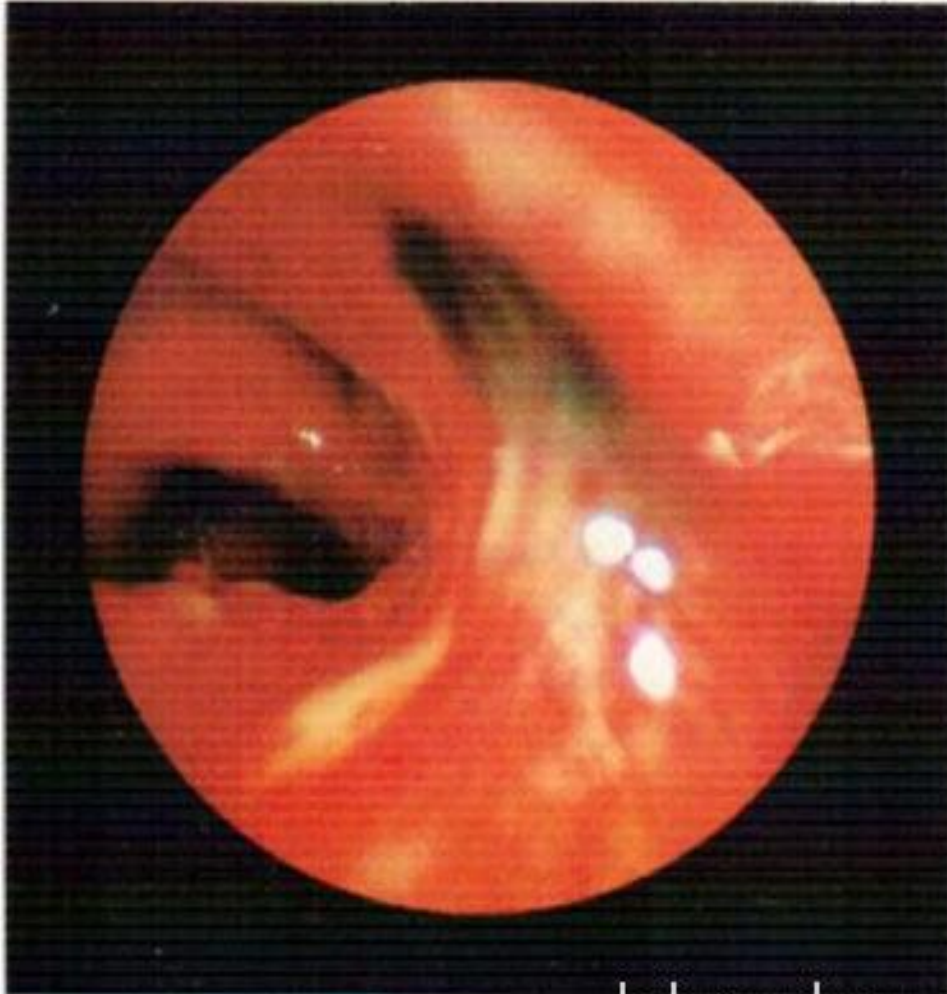


Операция: удаление в\доли правого легкого.
Морфологически:
в удаленной верхней доле -
бронхэктатическая
каверна

Пациент Дун, 33г. На сканах КТ: кистоподобные образования с плотными деформированными стенками, связанные с несколькими субсегментарными бронхами, просветы которых сужены. Стенки бронхов уплотнены

Изменение бронхов при туберкулезе

Рубцовая деформация долевого и сегментарных бронхов. Сужение просвета бронхов за счет фиброза стенок и отека слизистой стенки бронха



lekmed.ru



Долевой бронх проходим

Своевременное направление пациентов на компьютерно-томографическое исследование органов дыхания и фибробронхоскопию позволит вовремя диагностировать стеноз бронхов и бронхоэктазы туберкулезной этиологии