

Л. І. Ільницька

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ПРОЯВІВ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПІДЛІТКІВ*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Хронічні неспецифічні захворювання легень, особливо хронічний бронхіт, останнім часом все частіше діагностуються у хворих на туберкульоз органів дихання. В той же час туберкульоз нерідко розвивається на фоні уже існуючого хронічного бронхіту, а подібність хронічних проявів обох захворювань ускладнюють своєчасне виявлення специфічного процесу [1, 4, 10, 12]. З іншого боку, туберкульозне запалення, навіть вилікуване, сприяє розвитку хронічних неспецифічних захворювань легень, які в осіб, обтяжених туберкульозним анамнезом, зустрічаються значно частіше по відношенню до загальної популяції населення [3, 8, 11, 13].

У зв'язку з цим проблема співвідношення цих двох захворювань вимагає поглибленого вивчення. Зокрема, не в'ячена частота розповсюдженості мікст-форм не тільки у вперше діагностованих, але й в осіб з метатуберкульозними залишковими змінами, не вивчені особливості початкових проявів та перебігу хронічних неспецифічних захворювань легень з врахуванням клінічної форми та фази туберкульозного процесу [2, 5, 6, 7, 9].

Матеріал та методи дослідження

Метою досліджень було вивчення характеру патологічних змін слизової оболонки бронхіального дерева у 157 осіб підліткового віку при різних клінічних формах специфічного процесу, обтяженого "модифікуючими" факторами. Особливої уваги заслуговують наявність екологічно несприятливих умов довкілля, тютюнопаління, вогнищ неспецифічної інфекції верхніх дихальних шляхів, частих респіраторно-вірусних захворювань, характер залишкових змін в легенях та наявність тривалого попереднього стану інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ) в препубертатному та дитячому віці.

Серед обстежених підлітків чоловічої статі було 81 (51,6 %), жіночої — 76 (48,4 %), наявність мікобактерій туберкульозу в мокротинні та промивних водах бронхів спостерігалась у 86 (54,8 %), порожнини розпаду і каверни — у 67 (42,7 %) хворих (табл. 1).

Результати та їх обговорення

Наявність МБТ мала місце переважно у тих пацієнтів, у яких процес був поширеним та супроводжувався наявністю деструктивних змін.

Таким чином, із 157 хворих на різні форми туберкульозу органів дихання переважали інфільтративна (40,1 %), дисемінована (18,5 %), первинний туберкульозний комплекс (12,1 %) та туберкульоз внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів (10,2 %). Бактеріовиділення переважало у хворих із наявністю деструкції. Гострий перебіг, який супроводжувався вираженим інтоксикаційним синдромом та гіпертермією, був притаманний, в основному, для інфільтративного (26,1 %), дисемінованого (11,5 %), та первинного туберкульозного комплексу (11,5 %), а торпідний перебіг — у хворих на вогнищевий (2,5 %), фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (3,2 %) і туберкульозу (2,5 %) легень (табл. 2).

Отримані дані засвідчували різнонаправлену туберкулінову чутливість, яка залежала від розповсюдженості, тривалості перебігу специфічного процесу та патогенетичних механізмів виникнення захворювання з врахуванням екзогенного проникнення МБТ або ендогенної реактивації запалення. Так, інтенсивна (12–16 мм) і гіперергічна (17 мм і більше) туберкулінові проби спостерігалися переважно у хворих на первинні форми туберкульозу, у яких екзогенне проникнення інфекції співпадало з розвитком специфічного запалення, а помірна туберкулінова чутливість (5–11 мм) мала місце при хронічних формах туберкульозу та у випадку ендогенної реактивації захворювання. При цьому частота деструкцій та бактеріовиділення не залежали від характеру туберкулінової чутливості.

У 157 пацієнтів методом фібробронхоскопії вивчали стан слизової бронхіального дерева. Ендоскопічна картина оцінювалася з врахуванням клінічної форми, фази процесу, бактеріовиділення, характеру вираженості рентгенологічних змін, тривалості захворювання, наявності "модифікуючих" чинників та туберкулінової чутливості (табл. 3).

У 29 (18,5 %) пацієнтів ендоскопічно патології не було виявлено. Переважно це були хворі з обмеженим туберкульозом (55,5 %) без наявності деструктивних змін і бактеріовиділення та з високою питомою вагою сумнівної (75,0 %) і помірної (28,3 %) туберкулінової чутливості. При цьому вторинний генез захворювання (21,8 %) значно переважав над первинним (14,3 %).

У решти 128 хворих ендоскопічна картина запалення слизової бронхів носила різнонаправлений характер. У 13 (8,3 %) пацієнтів діагностовано так званий "локальний" ендобронхіт, який був розцінений, як ускладнення основного захворювання у вигляді інфільтративної (10), інфільтративно-виразкової (2) та інфільтративно-норицевої (1) форми туберкульозу бронха. Такий варіант ураження, як правило, зустрічався при розповсюдженному туберкульозі (9,9 %) з наявністю бактеріовиділення (9,3 %) і деструктивних (10,4 %) змін, переважно при помірній (9,4 %) та інтенсивній (11,1 %) туберкуліновій чутливості.

Ендоскопічні прояви запалення в даній ситуації характеризувалися наявністю обмеженого набряку, інфільтрації та гіперемії, переважно на стороні максимального ураження. При цьому у 7 (16,3 %) пацієнтів мали місце обтяжливі фактори у вигляді хронічних неспецифічних вогнищ інфекції (3) та тривалого попереднього спостереження з причини інфікування МБТ (4) у дитячому віці. Частота специфічного запалення бронха не залежала від генезу захворювання і зустрічалася приблизно однаково при первинному (8,6 %) та вторинному (8,0 %) туберкульозі. При такому варіанті запалення бронхіального дерева в більшості випадків відсутні клінічні та аускультативні дані, за винятком інфільтративно-виразкової та інфільтративно-норицевої форми туберкульозу бронха, при яких спостерігався тривалий кашель (2) з наявністю кровохаркання (1).

Таблиця 1

Характеристика туберкульозу органів дихання

Клінічні форми	Число хворих абс. (%)		Бактеріови-ділення абс. (%)	Порожнини розпаду абс. (%)	
				гострий	торпідний
Первинний туберкульозний комплекс	19 (12,1)	11 (7,0)	7 (4,5)	18 (11,5)	1 (0,6)
Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	16 (10,2)	—	—	13 (8,3)	3 (1,9)
Вогнищевий туберкульоз	10 (6,4)	3 (1,9)	—	6 (3,8)	4 (2,5)
Інфільтративний туберкульоз	63 (40,1)	48 (30,6)	39 (24,8)	41 (26,1)	22 (14,0)
Дисемінований туберкульоз	29 (18,5)	19 (12,1)	14 (8,9)	18 (11,5)	11 (7,0)
Ексудативний плеврит	9 (5,7)	—	—	6 (3,8)	3 (1,9)
Туберкульома	4 (2,5)	—	—	—	4 (2,5)
Фіброзно-кавернозний туберкульоз	7 (4,5)	5 (3,2)	7 (4,5)	2 (1,3)	5 (3,2)
Всього	157 (100,0)	86 (54,8)	67 (42,7)	115 (73,3)	42 (26,7)

Таблиця 2

Результати туберкулінової чутливості в залежності від клінічних форм туберкульозу

Клінічні форми	Число хворих	Результати проби Манту з 2 ТО ППД-Л, абс. (%)			
		0—4 мм	5—11 мм	12—16 мм	17 мм і більше
Первинний туберкульозний комплекс	19	—	2 (1,3 %)	4 (2,5)	13 (8,3)
Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	16	—	1 (0,6)	5 (3,2)	10 (6,4)
Вогнищевий туберкульоз	10	1 (0,6 %)	5 (3,2)	4 (2,5)	—
Інфільтративний туберкульоз	63	3 (1,9 %)	19 (12,1)	24 (15,3)	17 (10,8)
Дисемінований туберкульоз	29	—	13 (8,3)	13 (8,3)	3 (1,9)
Ексудативний плеврит	9	—	2 (1,3)	4 (2,5)	3 (1,9)
Туберкульома	4	—	4 (2,5)	—	—
Фібрознокавернозний туберкульоз	7	—	7 (4,5)	—	—
Всього, абс. (%)	157 (100,0)	4 (2,5 %)	53 (33,8)	54 (34,4)	46 (29,3)

Таблиця 3

Стан бронхіального дерева при туберкульозі органів дихання

Характеристика процесу (n)*	Зміни слизової оболонки бронхіального дерева			
	Змін немає	Специфічний ендобронхіт	Параспецифічний ендобронхіт	Неспецифічний ендобронхіт
Всього хворих (157)	29 (18,5)**	13 (8,3)	66 (42,0)	49 (31,2)
Первинний (70)	10 (13,4)	6 (8,6)	42 (60,0)	12 (17,1)
Вторинний (87)	19 (21,8)	7 (8,0)	24 (27,6)	37 (42,5)
Розповсюджений (121)	9 (7,4)	12 (9,9)	53 (43,8)	47 (38,8)
Обмежений (36)	20 (55,5)	1 (2,8)	13 (36,2)	2 (5,5)
Наявність деструкції (67)	1 (1,5)	7 (10,6)	30 (44,8)	29 (43,3)
Бактеріовиділення (86)	7 (8,1)	8 (9,3)	36 (41,9)	27 (31,4)
Залишкові зміни (41)	—	3 (7,3)	2 (4,9)	36 (87,8)
Обтяжливі фактори (96)	5 (5,2)	7 (7,3)	43 (44,3)	41 (42,7)
Туберкулінова чутливість:				
— 0—4 мм (4)	3 (75,0)	—	—	1 (25,0)
— 5—11 мм (53)	15 (28,3)	5 (9,4)	3 (5,6)	30 (56,6)
— 1—16 мм (54)	11 (20,3)	6 (11,1)	22 (40,7)	15 (27,8)
— 17 і більше (46)	—	2 (4,3)	41 (89,1)	3 (6,5)

Примітки: * - число спостережень; ** - відсоток від числа спостережень.

При ефективній стандартизованій антимікобактеріальній терапії основного захворювання, як правило, спостерігався зворотній розвиток запального процесу

бронхіального дерева, в той же час, в окремих випадках, лікування може доповнюватися ендобронхіальним введенням протитуберкульозних препаратів.

У 66 (42,0 %) хворих виявили дифузний катаральний ендобронхіт, який перебігав безсимптомно, з відсутністю аускультативних даних. Ендоскопічна картина характеризувалася наявністю рівномірної гіперемії та набряку слизової бронхіального дерева. В просвіті бронхів секрет не спостерігалось. Такий варіант дифузного запалення був розцінений як реактивний, так званий "параспецифічний" ендобронхіт, аналогічний прояву вогнищевої реакції при позитивній туберкулінопробаційній чутливості і зумовлений, ймовірно, безпосереднім токсико-алергічним впливом туберкульозного процесу. Адекватна стандартизована терапія туберкульозу сприяла інволюції ендобронхіту і не вимагала додаткових медикamentозних засобів. В окремих випадках доцільність використання системних глюкокортикоїдів була очевидною.

Дифузний катаральний ендобронхіт найчастіше мав місце як при розповсюдженному (43,8 %), так і обмеженому (36,2 %) туберкульозі, ускладненому деструктивними змінами (44,8 %) та бактеріовиділенням (41,9 %). В той же час у більшості пацієнтів при даному варіанті ендобронхіту переважав первинний (60,0 %) над вторинним (42,0 %) генезом захворювання, що супроводжувався високою (40,7 %) та гіперергічною (89,1 %) туберкуліновою пробою Манту з 2 ТО ППД-Л, а також наявністю обтяжливих чинників (44,8 %), серед яких переважали сезонні риносинусопатії алергічного характеру, часті респіраторно-вірусні захворювання. Низький відсоток випадків із залишковими змінами (4,9 %), негативною та слабопозитивною (5,6 %) чутливістю до туберкуліну у даній категорії пацієнтів підкреслював важливе значення алергічного компонента у виникненні дифузного катарального ендобронхіту, який виступав у ролі важливого додаткового симптому основного захворювання і вказував на високу ступінь специфічної гіперсенситивізації організму туберкульозним запаленням і носив реактивний характер. У даного контингенту хворих необхідно вказати на часті позалегенові прояви у вигляді периферійної та абдомінальної лімфаденопатії, артралгій, кератокон'юнктивітів і навіть полісерозитів, що обґрунтовувало доцільність застосування системних глюкокортикоїдних препаратів в комплексній антимікобактеріальній терапії.

У 49 (31,2 %) хворих був діагностований неспецифічний катарально-гнійний ендобронхіт, який супроводжувався дифузною гіперемією, ціанотичною слизовою, місцями складчастою структурою з елементами субатрофії та деформацією окремих гілок бронхіального дерева. На стінках і в просвіті бронхів мала місце слизово-гнійна секреція. Така ендоскопічна картина спостерігалась при розповсюдженному туберкульозі органів дихання, супроводжувалась деструктивними змінами в легенях (43,3 %), масивним бактеріовиділенням (31,4 %) і зустрічалась здебільшого при вторинних формах (42,5 %) специфічного процесу. Наявність обтяжливих чинників (42,7 %) у вигляді вогнищ хронічної неспецифічної інфекції, частих респіраторно-вірусних захворювань верхніх дихальних шляхів та висока питома вага залишкових змін в легенях як результат перенесеного туберкульозного або пневмонічного процесу в минулому, зумовлювали порушення архітекτονіки і топографії бронхіальної структури, сприяли розвитку хронічного бронхіту, як самостійної нозологічної форми, яка була діагностована своєчасно. Крім цього, необхідно вказати, що для частини даної категорії пацієнтів мали значення чинники екологічно несприятливого довкілля та тютюнопаління, які супроводжувались

періодичним продуктивним кашлем і навіть задишкою при фізичному навантаженні.

Наявність у більшості хворих слабопозитивної (56,6 %), високої (27,8 %) і навіть гіперергічної (6,5 %) чутливості до туберкуліну засвідчувало ймовірність складової алергічного характеру в патогенезі хронічного бронхіту у хворих на туберкульоз органів дихання. Крім цього, у пацієнтів із мікст-патологією спостерігались відповідні рентгенологічні (пери- бронхіальний пневмофіброз, ділянки емфіземи) та аускультативні (сухі розсіяні хрипи) прояви. Поєднана патологія взаємно ускладнювала перебіг, діагностику і лікування обох захворювань, і навіть при ефективній антимікобактеріальній та інгаляційній терапії (комбівент, беродуал, будесонід, бекламетазон) клініко-ендоскопічні симптоми хронічного бронхіту продовжували зберігатися, що засвідчувало доцільність тривалого і навіть пожиттєвого диспансерного спостереження.

Висновки

1. Ендоскопічна картина бронхіального дерева у підлітків при туберкульозі органів дихання характеризується наявністю неспецифічного катарально-гнійного ендобронхіту — абсолютної ознаки хронічного бронхіту, "локального" ендобронхіту як результату ускладненого перебігу туберкульозу органів дихання у вигляді інфільтративного туберкульозу бронха і, так званого реактивного, "параспецифічного" ендобронхіту, як наслідку токсико-алергічного впливу туберкульозного процесу при високій специфічній сенситивізації до туберкуліну.

2. Туберкульоз органів дихання у підлітків, обтяжений проявами запального характеру слизової бронхіального дерева, не передбачає зміни в стандартах антимікобактеріальної терапії, але в ряді випадків обґрунтовує доцільність використання інгаляційних бронходилататорів (комбівент, беродуал) і глюкокортикоїдів (будесонід, бекламетазон) при хронічному бронхіті, ендобронхіальних введень туберкулостатиків при специфічному ендобронхіті та вибіркового застосування системних глюкокортикоїдів при реактивному "параспецифічному" ендобронхіті.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бронхообструктивний синдром як актуальна проблема сучасної фтизіатрії (до питання про патогенез, діагностику, клініку, перебіг)* / Кужко М. М., Курило С. М., Процик Л. М. і др. // Укр. пульмон. журн. — 2000. — № 1. — С. 25–29.
2. *Інфільтративний туберкульоз у дітей в сучасних умовах* / Костроміна В. П., Білозерцева О. І., Деркач О. В. та ін. // Укр. пульмон. журн. — 2005. — № 2. — С. 24–27.
3. *Клінічні особливості поєданого перебігу туберкульозу легень і хронічного бронхіту* / Кужко М. М., Курило С. М., Процик Л. М. та ін. // Укр.пульмон.журнал. — 2001. — № 3. — С. 29–32.
4. *Митинская Л. А. Новые технологии при профилактике, выявлении, диагностике и лечении туберкулеза у детей* // Пробл.туберкулеза. — 2003. — № 1. — С. 19–25.
5. *Нефедов В. Б., Соколова Т. П. Значение бронхоспазма в развитии бронхиальной обструкции при туберкулезе легких* // Пробл.туберкулеза. — 1999. — № 1. — С. 33–35.
6. *Нарейко Б. В. Бронхообструктивный синдром при туберкулезе легких* // Укр.пульмон.журнал. — 2003. — № 2. — С. 280–281.
7. *Патоморфоз туберкульозу органів дихання (за даними секційного матеріалу)* / Сахелашвілі М. І., Ільницький І. Г., Хобзей М. К., Микуляк Ю. Ю. // Укр. пульмон. журн. — 1996. — № 1. — С. 57–59.
8. *Русакова Л. И. Остропрогрессирующие формы туберкулеза у подростков* // Пробл.туберкулеза. — 2001. — № 1. — С. 31–34.
9. *Сиренко И. А., Подопригора Н. М., Марченко О. Ю., Шматко С. А. Значимость групп риска в детской фтизиатрии* // Пробл.туберкулеза и болезней лёгких. — 2006. — № 9. — С. 31–33.

10. *Фещенко Ю. І., Турченко Л. В., Мельник В. М.* Перспективи контролю за туберкульозом в Україні // Укр. пульмонол. журн. — 2005. — № 3. — С. 5–10.
11. *Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., Горовенко Н. Г.* Хронические обструктивные заболевания легких // Киев: Морион. — 2001. — 79 с.
12. *Фирсова В. А.* Туберкулез у подростков: диагностика, клиника, лечение // Пробл. туберкулеза. — 2003. — № 3. — С. 23–26.
13. *Шмелев Е. И., Куклина Г. М.* Совершенствование лечения бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких // Пульмонология. — 2001. — № 1. — С. 23–27.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ПРОЯВІВ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПІДЛІТКІВ

Л. І. Ільницька

Резюме

Використані клініко-рентгенологічні, загальнолабораторні, мікробіологічні і ендоскопічні методи при туберкульозі органів дихання та в поєднанні специфічного процесу з хронічним бронхітом.

На основі отриманих даних виявлені особливості клінічного перебігу туберкульозу на фоні різного варіанту прояву ендобронхіту, визначені шляхи оптимізації лікування та диспансерного спостереження. При цьому виявлені три типи ендобронхіту,

які спостерігалися при туберкульозі органів дихання у підлітків: неспецифічний катарально-гнійний ендобронхіт, що відповідає хронічному бронхіту як окремій нозологічній формі, специфічний ендобронхіт як ускладнення перебігу основного захворювання у вигляді інфільтративного туберкульозу бронха, і реактивний "параспецифічний" ендобронхіт як наслідок гіперсенситизації і безперервного токсико-алергічного впливу туберкульозної інтоксикації.

THE PECULIARITIES OF ENDOSCOPIC MANIFESTATIONS OF BRONCHIAL TREE MUCOUS MEMBRANE INFLAMMATION IN TEEN-AGERS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

L. I. Ilnytska

Summary

Clinical-roengenological, laboratory, microbiological and bronchological methods of examination of teen-agers with tuberculosis alone or in combination with chronic bronchitis uncovered the peculiarities of clinical course, depending on the variant of endobronchitis. There were described three types of endobronchitis: non-specific catarrhal-purulent, which corresponded to chronic bronchitis as nosological unit, specific endobronchitis in form of infiltrative bronchial tuberculosis and reactive "paraspecific" endobronchitis as the consequence of hypersensitization and non-stop toxic-allergic influence (tuberculosis toxication).