

П. О. КАЗАНЧЯН, Э. Т. КАРАПЕТЯН

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В КРУПНЫХ БРОНХАХ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Бронхологическим методам исследования в настоящее время принадлежит определенное место в диагностике и лечении больных легочной патологией. Трахеобронхоскопия прочно вошла в лечебно-диагностический комплекс клиники легочного туберкулеза, и благодаря ее применению освещены также некоторые вопросы патогенеза туберкулеза бронхов.

Туберкулез бронхов является осложнением первичных и вторичных форм легочного туберкулеза и туберкулеза внутригрудных лимфоузлов [3, 4, 8, 9, 12—15, 17].

Основным в патогенезе туберкулеза бронхов считается переход воспалительного процесса и инфекции из лимфоузлов корня легких, из очагов распада в легком, а также лимфо-гематогенный путь [1, 7, 13, 14, 16].

При реинфекционных формах легочного туберкулеза, в частности при наличии очага деструкции, основным является спутогенный путь распространения инфекции, что подтверждается наблюдениями Руффино [16]. У первичных больных с наличием распада легочной ткани и микобактерий туберкулеза в мокроте изменения в бронхах автором выявлены в 57% случаев, тогда как у больных без распада в легких и при отсутствии микобактерий туберкулеза в мокроте изменения в бронхах выявлены у 37% больных.

В своих исследованиях, проведенных у больных преимущественно с хроническим деструктивным легочно-туберкулезным процессом, мы задались целью установить наличие параллелизма между фактором бацилловыделения и изменениями в крупных бронхах специфического характера.

Под нашим наблюдением находилось 285 больных в возрасте 15—57 лет, которым была произведена поднаркозная бронхоскопия. Инфильтративно-пневмоническим туберкулезом легких в фазе распада страдали 32 больных, кавернозным—79 и фиброзно-кавернозным—174 больных.

Больные исследовались натошак. За 20—25 мин. до бронхоскопии подкожно вводился 1 мл 0,1%-ного раствора атропина и 1 мл 2%-ного раствора промедола. Через локтевую вену налаживалась система переливания физиологического раствора. Вводный наркоз осуществлялся путем

внутривенного введения (через систему) 2,5%-ного раствора гексенала или тиопентала натрия в количестве 20—25 мл (или 0,5—0,6 г сухого веса препарата). После введения мышечных релаксантов короткого действия (бротилин, листенон, миорелаксин) производилась гипервентиляция и при помощи ларингоскопа или визуально осуществлялось введение бронхоскопической трубки в трахею и бронхи. За время процедуры осуществлялось «управляемое» дыхание. Бронхоскопическая трубка извлекалась после полного восстановления дыхания и мышечного тонуса. Осмотр бронхов длился в среднем 5—7 мин., а общая продолжительность процедуры 13—15 мин.

У 22 больных для вводного наркоза был применен эпонтол. Последний отличается от барбитуратов отсутствием депрессивного действия на бульбарные, респираторные и сосудодвигательные центры [2, 6]. При применении эпонтала пробуждение больных и восстановление у них психического и мышечного тонуса наступает быстрее, чем при барбитуратах. Длительность наркоза при нем (до 10 мин.) вполне достаточна для производства бронхоскопии.

После бронхоскопии у части больных наблюдалось повышение температуры до фебрильных цифр, что, очевидно, объясняется травмой, нанесенной бронхоскопической трубкой и другими инструментами. У 2 больных сразу же после извлечения бронхоскопической трубки развился частичный ларингоспазм, купированный бронхолитическими препаратами. В одном случае спустя 30 мин. после бронхоскопии наступила рекураризация. Было произведено искусственное дыхание, подача кислорода и введены сердечные средства. Через несколько минут восстановился мышечный тонус и спонтанное дыхание. Исход был благополучным.

Из общего числа (285 человек) туберкулезное поражение трахей и бронхов было обнаружено у 95 (33,3%) больных. В 84 (37,4%) случаях была картина инфильтративного эндобронхита, в 7 (7,4%) — язвенного и в 4 (4,2%) определялось рубцовое сужение бронхов. Мы разделяем мнение авторов [5, 7 и др.] о том, что в последние годы отмечается не только уменьшение числа больных с туберкулезом бронхов, но и его более благоприятное течение.

В наших наблюдениях, главным образом, преобладали инфильтративные формы с продуктивным характером воспаления, язвенные же эндобронхиты встречались редко. Данное явление мы объясняем широким применением антибактериальных средств и абациллированием большинства больных уже через 2—3 мес. после начала этиотропной терапии. На наш взгляд, не менее важен и факт широкого применения бронхоскопии, позволяющий выявить изменения в бронхах в начальных их проявлениях.

Частота поражения бронхов при различных формах туберкулеза была следующей: из 32 больных с инфильтративно-пневмоническим туберкулезом легких специфическое поражение бронхов в виде инфильтративного эндобронхита было обнаружено у 6 (18,7%). Из 79 боль-

ных с кавернозным процессом туберкулез бронхов был обнаружен у 17 (20,3%): из них в 15 наблюдениях был инфильтративный эндобронхит, в 2—язвенный. Из 174 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких специфическое поражение в бронхах было выявлено у 72 (42,4%): из них у 63 была картина инфильтративного эндобронхита, у 5—язвенного и у 4—рубцового стеноза бронхов в результате перенесенного ранее специфического процесса.

Помимо специфических поражений, у 29 (10,1%) больных были обнаружены изменения неспецифического характера в виде диффузных катаральных эндобронхитов, при этом у 3 (9,4%) больных с инфильтративно-пневмоническим туберкулезом легких, у 11 (13,8%) кавернозным и у 15 (8,6%) с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

С целью подтверждения значения спутогенного пути распространения инфекции в развитии туберкулеза бронхов мы изучили частоту поражения у бациллярных и абациллярных больных. Результаты были следующими: из 18 бацилловыделителей с инфильтративно-пневмоническим туберкулезом легких специфические изменения обнаружили у 5, у 13 бронхи были здоровыми. У 14 абациллярных больных с этой же формой туберкулеза легких бронхи были поражены у 1, с интактными—у 13.

Из 52 бацилловыделителей с кавернозной формой туберкулеза легких специфическое поражение бронхов было обнаружено у 13, у 38 бронхи были без изменений. Из 27 же абациллярных больных у 23 бронхи были интактными.

Результаты исследований были более наглядными при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. Из 143 бацилловыделителей туберкулезное поражение было обнаружено у 67 (46,9%). Между тем из 31 абациллярного больного специфические изменения в бронхах выявились лишь у 5 (16,1%).

Таким образом, в развитии туберкулеза бронхов при деструктивных формах туберкулеза легких имеет значение не только бацилловыделение, но и фактор времени: чем дольше происходит раздражение слизистой бронхов и трахеи гнойной, содержащей микобактерии туберкулеза, мокротой, тем чаще они вовлекаются в специфический процесс.

Лечение больных с туберкулезом бронхов проводилось нами по общепринятой методике. Помимо общей антибактериальной терапии, проводилось местное лечение в виде аэрозолей или интратрахеальных вливаний. Вводились антибиотики и химиопрепараты специфического действия, по показаниям назначались также бронхолитические средства, гормональные препараты и т. д.

Лечению туберкулеза бронхов должно быть уделено большое внимание. Следует помнить, что специфический процесс в бронхах позже утрачивает свою активность, чем в легком [10, 11]. Нелеченный туберкулезный очаг в бронхах может явиться источником ряда осложнений, в том числе и бронхогенного прогрессирования болезни. Следовательно, широкое применение бронхоскопий в клинике туберкулеза легких

позволит рано выявить изменения в бронхах, организовать их лечение, а также исключить возможности бронхогенного прогрессирования болезни.

Республиканская туберкулезная
клиническая больница

Поступило 14/VII 1970 г.

Պ. Հ. ՂԱԶԱՆՅԱՆ, Է. Թ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԲՐՈՆԽՈՍԿՈՊԻԿ ՊԱՏԿԵՐԸ ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿԱԴՈՒՅՈՋԻ ԴԵՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. լ. մ.

Թոքերի տուբերկուլյոզի դեստրուկտիվ ձևերի ժամանակ բրոնխների տուբերկուլյոզի զարգացման համար մեծ նշանակություն ունի ինֆեկցիայի տարածման սպուտոգենն ճանապարհով, Բացիլազատման և բրոնխների սպեցիֆիկ փոփոխությունների միջև կապը հայտնաբերելու նպատակով, թոքերի տուբերկուլյոզի դեստրուկտիվ ձևերով տառապող 285 հիվանդների մոտ կատարվել է բրոնխոսկոպիկ հետազոտություն: Բրոնխների տուբերկուլյոզ հայտնաբերվել է 95-ի մոտ (33%): Ընդ որում, թոքերի տուբերկուլյոզի ինֆիլտրատիվ-պնևմոնիկ ձևերի ժամանակ բրոնխների ախտահարում հայտնաբերվել է հիվանդների 18,7%-ի մոտ, կավերնոզ ձևերի ժամանակ՝ 20,3%-ի մոտ, ֆիբրոզ-կավերնոզ ձևերի ժամանակ՝ 41,4%-ի մոտ: Սպեցիֆիկ փոփոխություններ 213 բացիլազատիչ հիվանդների բրոնխներում հայտնաբերվել են 85-ի մոտ (39,9%): Իսկ աբացիլյար 72 հիվանդներից՝ 10-ի մոտ (13,9%): Ֆիբրոզ-կավերնոզ ձևերով տառապող բացիլազատիչ հիվանդների մոտ բրոնխների տուբերկուլյոզ ավելի հաճախ է հայտնաբերվում (143-ից 67-ի մոտ), քան կավերնոզ պրոցեսով (52-ից 13-ի մոտ) և ինֆիլտրատիվ պնևմոնիկ տուբերկուլյոզով տառապող բացիլազատիչ հիվանդների մոտ (18-ից 5-ի մոտ): Որքան բրոնխների և շնչափողի լորձաթաղանթը երկարատև է գրգռվում տուբերկուլյոզի ցուպիկներ պարունակող թարախային խորխից, այնքան հաճախ է նա ախտահարվում տուբերկուլյոզային պրոցեսով:

Հարկավոր է մեծ ուշադրություն դարձնել բրոնխների տուբերկուլյոզի բուժմանը: Չբուժված սպեցիֆիկ պրոցեսը կարող է պատճառ դառնալ մի շարք բարդությունների: Մինչդեռ բրոնխոսկոպիաների լայն կիրառումը հնարավորություն է տալիս ժամանակին հայտնաբերել բրոնխներում ձեղած փոփոխությունները և բուժել այն: Դրանով էլ հնարավոր է դառնում կանխել այդ լուրջ բարդությունների առաջացումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бугаева М. И. Проблемы туберкулеза, 1967, 3, стр. 29.
2. Бунятян А. А. Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1968, 3, стр. 63.
3. Вознесенский А. Н. Труды VI Всесоюзного съезда фтизиатров, М., 1957.
4. Вознесенский А. Н. Проблемы туберкулеза, 1967, 11, стр. 38.
5. Ефимова А. И. Проблемы туберкулеза, 1966, 1, стр. 48.

6. Иванов И. П., Федермессер К. М., Гринберг Б. И. Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1968, 1, стр. 62.
7. Кратуле Р. В. Проблемы туберкулеза, 1967, 12, стр. 14.
8. Лапина А. А. Туберкулез бронхов. М., 1961.
9. Нелюбина Г. А. В кн.: Состояние бронхов при туберкулезе легких. Л., 1964, стр. 109.
10. Пузик В. И. Проблемы туберкулеза, 1950, 2, стр. 13.
11. Рабинович Э. А. В кн.: Хирургические методы лечения при туберкулезе. М., 1954.
12. Соловьева И. П. Проблемы туберкулеза, 1957, 7, стр. 119.
13. Шестерина М. В. Автореферат. М., 1959.
14. Arnstein A. Beitr. Klin. Tuberk., 1934, 85, 197.
15. Lemoine J. M. Tuberk. and Pneumon., 1959, 1, 23.
16. Ruffino J. Rev. Tuberc., 1964, 28, 9—10, 1009.
17. Soutos A., Mounier-Kuhn P. Bronchologie. Paris. Masson, 1956.