

ДИФфузные изменения бронхов у больных туберкулезом легких, нуждающихся в резекционном хирургическом лечении

СЕРОВ О. А.¹, КОЛПАКОВА Т. А.^{1,2}

DIFFUSIVE BRONCHIAL CHANGES IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN NEED OF SURGERY RESECTION

SEROV O. A.¹, KOLPAKOVA T. A.^{1,2}

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

¹Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

²Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Цель: определить ассоциативные связи между потенциальными причинными факторами, разным характером и клиническими проявлениями диффузных изменений бронхов у больных туберкулезом легких, готовящихся к хирургическому лечению.

Материалы и методы. Проанализированы данные обследования 226 пациентов, поступающих в хирургическое отделение ННИИТ. Изменения всех видимых при бронхоскопии отделов бронхиального дерева трактовались как диффузные. В зависимости от преобладающего эндоскопического признака все больные были разделены на три группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) пациентов с атрофическим бронхитом по эндоскопической картине, незначительно отличавшейся от нормальной слизистой; 2-я группа – 45 (19,9%) больных с катаральным бронхитом, преимущественно минимальной степени воспаления; наиболее выраженные изменения в виде деформирующего бронхита с эндоскопическими признаками хронического воспаления слизистой наблюдали у 41 (18,2%) пациента 3-й группы. Всем пациентам при поступлении выполняли комплексное клинко-рентгенолабораторное обследование, бронхоскопию с оценкой состояния бронхиального дерева и забором смыва из бронхов и исследование функции внешнего дыхания. Для определения наличия ассоциативных связей эндобронхиальных изменений с потенциально-причинными факторами проводили их сопоставление. В последующем потенциально-причинные факторы были сопоставлены с клинко-функциональными данными: наличием кашля, обструктивных нарушений функции внешнего дыхания, определяемых при спирографии. Статистическая обработка проведена с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (χ^2 Пирсона) методов.

Результаты. Данные представлены в таблице. Доля мужчин в 1-й и 2-й группах была меньше, чем в 3-й группе. Различий в возрасте пациентов 1-й и 2-й групп не установлено. Пациенты 1-й и 2-й групп были в 1,5 раза моложе больных 3-й группы. Различий в соотношении клинических форм, рас-

пространенности туберкулезного процесса в легких, частоты бактериовыделения и наличия неспецифической микрофлоры в смывах из бронхов у пациентов 1, 2 и 3-й групп не установлено.

Табакокурение коррелировало с характером диффузных изменений бронхов. Вероятность табакокурения у больных 3-й группы была в 1,3 раза (ОШ – 1,54; 95%-ный ДИ 1,33-1,74) выше, чем у пациентов 2-й группы, и в 1,5 раза (ОШ – 1,66; 95%-ный ДИ 1,51-1,81) выше, чем 1-й группы, во 2-й – в 1,3 раза (ОШ – 1,43; 95%-ный ДИ 1,32-1,54) выше, чем в 1-й группе. Различий в частоте таких клинических проявлений поражения бронхиального дерева, как кашель, обструктивные нарушения, у пациентов 1-й, 2-й групп не установлено. Однако вероятность диагностирования обструктивных нарушений в 3-й группе была в 1,7 раза (ОШ – 1,98; 95%-ный ДИ 1,65-2,27) выше, чем во 2-й, и 2,5 раза (ОШ – 2,86; 95%-ный ДИ 2,50-3,19) выше, чем в 1-й группе. Различий в продолжительности предоперационной подготовки у пациентов 1, 2, 3-й групп не установлено.

Выводы.

1. У больных, нуждающихся в хирургическом лечении в виде резекции легкого, наиболее часто диагностируется диффузный атрофический бронхит, значительно реже – катаральный и деформирующий.

2. Характер диффузных изменений бронхов не связан с клинической формой туберкулеза, его распространенностью, наличием микобактерий туберкулеза и/или неспецифической микрофлоры в трахеобронхиальном дереве.

3. Деформирующий бронхит диагностируется чаще у курящих табак мужчин в возрасте около 50 лет, клинически проявляется кашлем и нарушением бронхиальной проходимости по данным исследования функции внешнего дыхания.

4. Катаральный бронхит ассоциирован с курением, молодым возрастом (32 года). Нарушения бронхиальной проходимости диагностируются в 1,7 раза реже, чем при деформирующем бронхите.

5. Сроки предоперационной подготовки не зависят от характера диффузных изменений бронхов.

Частота встречаемости различных факторов у пациентов 1, 2, 3-й групп

Факторы	Группы							
	1 (n = 140)		p	2 (n = 45)		p	3 (n = 41)	
	Наличие признака							
	абс.	%		абс.	%		абс.	%
Пол (мужчины)	80	57,1	> 0,05*	27	60,0	< 0,0001*	36	87,8
Возраст (лет)	32,0 ± 0,8		> 0,05**	32,1 ± 1,4		< 0,0001**	49,2 ± 1,3	
		p < 0,0001**						
Туберкулема	110	78,6	> 0,05*	35	77,8	> 0,05*	34	82,9
ФКТ	30	21,4		10	22,2		7	17,1
МБТ+	27	19,3	> 0,05*	9	20,0	> 0,05*	8	19,5
НМКФ+	71	50,7	> 0,05*	16	35,6	> 0,05*	20	48,8
Распространенные процессы	50	35,7	> 0,05*	12	26,7	> 0,05*	15	36,6
Табакокурение	74	52,9	0,008*	34	75,6	> 0,05*	36	87,8
			p < 0,0001*					
Обструкция	43	30,7	> 0,05*	20	44,4	< 0,0001*	36	87,8
			p < 0,0001*					
Кашель	3	2,1	> 0,05*	1	2,2	< 0,0001*	14	35,0
			p < 0,0001*					
Предоперационная подготовка (дни)	45,5 ± 5,9		> 0,05**	37,5 ± 7,5		> 0,05**	34,2 ± 8,5	

Примечание: * – χ^2 , ** – t-критерий Стьюдента.

РОЛЬ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

СИВОКОЗОВ И. В., ЛОВАЧЕВА О. В., ШУМСКАЯ И. Ю., ЕВГУШЕНКО Г. В., ЛЕПЕХА Л. Н., ЛАРИОНОВА Е. Е., ЧЕРНОУСОВА Л. Н.,
БЕРЕЗОВСКИЙ Ю. С.

ROLE OF ENDOULTRASONOGRAPHY FOR DIAGNOSTICS OF CHEST NODES TUBERCULOSIS

SIVOKOZOV I. V., LOVACHEVA O. V., SHUMSKAYA I. YU., EVGUSHHENKO G. V., LEPEKHA L. N., LARIONOVA E. E.,
CHERNOUSOVA L. N., BEREZOVSKIY YU. S.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

В последние годы для дифференциальной диагностики аденопатий средостения все шире применяется современная методика малоинвазивной биопсии – эндосонаграфия с чреспищеводным (EUS) или трансбронхиальным доступом (EBUS).

Цель: оценить значение эндосонаграфии с пункцией внутригрудных лимфоузлов в дифференциальной диагностике туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

Материалы и методы. В исследование последовательно включены 172 пациента с аденопатией средостения неясного генеза, с наличием изменений в легких либо без таковых. Аденопатия средостения определялась либо по данным КТ (размер узла по малой оси свыше 15 мм согласно критериям RECIST). Всем пациентам была выполнена эндосо-

нография конвексным эхобронхоскопом Olympus с пункцией лимфоузлов средостения бифуркационной, аортопульмональной либо нижней паратрахеальной группы справа иглами 22-21G (Cook, Olympus). В подавляющем большинстве случаев использован доступ через пищевод (EUS).

Результаты. Средняя длительность исследования под местной анестезией составила 12 мин. Клинически значимых осложнений не отмечено. Пригодный для цитологического исследования материал был получен у 165/173 (95%), гистологический материал – у 99/172 (58%) пациентов. Диагностическая эффективность цитологического исследования составила 148/165 (89,6%), гистологического – 68/99 (68,7%), эффективность при объединении методик достигала 156/172 (91%). Среди ве-