

ЗНАЧЕНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

А.А. Ашуров, А.Б. Рахматов, А.С. Бобоёров
Самаркандский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: Бронхиальная астма, полипозиционная рентгенограмма, диагностика, паренхимы, интерстиция, бронхи, лечение.

Таянч сўзлар: Бронхиал астма, полипозиционал рентгенограмма, ташҳис, бемор, интерстициум, бронхлар, даволаш.

Key words: Asthma, polypositional X-ray diagnostics, parenchyma, interstitial, bronchial tubes, treatment.

Анализированы результаты полипозиционной рентгенографии лёгких 74 больных с бронхиальной астмой. Из них у 20 больных давность заболевания до 5 лет и у 54 больных свыше 5 лет. Установлено, что в раннем периоде бронхиальной астмы рентгенологическая картина лёгких не отличается от обычного фона или выявляются признаки гипервентиляции.

Рентгенологические изменения в лёгких наблюдаются при длительном течении астмы: в паренхиме (100%), интерстиции (86%), бронхах (36%), как сопутствующие изменения в лёгких или осложнения астмы.

ОДАТДАГИ РЕНТГЕНОГРАФИЯНИ БРОНХИАЛ АСТМАНИ ТЕКШИРИШДАГИ МОҲИЯТИ

А.А. Ашуров, А.Б. Рахматов, А.С. Бобоёров

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Бу полипозиционал натижалари бронхиал астма билан 74 беморларнинг ўпка рентгенография таҳлили. Касаллик давомийлиги билан уларни 20 бемор 5 йил давомида 54 беморларда 5 йилга қадар. Бронхиал астма эрта даврида ўпка радиологик расм нормал фондан кузатилган эмас, деб белгиланган у ёки гипервентиляцион белгилари очиб берди.

Радиографик ўзгаришлар ўпка кузатилгани билан узоқ муддатли тенденциялари астма билан бемор (100%), учинчи оралиғи (86%), бронхит (36%) билан боғлиқ, ўзгаришлар ўпка ёки астма асоратлар.

THE VALUE OF TRADITIONAL RADIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ASTHMA

A.A. Ashurov, A.B. Rakhmatov, A.S. Boboyorov

Samarkand state medical institute

We analyze the results of X-ray light polypositional 74 patients with bronchial asthma. Of these, 20 patients with disease duration of 5 years and in 54 patients over 5 years. It was found that in the early period of asthma lung X-ray pattern is not marked from the usual background or identify signs of hyperventilation.

X-ray changes in the lungs are observed with long-term course of asthma in the parenchyma (100%), interstitial (86%), bronchitis (36%) as the concomitant changes in the lungs, or complications of asthma.

Бронхиальная астма (БА) является серьёзной глобальной медико-социальной проблемой, относящейся к числу наиболее распространённых заболеваний. В мире насчитывается около 300 млн. человек страдающих астмой, что составляет 5% населения планеты [1,9]. При неэффективном лечении, может значительно ограничиваться повседневная жизнь пациентов и даже приводит к смерти [5].

Бронхиальная астма представляет собой заболевание с чёткими клиническими, физиологическими и морфологическими особенностями. Основными симптомами болезни являются эпизодические приступы удушья или одышки, чаще по ночам свистящие хрипы, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Важным клиническим маркером БА является исчезновение симптомов, спонтанно или после лечения бронходилататорами и противовоспалительными препаратами. Также оценивается анамнез заболевания, особенно аллергологический, наличие провоцирующих факторов, отягощённая наследственность [2,4,7].

В диагностике бронхиальной астмы используется целый ряд методов: оценка анамнеза, клинические симптомы, функциональные и генетические исследования. На сегодняшний день «золотым стандартом» в диагностике и мониторинговании БА является спирометрическое исследование (спирография, пикфлоуметрия, бодиплетизмометрия), однако они не полностью отражают распространённую картину заболевания.

В диагностике бронхиальной астмы применение рентгенологических методов не рас-

пространенно. По мнению некоторых авторов, они в основном служат для исключения осложнений астмы и проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями лёгких [3]. При рентгенографии органов грудной клетки выявляются лишь косвенные признаки БА: увеличение объёма, повышение прозрачности лёгких и усиление легочного рисунка. Считается, что рентгенологические изменения минимальны и их трудно оценить [10]. До настоящего времени выяснение возможностей и значение общедоступной рентгенографии в диагностике БА остаётся актуальным.

Цель: уточнить значение и диагностические возможности традиционной полипозиционной рентгенографии при бронхиальной астме.

Материалы и методы: по материалам многолетних наблюдений, нами изучена рентгенодиагностика БА 74 больных, в возрасте от 19 до 70 лет. Продолжительность заболевания варьировалась от 10 месяцев до 24 лет. Мужчин было-29. Женщин -24. 29 больных проживали в городе, 25-в сельской местности. Давность заболевания у 20 больных от 1 года до 5 лет, у 54-больных- свыше 5 лет.

Результаты и обсуждения: Тщательный и целенаправленный анализ результатов рентгенологических исследований установил, что рентгенологическая картина лёгких у больных с бронхиальной астмой зависит от давности заболевания. У больных БА давностью заболевания до 5 лет (20 человек), выраженные изменения в лёгких не выявлены и не отличаются от обычного легочного фона. В 17 (35%) случаях отмечается повышенная прозрачность легочных полей, легочной рисунок и тени корней лёгких структурные. Синусы свободные, состояние срединной тени и диафрагмы без особенностей.

При рентгенологическом исследовании больных БА с давностью заболевания свыше 5 лет (54 человека) у всех выявляется гипервентиляция и проявлялась эмфизема различной выраженности. У 11 (20%) больных характер эмфиземы генерализованный, грудная клетка бочкообразно деформирована, у 38 (70,4%) –долевой и у 5 (9,2%)- сегментарный. Долевая эмфизема часто выявлялась в правом лёгком, иногда- с двух сторон.

Наряду с повышением прозрачности легочной ткани у всех пациентов отмечалась избыточность легочного рисунка, деформация и нечёткость контуров. Ситовидный легочный рисунок- в 5 (9,3%) случаях, сетчато-ячеистый- в 13 (24%), крупно-петлистый- в 5 (9,3%) и нодозно-ретикулярный- в 31 (57,4%).

Изменение легочного рисунка сочеталось с очаговыми тенями. Распространённость очагов у 46 (85,8%) больных имела вид ограниченной диссеминации, у 5 (9,3%)- распространённый характер в одном лёгком, а у 3 (5,5%)- двусторонние диффузные диссеминации. Тенденция к слиянию очаговых теней регистрировалась у 12 (22%) пациентов. Чаще изменения выявлялись в прикорневых зонах, средних и нижних поясах одного или обоих лёгких. У 39 (72%) больных обнаружено понижение прозрачности легочных полей по типу “матового стекла” в субплевральных отделах.

Современная концепция патогенеза БА связывает её с наличием персистирующего аллергического воспаления дыхательных путей, даже в период ремиссии заболевания. В ряде исследований показано что, несмотря на применение противовоспалительных препаратов, у больных астмой сохраняются процессы ремоделирования бронхов и остаётся высокий уровень бронхиальной реактивности. С другой стороны, доказана тесная связь между персистенцией воспаления и необратимыми морфологическими изменениями в стенке бронха при БА [6,8]. Изменения в бронхах проявлялись в виде “воздушной бронхограммы” в 18 (33%) наблюдениях и уплотнении поперечного сечения стенки бронхов - в 36 (70,24%).

Паренхиматозно-интерстициальный рентгено-симптомокомплекс БА сочетался с изменениями корней лёгких, лимфатических узлов и диафрагмы. Тени корней у всех больных были расширены, в 26 (48%) случаях- с нечёткими контурами, в 25 (51%)-неструктурные, в 16 (30%)-тяжистые. Аденопатия бронхопульмональных лимфатических узлов выявлена у 52 (96%) больных. У 15 (28%) больных уплотнение междолевой плевры в виде пластического (реактивного) плеврита обнаруживалось между верхней и средней долями. Плевро-

диафрагмальные спайки выявлены у 15 (27,7%) больных. В отличие от других форм бронхолегочного заболевания при БА нередко наблюдается одностороннее или двустороннее опущение диафрагмы (67%), уплощение и притупление costo-диафрагмальных синусов (55%) и их облитерация (17%).

Изменения со стороны срединной тени проявлялись в виде “узкого сердца” у 14 (30%) больных, конфигурации сердца у 6 (11%) увеличены за счёт легочно-сердечной недостаточности.

Наши исследования свидетельствуют, что в раннем периоде бронхиальной астмы рентгенологическая картина лёгких не отличается от обычного фона или проявляется повышением прозрачности легочных полей, расширением объёма площади лёгких и обеднением легочного рисунка. Рентгенологические изменения в лёгких наблюдаются у больных с длительными течениями заболевания.

Наиболее диагностически значимые признаки рентгенологического исследования у больных с БА давностью заболевания более 5 лет являются:

- гипервентиляция генерализованного или ограниченного характера, преимущественно в верхних участках лёгких;
- сетчато-ячеистое или нодозно-ретикулярное усиление и деформация легочного рисунка в средних и нижних отделах лёгких за счёт уплотнения межальвеолярных и межлобулярных перегородок;
- наличие очаговых теней (инфильтрация, гранулема) периваскулярно-перибронхиальной, центрилобулярной, хаотичной локализации;
- “воздушная бронхография” и мелкие кольцевидные тени в прикорневых участках, обусловленные инфильтративными или фиброзными уплотнениями поперечного сечения стенок бронхов;
- понижение прозрачности легочных полей по типу “матового стекла” в субплеральных зонах лёгких;
- реактивный (пластический) междолевой плеврит, чаще между верхней и средней долями правого лёгкого;
- аденопатия бронхопульмональных лимфоузлов, гилит и перилилит;
- опущение диафрагмы и плевродиафрагмальных сращений.

Таким образом, для выявления патологических изменений в лёгких при БА доминирующее значение имеет рентгенологический способ лучевой визуализации. Однако применение традиционной полипозиционной рентгенографии как дополнительный метод исследования предпочтителен при длительном течении (позднее сроки) болезни для выявления осложнения астмы или сопутствующих изменений в лёгких, а также динамическом наблюдении общего состояния больных.

Использованная литература:

1. Ильин А.В. Современные методы диагностики бронхиальной астмы // Бюллетень. Выпуск 43. 2012. С.116-123.
2. Княжеская Н.П. Тяжёлая бронхиальная астма // Лечебное дело. 2008.- №2. С.52-58.
3. Костюшенко М.В. Современные методы рентгенодиагностики при хронических аллергических заболеваниях лёгких у детей. ФГУ «Московской НИИ педиатрии и детской хирургии» // Женский врач. 2010. №3. С.29-31.
4. Намазова Л.С. и др. Бронхиальная астма // Педиатрическая фармакология. 2006. № 2. С.12-24.
5. Убайдуллаев А.М. Бронхиальная астма. // Медицинский журнал Узбекистана. 2015. №1. С.17-21.
6. Федосеев Г.Б. и др. Бронхиальная астма и диагностика инфекции и принципы лечения // Пульмонология. 2008. №5. С. 86-93.
7. Черных. Б.А. Изучение статических легочных объёмов (Общая бодиплетизмография) // Медицинские вести. Башкортостан. 2010. Т.5. №1. С.70-80.
8. Brannan J.D. Bronchial hyperresponsiveness in the assessment of asthma control air way hyperresponsiveness asthma: its measurement and clinical significance // Chest, 2010. Vol. 138. №2. P.11-17.
9. Global initiative for Asthma (GINA), Global strategy for asthma management and prevention (Vupdate 2011), Available at: <http://www.ginasthma.com>.
10. Matsuoka S., Yamashiro T., Washko G.K. et al. Quantitative CT Assessment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Radiographics. 2010. № 30. P.55-66.