



Бронхоэктазы, или бронхоэктазии, — патологические расширения бронхов вследствие органических изменений всех слоев бронхиальной стенки. Нередко такую форму патологии описывают и как бронхоэктатическую болезнь или хроническую пневмонию с бронхоэктазами. Функциональные расширения бронхов называют другими терминами — дилатация, гипотония, атония, дискинезия.

Среди всех бронхолегочных заболеваний, требующих хирургического лечения, бронхоэктазы составляют 10—15%. В течение последнего десятилетия число больных с бронхоэктазами имеет тенденцию к уменьшению.

Этиология и патогенез. Бронхоэктазы разделяют на врожденные и приобретенные. Врожденные бронхоэктазы образуются в течение внутриутробного периода и характеризуются недоразвитием бронхиальных хрящей. Нередко имеются одновременные пороки развития других систем и органов. Приобретенные бронхоэктазы возникают главным образом после острых пневмоний — гриппозных, коревых, коклюшных и др., которые не были окончательно излечены и приобрели черты хронического нагноительного бронхолегочного процесса. Другими важными факторами могут быть туберкулез легких и все виды нарушения бронхиальной проходимости. К периферии от места сужения или закупорки бронха легко возникает воспалительный процесс, который приводит к тяжелому поражению всех слоев бронхиальной стенки. Такая стенка теряет способность к активному сокращению, легко поддается растяжению слизью, мокротой или воздухом во время кашлевого толчка. Рецидивы воспаления способствуют прогрессированию этих изменений и формированию бронхоэктазов.

Патологическая анатомия. Бронхоэктазы примерно у 2/3 больных бывают односторонними, а у 1/3 — двусторонними. Преимущественно поражаются нижние доли легких, часто в сочетании с язычковыми сегментами или средней долей. Границы поражения обычно соответствуют долям и сегментам легких. Наиболее отчетливо это видно при наличии ателектазов, когда вентилируемой легочной ткани нет, а все бронхи пораженной части легкого равномерно расширены и заканчиваются слепо. Нередко при этом можно наблюдать так называемые бронхоэктатические каверны, заполненные гноем.

Микроскопическое исследование обнаруживает различную картину в зависимости от степени воспалительных, некротических и фиброзных изменений. Структурные компоненты стенки бронха, если их удастся различить, могут иметь чрезвычайно полиморфный вид. Так, слизистая оболочка бывает атрофичной, гипертрофированной, изъязвленной, иногда с участками грануляционной и рубцовой ткани. В расширенных бронхиальных железах могут быть слизь и гной. Мышечные волокна атрофированы, эластические волокна отсутствуют или малочисленны и разрыхлены. При обострении процесса в бронхиальной стенке и ее окружности выявляется лейкоцитарная инфильтрация. В более тяжелых случаях можно наблюдать гнойное расплавление и некроз всей бронхиальной стенки.

Дифференцировать на основании морфологических признаков врожденные и приобретенные бронхоэктазы после многократных рецидивов воспаления и длительного течения болезни часто невозможно.

Главные клинические проявления бронхоэктазов — постоянный кашель с гнойной мокротой и частые вспышки пневмонии. Мокрота у большинства больных отходит легко, преимущественно утром; ее количество весьма вариабельно — от нескольких плевков до 500 мл и более в сутки. Большие количества мокроты отделяются «полным ртом». В стадии ремиссии, когда воспалительный процесс в бронхах стихает, кашель уменьшается или почти прекращается, меняется характер мокроты: она становится слизисто-гнойной или даже слизистой.

Объективное исследование выявляет у ряда больных пальцы рук и ног в форме барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. На стороне поражения, особенно при большой давности заболевания и наличии ателектаза, иногда отмечаются меньшая подвижность грудной клетки и нижнего края легкого при дыхании, укорочение перкуторного звука. У большинства пациентов, однако, при осмотре и перкуссии грудной клетки патологических признаков выявить не удастся. При аускультации над зоной бронхоэктазов выслушиваются ослабленное дыхание или дыхание с бронхиальным оттенком и разнокалиберные влажные хрипы. Как правило, хрипы лучше выслушиваются в положении больного лежа, особенно на здоровом боку. Аускультативные симптомы всегда более выражены во время вспышки воспалительного процесса. При нерезко выраженных бронхоэктазах и в стадии ремиссии хрипы могут не выслушиваться и аускультативная картина представляется нормальной.

Течение болезни характеризуется рецидивирующими вспышками воспалительного процесса в бронхах и легких. Каждая такая вспышка сопровождается усилением кашля,

увеличением количества мокроты, повышением температуры тела, усилением хрипов в легких. При плохой дренажной функции бронхов и длительной гнойной интоксикации может развиваться амилоидоз внутренних органов. Иногда, однако, вспышки воспалительного процесса бывают редкими, нерезко выраженными или вообще не возникают. Такие лица благополучно живут многие десятилетия без существенных клинических проявлений бронхоэктазов.

Заподозрить наличие бронхоэктазов можно на основании клинических симптомов, если они достаточно выражены. Однако достоверная диагностика возможна только с помощью специальных методов исследования — бронхоскопии и в основном бронхографии. Рентгеноскопия и рентгенография в большинстве случаев, особенно у детей, не выявляют отклонений от нормы или обнаруживают усиление легочного рисунка за счет перибронхиального склероза. На томограммах иногда выявляются очертания расширенных бронхов.

Лишь при наличии пневмофиброза и ателектаза на рентгенограммах и томограммах устанавливается четкая и грубая патология.

Из специальных методов исследования вначале лучше произвести бронхоскопию, особенно у больных с большим количеством мокроты или рентгенологически выявленным ателектазом. Бронхоскопия позволяет отсосать мокроту, исключить наличие рубцового стеноза, опухоли или инородного тела в бронхе. При большом количестве мокроты бронхоскопическую санацию иногда приходится повторять еще один или несколько раз с целью создания лучших условий для последующей бронхографии. У большинства больных с бронхоэктазами при относительно спокойной клинической картине во время бронхоскопии обнаруживают локализованный бронхит. Из патологически расширенных бронхов выделяется слизисто-гнойная или гнойная мокрота. Слизистая оболочка устьев этих бронхов всегда характеризуется признаками хронического воспаления — отеком, гиперемией, атрофией или гипертрофией. Степень их выраженности зависит от давности, распространенности и фазы воспалительного процесса. Такая картина подтверждает клинико-рентгенологическое предположение о наличии бронхоэктазов и дает возможность более точно выполнить решающее для диагноза исследование — бронхографию.

Бронхография позволяет документировать наличие бронхоэктазов, установить их точную анатомическую локализацию и форму (цилиндрические, мешотчатые), а также выяснить состояние бронхов в других долях и сегментах легкого. По признаку сближения бронхиальных ветвей можно судить о пневмофиброзе и наличии

ателектазов.

У больных с интенсивным кровохарканьем или легочным кровотечением в анамнезе целесообразным дополнительным исследованием является контрастная бронхиальная ангиография. На рентгеновских снимках, полученных после введения в бронхиальные артерии контрастного вещества, могут быть локализованы источники кровотечения.

Дифференциальный диагноз. Основное значение имеет разграничение бронхоэктазов и хронического деформирующего бронхита. Как правило, оно надежно достигается только бронхографией. При этом следует иметь в виду, что при бронхоэктазах в смежных отделах легких сопутствующий бронхит наблюдается почти всегда. Главными признаками бронхоэктазов являются большое расширение и слепое окончание бронхов, а также сближение бронхиальных ветвей между собой. В сомнительных случаях, особенно при большом количестве мокроты, необходимо провести одну — две бронхоскопические санации и затем повторить бронхографию.

Расширение, деформацию и сближение бронхов можно также наблюдать после ликвидации остро возникшей бронхиальной непроходимости с ателектазом сегмента, доли легкого. Однако при непродолжительном существовании ателектаза эти изменения обычно обратимы. Их следует рассматривать как функциональные, которые после адекватного лечения могут пройти бесследно.

Лечение. Иногда окончательное решение о лечебной тактике может быть принято только после курса интенсивного лечения. Оно заключается в санации бронхиального дерева постуральным дренажем, бронхоскопиями, катетеризацией с отсасыванием гнойной мокроты и вливанием растворов антибиотиков, протеолитических ферментов, а также в проведении общеукрепляющей и симптоматической терапии. После такого лечения нередко удается получить значительный эффект и больные, казавшиеся неоперабельными, хорошо переносят операцию.

В предоперационном периоде для обеспечения максимальной безопасности операции всегда важно снизить интенсивность воспалительного процесса в бронхах и уменьшить количество мокроты до 50—70 мл в сутки. С этой целью также применяют санацию бронхиального дерева. Однако если в течение 2—3 нед санация бронхов не дает желаемого результата, ее следует прекратить во избежание ухудшения общего состояния больного.

Выбор объема резекции легкого в основном определяется данными бронхографии. Операционная диагностика малонадежна, поэтому в сомнительных случаях лучше удалить сегмент, в котором на бронхограммах определяется деформация бронхов даже без явных бронхоэктазов. Оставление необратимо измененного участка легкого может быть причиной последующего неудовлетворительного результата операции.

Типичной операцией при бронхоэктазах является нижняя лобэктомия, которую часто сочетают с резекцией язычковых сегментов или средней доли. Реже производят сегментэктомию, преимущественно в детском и подростковом возрасте. Еще реже удаляют все легкое. В редких случаях, когда консервативное лечение не дает стойкого положительного результата и сохраняется большое количество гнойной мокроты, предпринимают паллиативную резекцию наиболее пораженного участка легкого. За последнее десятилетие определенное распространение, особенно в практике детской хирургии, получили щадящие операции в виде исключения и локального иссечения расширенных бронхов.

В послеоперационном периоде главное внимание уделяют поддержанию свободной бронхиальной проходимости. Больных рано активизируют. Назначают массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику с откашливанием. Если больной не в состоянии откашливать мокроту самостоятельно, прибегают к трансназальной катетеризации трахеи и бронхов.

После операций по поводу односторонних строго локализованных бронхоэктазов практическое выздоровление и восстановление трудоспособности достигается у 80—85% больных. Удовлетворительные результаты с уменьшением кашля, мокроты и более редкими воспалительными вспышками отмечают у 5% больных.

После операции по поводу бронхоэктазов целесообразно санаторно-курортное лечение в условиях теплого и сухого климата. За больными должно быть установлено диспансерное наблюдение.