

Выводы. На современном этапе ACOS рассматривается как отдельный клинический фенотип, включающий БА и ХОБЛ, характеризующийся выраженными респираторными симптомами и частыми эпизодами обострений и госпитализаций. Проведенное исследование показало, что по возрасту и полу пациенты с ACOS близки к пациентам с БА, не отличаясь от них принципиально по большинству основных стандартных лабораторных показателей. В то же время, с другой стороны, наиболее выраженные нарушения функции внешнего дыхания отмечены именно в группе ACOS по сравнению с ХОБЛ и БА.

Борисова Т.Б.¹, Патупчик Ю.Н.¹, Панкратова Ю.Ю.², Крумкачева А.Ю.², Смурага Д.Д.², Овсяник А.В.²

¹ 10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

БРОНХИОЛИТЫ У ВЗРОСЛЫХ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Введение. Бронхиолит представляет собой неспецифическое воспалительное поражение мелких дыхательных путей диаметром 2 мм и менее. По данным корейских исследователей, на фоне роста заболеваемости бронхиолитом у взрослых наблюдается увеличение расходов на здравоохранение. При этом имеется очень мало публикаций, посвященных особенностям диагностики и течения бронхиолитов, отсутствуют клинические протоколы ведения пациентов с данной патологией.

Цель. Изучить особенности диагностики и течения бронхиолитов у взрослых.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 61 карты стационарного пациента с бронхиолитом, выявленным с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). У 84% в направительном диагнозе была пневмония. 16% госпитализированы по поводу бронхита с бронхообструктивным синдромом. По результатам КТ ОГК пациенты были разделены на 3 группы: с изолированным бронхиолитом, бронхопневмонией, интерстициальной пневмонией в сочетании с диффузным бронхиолитом. Для сравнения методом случайной выборки отобраны 20 карт стационарного пациента с внебольничной пневмонией и без признаков бронхиолита по данным КТ ОГК. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel и Statistica 10. Для сравнения групп применялись критерии Мана-Уитни, Крускала-Уолиса.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 58 [19; 96] лет. Преобладали мужчины (54%). Бронхиолит выявлялся у пациентов в течение всего года, но в 60% случаев – в осенне-зимний период. Заболевание сопровождалось повышением температуры, осиплостью голоса, сухим малопродуктивным кашлем у большинства пациентов. Отсутствовало вдыхание промышленных аэрозолей, прием иммуносупрессивных препаратов в анамнезе, что позволяло подозревать

вирусно-бактериальную природу патологического процесса. У всех пациентов в процессе обследования был исключен туберкулез легких. У 28% пациентов с бронхиолитом при аускультации легких выявлялись одно- или двухсторонние мелкопузырчатые хрипы, у 32% – свистящие хрипы, у 40% хрипы не выслушивались. Почти у всех пациентов выявлялась дыхательная недостаточность. С целью уточнения диагноза выполнялась КТ ОГК. В группе пациентов с изолированным бронхиолитом гипердиагностика пневмонии при поступлении выявлена в половине случаев. Основными рентгенологическими проявлениями заболевания были мелкоузловые уплотнения, расположенные перибронховаскулярно (феномен «дерева в почках»).

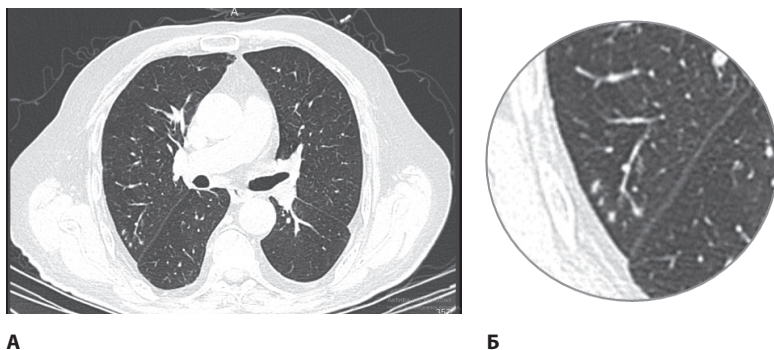


Рис. 1. А, Б – перибронхиальные солидные очаги в S4 правого легкого по типу «дерева в почках»

Обнаружены гендерные различия при оценке активности воспалительного процесса: по уровню С-реактивного белка (СРБ) ($n=60$; $U=294$; $Z=2,24$; $p=0,02$); прокальцитонина ($n=30$; $U=73$; $Z=1,994$; $p=0,046$), выраженности нейтрофильного лейкоцитоза ($n=56$; $U=238$; $Z=2,5$; $p=0,01$), палочкоядерного сдвига ($n=60$; $U=298$; $Z=2,19$; $p=0,03$).

Активность воспалительного процесса была выше у мужчин ($t=2,5$; $p=0,014$). Достоверных различий в показателях СРБ, прокальцитонина у пациентов с изолированным бронхиолитом, бронхиолитом в сочетании с пневмонией и с пневмонией без бронхиолита не было. Аналогичные данные были получены при сравнении групп по уровню д-димера, лейкоцитов, нейтрофилов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Только у 13% пациентов не потребовалась смена антибактериальной терапии. Все пациенты в процессе лечения получали азитромицин или левофлоксацин в сочетании с цефалоспоридами при необходимости. 15% нуждались в бронходилататорах, получали преднизолон коротким курсом с хорошим эффектом. По уровню сатурации и потребности в кислородотерапии достоверных различий между группами не получено.

Выводы. По данным нашего исследования, бронхиолит может встречаться у лиц любого возраста. Отсутствуют симптомы, позволяющие заподозрить патологию очень мелких бронхов клинически. Выраженность дыхательной недостаточности,

Инновационные технологии и мультидисциплинарный подход – современные тенденции
в оказании многопрофильной специализированной медицинской помощи

воспалительные сдвиги при изолированном остром бронхиолите не отличаются от таковых при пневмонии и при сочетании патологии. Активность воспалительного процесса при бронхиолите у пациентов нашей выборки выше у мужчин.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025