Т. М. Церах, А. В. Полянская

АЛЬВЕОЛИТЫ. ВСЕГДА ЛИ ПРОИСХОДИТ ФИБРОЗИРОВАНИЕ В ЛЁГКИХ?

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье приводятся наблюдения над 23 пациентами с альвеолитами.

Среди пациентов, страдающих экзогенным аллергическим альвеолитом, фиброзирования в легких не наблюдалось. Они выздоровели. При идиопатическом фиброзирующем альвеолите все пациенты погибли.

Ключевые слова: *альвеолиты, аллергия, фиброзирование, выздоровление, гибель.*

T. M. Tserah, A. V. Polyanskaya

ALVEOLITIS. DOES FIBROSIS ALWAYS OCCUR IN LUNGS?

This article presents personal observations of 23 patients with alveolitis.

Among the patients suffering from exogenous allergic alveolitis there was no fibrosis in the lungs. These patients recovered. In cases of idiopathic fibrosing alveolitis, patients died.

Key words: *Alveolitis, allergy, fibrosis, recovery, death.*

Вопросы диагностики и лечения альвеолитов актуальны в виду участившихся в последнее время случаев этих заболеваний и их неблагоприятных исходов. Экзогенный аллергический альвеолит может возникнуть при повторном контакте с аллергеном и ассоциироваться с бактериями, грибами, белками, шерстью животных, тяжелыми металлами и их солями, лекарственными препаратами [2].

Материал и методы

Под наблюдением находилось 23 пациента в возрасте 35–78. В их числе: мужчин – 13, женщин – 10. Продолжительность наблюдения – от 0,5 года до 7 лет. Экзогенный аллергический альвеолит имел место у 22 человек, идиопатический фиброзирующий – у 12.

В таблице представлены этиологические факторы экзогенного аллергического альвеолита.

Таблица. **Этиологические факторы экзогенного аллергического альвеолита**

Фактор	Число пациентов
пыльца цветущих растений	5
контакт с травами	1
экскреты кур и голубей	2
акциномицеты подгнившего сена	2
экзотическое домашнее растение	1

Из таблицы видно, что наиболее частой причиной заболевания был контакт с пыльцой растений, в некоторых случаях – с экскретами кур и голубей («легкое птичника»), актиномицетами сена («легкое фермера»), и только в единичных случаях – при приобретении и уходе за экзотическим растением, и контакте с дикорастущей травой (лебедой).

Причина возникновения идиопатического фиброзирующего альвеолита осталась неизвестной. У 2-х пациентов имело место подострая его форма. У 10 – хроническая. Критериями диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита были международные критерии (ATS/ERS, 2000) [11].

В диагностике экзогенного аллергического альвеолита использовались клинические и инструментальные методы: оценивались проявления заболевания, результаты лабораторных исследований, данные рентгенографии органов грудной клетки («матовое стекло над легкими»), компьютерной томографии легких, исследовалась функция внешнего дыхания. В лечении экзогенного аллергического альвеолита наряду с недопустимостью контакта с аллергеном использовались глюкокортикостероиды (чаще – дексаметазон). В зависимости от тяжести и наличия или отсутствия других проявлений аллергии доза дексаметазона была от 12 мг до 32 мг внутривенно в сутки с последующим снижением дозы по мере улучшения состояния пациента. Затем постепенно переходили на внутренний прием препарата и рекомендовали его проложить до 1,5 месяцев после выписки из стационара. Глюкокортикостероиды сочетались с антигистаминными препаратами (предпочтение отдавалось активным метаболитам 2-й генерации антигистаминных), симптоматической терапией.

При лечении пациентов с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом применялись глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты (у двух человек), симптоматические лекарственные средства.

Результаты и обсуждение

Все пациенты с экзогенным аллергическим альвеолитом выздоровели. Они наблюдались через 2 месяца после выписки из стационара и через полгода после выписки. У всех пациентов с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом отмечен летальный исход заболевания (с подострой формой – в течение 1 года, с хронической – через 5–7 лет). У 5 пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом имели место другие проявления аллергии (у 2-х – крапивница и ангионевротический отек, у 3-х – крапивница).

Приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Г., 35 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на удушье, повышение температуры тела, зудящие высыпания на коже, отек лица.

Из анамнеза: страдала аллергией на запахи. Из города приехала в деревню по просьбе матери помочь с просушкой подгнившего сена. В первый день работы самочувствие пациентки было нормальным, а на 2-й день у нее появились указанные жалобы и проявления. Пациентка срочно вернулась в город, где вызвала скорую помощь, доставившую ее в стационар.

Объективно: температура тела – 37, 5 °С, крапивница на теле, отек лица, вынужденное положение сидя, с опорой

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

на руки. Частота дыханий 21 в 1 минуту, удлинен выдох. Над легкими прослушивается масса сухих и влажных хрипов. Тоны сердца – слегка приглушены, ритмичные.

Частота сердечных сокращений и пульс – 105 в 1 минуту, АД – 115/85 мм р. Печень – у правого края реберной дуги. На ногах отеков нет. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ (эозинофилы – 10%, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%), СОЭ – 36 мм/час.

На рентгенографии органов грудной клетки над обоими легкими выявлялась картина «матового стекла». При улучшении состояния пациентки исследована функция внешнего дыхания – изменения по смешанному типу.

Клинический диагноз: экзогенный аллергический альвеолит, крапивница, ангионевротический отек.

Лечение: внутривенное капельное введение дексаметазона в дозе 32 мг в сутки, раствора аминофиллина (до исчезновения бронхоспастического синдрома), лоратадин внутрь, оксигенотерапия. По улучшению состояния внутривенные вливания дексаметазона были заменены пероральным его приемом. После выписки из стационара прием дексаметазона был продолжен с постепенным его снижением и отменой через 1,5 месяца. Пациентка осмотрена через 2 месяца и через 6 месяцев после выписки из стационара (проведено лабораторно-рентгенологическое обследование). Заключение: практически здорова.

Таким образом, своевременная патогенетическая терапия вместе с исключением контакта с аллергеном позволила избежать фиброзирования легких.

Второй пример.

Пациент К., 59 лет, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку, отеки на ногах, увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно, что он болен около 1 года, когда появилась одышка, повысилась температура тела. Лечился от пневмонии, без положительного эффекта. Исключалась онкопатология, туберкулез легких и саркоидоз (обследовался в РНПЦ онкологии им. Н. Н. Александрова и в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии). Состояние постепенно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: состояние – тяжелое. Температура тела – 37, 2 °С. Выраженный цианоз всего тела. Частота дыханий – 41 в 1 минуту. Над легкими прослушиваются сухие и влажные хрипы. Частота сердечных сокращений и пульс – 114 в 1 минуту. АД – 100/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень на 15 см выступает из-под правого края реберной дуги, плотная. В животе – свободная жидкость (асцит), анасарка, отеки нижних конечностей.

Анализ крови: гемоглобин – 160 г/л, лейкоциты: $8,5 \cdot 10^9$ (эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 66%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%), СОЭ – 26 мм/час.

Ренгенологически отмечался сетчатый фиброз над всеми легочными полями, были увеличены размеры сердца.

Результаты электрокардиографии: снижен вольтаж зубцов электрокардиограммы, синусовая тахикардия.

Клинический диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит, подострая форма, финальная стадия. Дыхательная недостаточность 3-й степени. Сердечная недостаточность 4-й степени, асцит, отеки, анасарка.

Лечение: оксигенотерапия, сердечно-сосудистые и диуретические средства, глюкокортикостероиды.

Несмотря на все усилия медиков, через 10 дней пациент умер. При патологоанатомическом исследовании диагноз подтвердился. Легочная ткань была безвоздушной, тонула в воде.

Второй пациент с подострой формой идиопатического фиброзирующего альвеолита прожил 13 месяцев с момента заболевания.

Продолжительность жизни пациентов с хронической формой идиопатического фиброзирующего альвеолита с момента заболевания в нашем исследовании составила от 5 до 7 лет (3 человека – 5 лет, 2 – 6, остальные пациенты – 7 лет). Один из этих пациентов готовился к трансплантации легкого, но осуществить это не получилось.

В литературе указывается об инновационных технологиях в лечении идиопатического фиброзирующего альвеолита, использовании цитостатиков, иммунодепрессантов, глюкокортикостероидов, однако все пациенты с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом погибали [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Из представленного следует, что пациенты с экзогенными аллергическими альвеолитами при своевременной их диагностике и лечении выздоравливают. При идиопатическом фиброзирующем альвеолите пока не найдено эффективных средств исцеления. Возможно, в дальнейшем будет более доступна трансплантация легких этим пациентам.

Выводы

1. Пациенты с экзогенными аллергическими альвеолитами при своевременной их диагностике и адкватном лечении выздоравливают. Процесса фиброзирования в легких у них не происходит.

2. Пациенты с подострой формой идиопатического фиброзирующего альвеолита живут около 1 года. При хронической форме – 5–7 лет. Возможно в дальнейшем будут перспективными трансплантационные технологии для помощи этой категории пациентов.

Литература

1. *Гоголева, М. Н.* Медико-социологический анализ качества жизни и клинико-организационные особенности пульмонологической помощи больным саркоидозом и идиопатическим фиброзирующим альвеолитом / М. Н. Гоголева // Автореферат канд. диссертации. Санкт-Петербург, 2008.

2. *Косарев, В. В.,* Кабанов С. А. Экзогенный аллергический альвеолит в терапевтической и профпатологической практике семейного врача / В. В. Косарев, С. А. Кабанов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2012. – 1 (59). – С. 56–63.

3. *Моисеев, В. С.* Внутренние болезни / В. С. Моисеев и [др.] // М., 2013.

4. *Новикова, Л. Н.* Совершенствование диагностики идиопатического фиброзивного альвеолита / Л. Н. Новикова и [др.] // Врач. – 2011. – № 3. – С. 10–14.

5. *Новикова, Л. Н.* Обострение идиопатического фиброзирующего альвеолита / Л. Н. Новикова // Врач. – 2010. – № 10. – С. 46–49.

6. *Новиков, В. В.* Интерстициальный легочный фиброз: альвеолиты в клинической практике / В. В. Новиков // Терапевт. – 2015. – № 2. – С. 26–34.

7. *Скворцов, В. В.* Принципы диагностики и лечения идиопатического фиброзирующего алвеолита / В. В. Скворцов, А. В. Туморенко // Терапевт. – 2012. – № 3. – С. 15–21.

8. *Филлипов, В. П.* Фиброзирующие альвеолиты. В книге: Бронхоск Хамитов, Р., др. опия при заболеваниях легких / В. П. Филлипов, Н. В. Черниченко. – М., 2014. – С. 66–78.

9. *Хамитов, Р. Ф.* Иммуносупрессивная терапия при идиопатическом фиброзирующем альвеолите / Р. Ф. Хамитов и [др.] // Казанский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 430–434.

10. *Цветкова, О. А.* Редкий вариант поражения легких при ревматоидном артрите / Цветкова, О. А. и [др.] // Пульмонология. – 2011. – № 5. – С. 113–116.

11. *International* Consensus Statement. Idiopathic pulmonary fibrosis: Diagnosis and treatment. International consensus statement. American Thoracic Society (ATS), and European Respiratory Society // Am J Respir Crit Care Med 2000.

Поступила 30.11.2017 г.