

616.24-007.272:[616.216:616.23]-039.5

SÍNOBRONCHIÁLNY SYNDRÓM A OBŠTRUKČNÁ PĽÚCNA CHOROBA

J. FERANČÍK

Vojenský ústav pre choroby pľúcne v Novej Polianke
(náčelník: plukovník MUDr. D. Skokňa, CSc.)

Pre etiopatogenézu veľkej časti recidivujúcich alebo chronických zápalov priedušiek majú význam tie procesy, u ktorých dochádza k protrahovanému priebehu akútnych vírusových katárov horných ciest dýchacích s následnou bakteriálnou infekciou. Protrahovaný priebeh zápalu alebo jeho súčasné recidívy bývajú prechodným štádiom v štádium chronické. Súčasne alebo v druhej etape dochádza k zostupu zápalu z horných dýchacích ciest na priedušky. Chronická bronchitída je vo svojom plazivom vývoji zdanlivo neškodná rada rokov. Začiatok býva nezreteľný, pomaly sa hromadiace ťažkosti bývajú prehliadnuté ako chorými, tak i lekármi, a preto sú vedecké poznatky o začiatkoch chronickej bronchitídy chudobné. Vo svojom pomalom, ale plynulom priebehu vedie chronický zápal priedušiek ku vzniku deformačných zmien bronchov až bronchiektáziám, k emfyzému, hypertenzii pľúcneho pôvodu a k nedostatočnosti pravej komory srdcovej, ku vzniku cor pulmonale — so všetkými dôsledkami pre zdravie a pracovnú schopnosť chorých.

Nos s paranazálnymi dutinami a dolné cesty dýchacie tvoria jednotný funkčný systém. Preto aj postihnutia jednotlivých častí tohoto systému sa môžu vzájomne ovplyvňovať. Úlohou práce je poukázať na frekvenciu a vzájomné patogenetické súvislosti chorých s chronickou bronchitídou a astmou so súčasným postihnutím paranazálnych dutín.

Materiál a metodika

Hodnotili sme súbor 212 chorých, ktorý sa skladá z vojakov v základnej službe a vojakov z povolania. Boli hospitalizovaní pre exacerbáciu chronickej bronchitídy a astmatické ťažkosti na pneumologickom oddelení vo Vojenskom liečobnom ústave pre choroby pľúcne v Novej Polianke v rokoch 1970—1973. U všetkých chorých sme okrem komplexného klinického vyšetrenia urobili aj spirometrické vyšetrenie. Vyšetrenie paranazálnych dutín bolo urobené cielene iba tam, kde išlo o postihnuté paranazálne dutiny v minulosti (podľa anamnézy), alebo pri práve udávaných subjektívnych ťažkostiach pri celkovom vyšetrení.

Röntgenologické zmeny na dutinách hodnotil kolektív lekárov Vojenského liečebného ústavu v Novej Polianke v spolupráci s otolaryngológom MUDr. Lapšanským vo Vyšných Hágoch a kolektív lekárov otorinolaryngologického oddelenia vo vojenskej nemocnici v Ružomberku.

Zistené zmeny sme triedili do troch skupín — marginálny lem, výpotok a nález cýst, resp. polypov v dutinách.

Výsledky

Z celkového počtu 212 chorých vzatých do súboru vyšetrili sme paranazálne dutiny röntgenologicky a na otolaryngologickom oddelení u 48 (22,6 %) chorých, kde u každého boli

potvrdené chorobné zmeny v zmysle zhrubnutej nástenej sliznice u 17 (8 %) chorých, prítomného výpotku u 23 (10,8 %) chorých, resp. cýst a polypov u 8 (3,7 %) chorých. Zo 48 chorých s paranazálnymi dutinami 39 (18,3 %) trpelo na chronický zápal priedušiek a 9 (4,2 %) chorých malo astmatické potiaže. Sanácia bola prevedená u 9 (4,2 %) chorých (tab.)

Tabuľka 1

Postihnutie paranazálnych dutín a charakter RTG zmien u 212 chorých

		ABS	%
SINUSITÍDA:	ŽIADNA	164	77,3
	V ANAMNÉZE	26	12,2
	ZISTENÁ PRI VYŠETRENÍ	22	10,3
RTG NÁLEZ:	MARGINÁLNY LEM	17	8
	VÝPOTOK	23	10,8
	CYSTY A POLYPY	8	3,7
PROCES:	JEDNOSTRANNÝ	30	14,1
	OBOJSTRANNÝ	18	8,4
SANÁCIA:	NEBOLA	39	18,3
	BOLA	9	4,2

Zároveň sme u nich sledovali výskyt patogénnej nešpecifickej bakteriálnej flóry v spúte a tento nález sme dávali do vzťahu s postihnutými paranazálnymi dutinami.

Zistili sme, že táto patogénna mikrobiálna flóra sa vyskytla takmer u každého sledovaného chorého v spúte, ako sú — *Staphylococcus haemolyticus aureus*, *Staphylococcus beta haemolyticus*, *Enterococcus* a podobne.

Ukázalo sa pri porovnaní nálezu u chorých s chronickou sinusitídou, že výrazne ovplyvňuje priebeh chronickej bronchitídy, eventuálne bronch. astmy a že otázka sanácie týchto dutín hrá dôležitú úlohu pri terapii základného ochorenia.

Diskusia

Údaje o frekvencii postihnutia paranazálnych dutín pri chronickej bronchitíde v literatúre značne kolíšu. Jednotliví autori udávajú ich častot v rozpätí od 30 až do 85 % (2, 3, 5, 10, 11, 13). Z patogenetického hľadiska, vo vzťahu k chronickej bronchitíde, uplatňuje sa predovšetkým zostupná, descendntná kanálková cesta. Rozširuje sa zápalový slizničný proces a patologický sekret sa zavlieka do tracheobronchiálneho stromu. Možná je aj ascendentná cesta, ktorá sa však uvádza ako podstatne zriedkavejšia (11). Ďalší spôsob vzájomného ovplyvnenia oboch týchto úsekov je

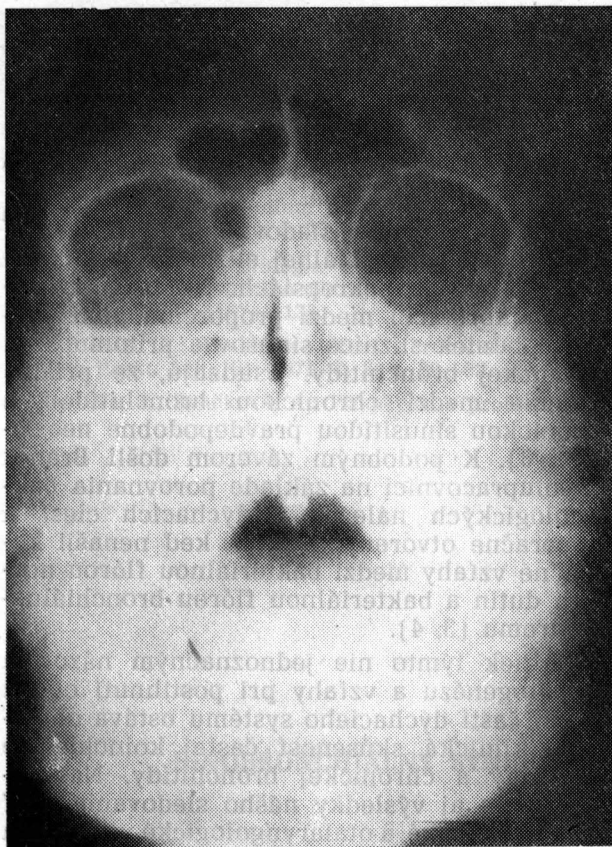
forma infekčno-alergickej reakcie sliznice. Hnisavé alebo aj nehnisavé zápaly paranazálnych dutín môžu mať za následok bakteriálnu senzibilizáciu celého dýchacieho traktu a môžu tak vytvárať predpoklady pre opakujúce sa infekcie s následnými zmenami (2, 3) v bronchiálnom strome.

BURTON a DIXON sledovali hrúbku slizničných žliaz v bronchiálnej sliznici a v sliznici sínusov pri 24 nekropsiách. Nenašli významnú koreláciu medzi proporciou pohárkovitých buniek sliznice sínusov a prítomnosťou chronickej bronchitídy. Usudzujú, že priame spojenie medzi chronickou bronchitídou a chronickou sinusitídou pravdepodobne neexistuje (6). K podobným záverom došli Brandt a spolupracovníci na základe porovnania bakteriologických nálezov z dýchacích ciest a z operačne otvorených dutín, keď nenašli korelačné vzťahy medzi bakteriálnou flórou nosných dutín a bakteriálnou flórou bronchiálneho stromu (3, 4).

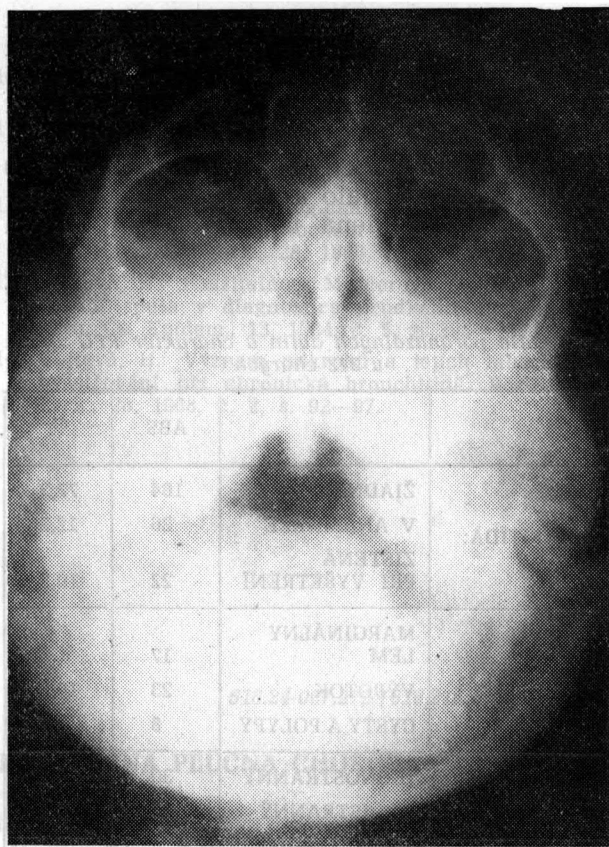
Napriek týmto nie jednoznačným názorom na patogenézu a vzťahy pri postihnutí oboch týchto častí dýchacieho systému ostáva objektívna klinická skúsenosť častej koincidencie sinusitídy a chronickej bronchitídy. Nasvedčujú tomu aj výsledky nášho sledovania, keď röntgenologické a otolaryngologické vyšetrenia potvrdili nález v paranazálnych dutinách u 48 vyšetrených chorých s chronickou bronchitídou a astmou v našom súbore. Röntgenologické vyšetrenie samotné však nestačí pre správnu a presnú diagnostiku (13). Je potrebná spolupráca ftizeológa alebo internistu a otolaryngológa, ktorí potom spoločne riadia aj účinný terapeutický postup. Ukázalo sa, že u hodnoteného súboru nebola tejto otázke venovaná dostatočná pozornosť, t. j. neboli zo strany sinusitídy vyšetrení všetci chorí, a u tých, ktorí boli vyšetrení a mali pozitívny nález, neboli prevádzané dostatočne dlho kontrolné vyšetrenia. Naše skúsenosti v tomto smere potvrdzujú klinické skúsenosti iných autorov (3, 8, 13), ktorí zastávajú stanovisko, že ak liečba chronickej bronchitídy alebo astmy v týchto prípadoch má byť úspešná, musí sa venovať primeraná terapeutická starostlivosť sanácii paranazálnych dutín.

Súhrn

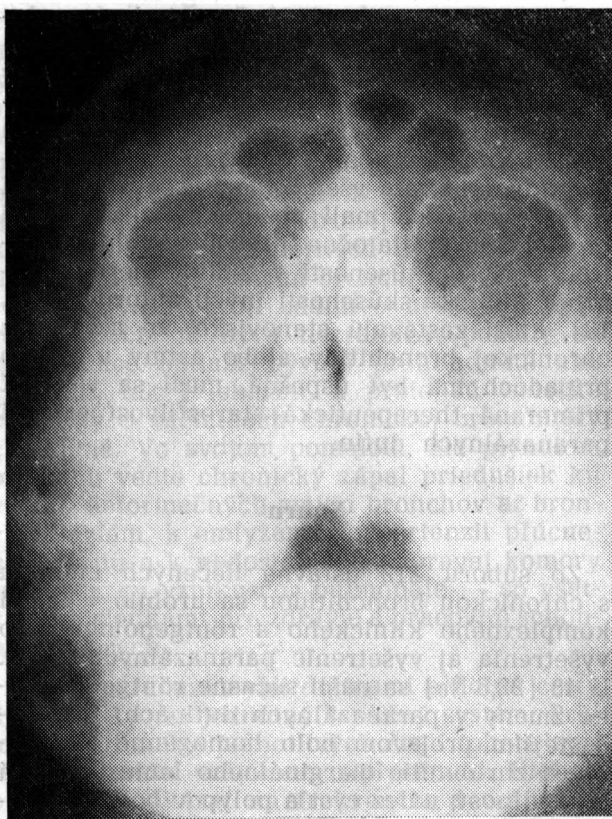
Zo súboru 212 ústavne liečených chorých s chronickou bronchitídou sa urobilo v rámci komplexného klinického a röntgenologického vyšetrenia aj vyšetrenie paranazálnych dutín. U 48 (22,6 %) sa našli súčasne röntgenologické zmeny v paranazálnych dutinách. Ich najčastejším prejavom bolo homogénne zatienenie a zhrubnutie marginálneho lemu. Znížená priehľadnosť, nález cýst a polypov boli podstatne zriedkavejšie. Autor poukazuje na patogenetické súvislosti medzi postihnutím paranazálnych dutín a chronickou bronchitídou. Sú-



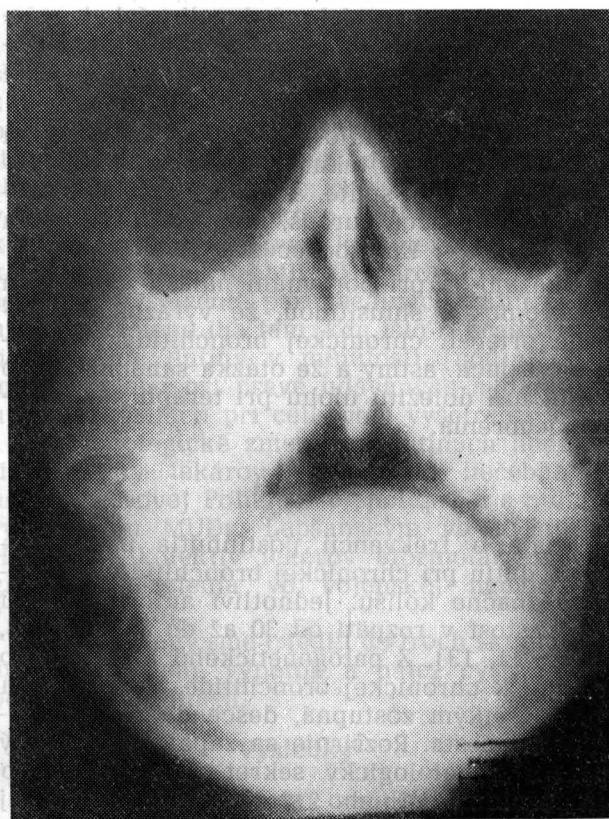
Obr. 1. Snímka prínosových dutín pred sanáciou



Obr. 3. Chronická bilaterálna sinusitída so zhrublou nástenňou sliznicou



Obr. 2. Snímka prínosových dutín po sanácii



Obr. 4. Chronická bilaterálna sinusitída často akútne exacerbovaná

časne zdôrazňuje potrebu spolupráce ftizeológa alebo internistu a otolaryngológa, ktorí by mali spoločne riadiť aj terapeutický postup.

Práca bola prednesená na celoarmádnej konferencii vojenských internistov v októbri 1974 v Novej Polianke — Vysoké Tatry

Literatúra

1. Bajan, A.: Definícia a klinické kritériá chronickej bronchitídy. *Lek. Obzor*, 17, 1968, č. 3, s. 151—154.
2. Boudík, F.: Postižení paranazálních dutin u chronických onemocnění dolních cest dýchacích v dospělém věku. *Prakt. Lék.*, 45, 1965, č. 24, s. 920—922.
3. Brandt, R. H., Kessler, L., Herman, M.: Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und des Bronchialbaumes. *Mschr. Lungenkrh. Thk.-Bkpf.*, 12, s. 110—115.
4. Brandt, H. J., Bartmann, K., Blisse, A.: Über die Vorkommen der verschiedenen Neisserien Arten bei bronchopulmonalen Erkrankungen. *Beitr. Klin. Tuberk.*, 136, 1967, č. 2, s. 189—197.
5. Brasch, C., Dietzel, K., Gerth, B., Nowak, R.: Untersuchungsergebnisse über die Häufigkeit der chronischen Bronchitis bei Erkrankungen der oberen Luftwege. *Allergie u. Asthma*, 15, 1969, č. 4—5, s. 287—290.
6. Burton, P., Dixon, M. F.: A comparison of changes in the mucous glands and goblet cells of nasal, sinus and bronchial mucosa. *Thorax*, 24, 1969, č. 2, s. 180—185.
7. Definition and classification of chronic bronchitis. *Lancet*, 10, 1965, s. 776—779.
8. Empfehlungen der Tuberkulose zur Definition von chronischer Bronchitis. Asthma bronchiale und Lungenemphysem. *Mschr. Lungenkrankh. Tbk.-Bkpf.*, 12, 1969, 10, s. 289—298.
9. Chronické cor pulmonale. Správa komitě expertů. Praha, SZN 1963, 40 s.
10. Kotyza, F.: Vztah paranazálních sinusitid k celkovým onemocněním. *Čas. Lék. čes.*, 97, 1958, č. 8, s. 260—264.
11. Lechner, H.: Chronische Bronchitis. Stuttgart-New York, F. K. Schattauer 1968, 537 s.
12. Lepercq, G.: Le diagnostic des sinusites chroniques en pédiatrie. *Nourisson*, 47, 1959, 5, s. 227—232.
13. Wehner, G.: Chronische Bronchitis und Peribronchitis bei chronischen Nebenhöhleninfekten. *Dtsch. Ges. Wesen*, 13, 1958, č. 7, s. 232—237.