

На втором месте по частоте среди морфологических препаратов оказался идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) (19 тестов, 20.9%). Морфологическими признаками ИФА были: перибронхиальный пневмосклероз, участки эмфиземы, ателектазы, очаговая лимфоидная инфильтрация.

Злокачественное поражение плевры обнаружено в 13 случаях (14.3%) в виде двух вариантов мезотелиомы: эпителиоидной, при которой выявлялись комплексы раковых клеток на фоне лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и фибринозной, отличавшейся наличием фибробластов, коллагеновых волокон.

При саркоидозе (11 тестов, 12.1%) четко обнаруживались «штампованные» гранулемы со скоплениями гигантских многоядерных клеток, с лимфоцитарной инфильтрацией и фиброзом вокруг.

В случаях неспецифической интерстициальной пневмонии (11 тестов, 11.9%) морфологический пейзаж характеризовался расширением альвеол, скоплением лимфоцитов в деформированной межуточной ткани, пролиферацией гладкомышечных волокон, деформацией бронхов, утолщением межальвеолярных перегородок.

Лимфоидная интерстициальная пневмония (7 тестов, 7.6%) отличалась лимфоидной инфильтрацией, скоплениями мелких лимфоцитов с образованием в межуточной ткани легких крупных «лимфом», а также наличием полей из плазматических клеток и гистиоцитов. Периваскулярно и в стенках бронхов присутствовал умеренно выраженный фиброз.

Канцероматоз легких (3 теста, 3.3%) был представлен плоскоклеточной формой рака (полигональные клетки с гипохромными ядрами, очагами орогования), аденокарциномой (атипичные железистые структуры выполненные гиперхромным слизиобразующим эпителием), и карциноидной опухолью (скопление округлых и полигональных клеток в виде трабекул с формированием розеток). Во всех случаях канцероматоза регистрировались изменения фиброзно-склеротического характера.

Таким образом, результаты проведенного анализа гистологических препаратов полученных от больных с ИБЛ отличаются полиморфизмом и включают компоненты специфического туберкулезного, неспецифического воспаления, опухолевые структуры злокачественной природы, системные ретикулезы. Дополнительная гистохимическая методика окрашивания срезов выявляет, наряду со специфическими клеточными вариациями, фиброзные изменения в различной степени выраженности, что свидетельствует о поздних стадиях заболевания. Клиницистам необходимо раньше ставить вопрос об операционной биопсии при синдроме интерстициального поражения легких.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С 5-6 ЛЕТ

Байжанова М.М, Иманкулова К.Д,  
Наурызалиева Ш.Т  
Научный центр педиатрии и детской хирургии,  
г.Алматы, Казахстан

Бронхиальная астма отличается многообразием клиники и функциональных проявлений, особенностями течения и нередко сочетается с другими заболеваниями легких. Поэтому диагностика бронхиальной астмы (БА) у детей иногда вызывает у врачей трудности, приводящие к ошибкам. Некоторые педиатры поликлиник считают, что диагностировать астму можно лишь в стационаре, дети при этом не получают своевременно базисной терапии, заболевание прогрессирует, развиваются тяжелые осложнения, наступает инвалидность. Частота ошибочных диагнозов при БА у детей колеблется от 5 до 20%. Для улучшения качества ранней диагностики БА необходимы сравнительные нормативные критерии функции внешнего дыхания (ФВД) для детей младших возрастных групп. В доступной литературе отсутствуют данные нормативов для детей 5-6 лет.

Целью исследования явилось разработка показателей функций внешнего дыхания у детей 5-6 лет.

Для исследования функции внешнего дыхания использовался портативный спирограф, Германия снабженного компьютерными программами, проводящими автоматический анализ и портативные пикфлоуметры. Впервые выработаны нормативы показателей объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), отношение форсированной жизненной емкости легких к объему форсированного выдоха за первую секунду (ФЖЕЛ/ОФВ1) и пиковой скорости выдоха (ПСВ) у детей 5-6 лет.

Для оценки объемных и скоростных показателей нами разработаны нормативы ФВД. Обследовано 78 здоровых детей в возрасте 5-6 лет.

У значительной части больных, которые по клиническим проявлениям болезни (как правило, по частоте дневных и ночных приступов) должны расцениваться как пациенты со среднетяжелой БА, в то же время показатели функции внешнего дыхания даже в обострении оставались достаточно высокими. Аналогичное несоответствие клинических и функциональных данных наблюдается и у детей с тяжелым течением заболевания, причем часто оно проявляется менее выраженными нарушениями ФВД при более выраженных клинических симптомах, т.е. «клиническая картина» соответствует большей степени тяжести, чем изменения объема ОФВ1, показатель пиковой скорости выдоха у детей с различной степенью тяжести болезни

достоверно не отличалась. При проведении функциональных исследований у детей с БА были использованы выработанные нами нормативы.

Таким образом, у детей 5-6 лет показателями ФВД для определения нозологической формы бронхообструктивных состояний на начальной стадии заболевания являются: ОФВ1 60–80, ПСВ 50-70, ФЖЕЛ/ОФВ1 55-75; при БА показатели ОФВ1<60, ПСВ<50, ФЖЕЛ/ОФВ1< 55.

Разработанные нормативные показатели ФВД для детей 5-6 лет рекомендуется к применению в практическую деятельность специалистов функциональной диагностики и детских пульмонологов для ранней диагностики бронхообструктивных заболеваний легких.

129

### ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Ташметова Г.Т.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
г. Ташкент, Узбекистан

ХОБЛ, как правило, диагностируется в поздних стадиях, когда легочная функция уже существенно нарушена и вследствие этого самые современные лечебные программы не позволяют приостановить неуклонное прогрессирование болезни являющейся основной причиной высокой смертности больных ХОБЛ.

В связи с этим, целью нашей работы явилось изучить клинико-функциональные расстройства при ХОБЛ и разработать подходы к ранней диагностике.

Результаты исследования. На основе проведенного скринингового обследования 3000 человек на различных предприятиях города Ташкента установлена достаточно высокая распространенность ХОБЛ – 8,9% (263 чел.). Изучена взаимосвязь функциональных и клинических расстройств на различных стадиях ХОБЛ. Процентное соотношение лиц без кашля и жалующихся на кашель различной интенсивности в группах мужчин и женщин с нормальными и сниженными показателями ОФВ1 в плане корреляции с ОФВ1 оказалось значимым либо отсутствие кашля ( $p < 0,05$ ) либо указание на постоянный утренний кашель ( $p < 0,05$  в сравнении с непостоянным кашлем).

Симптом одышки соотносится с бронхиальной обструкцией следующим образом: лица без одышки и с одышкой различной интенсивности (при значительной нагрузке, при быстрой ходьбе, при обычной ходьбе) выявляются при различных показателях ОФВ1, но если у мужчин указание на одышку имеет высокую прогностическую значи-

мость для величины ОФВ1, причем сопряженность между этими параметрами возрастает по мере усиления одышки, то у женщин имеет факт наличия одышки, но не ее интенсивность. Интересно отметить, что при отсутствии одышки обструкция верифицируется так же часто, как и при наличии этого симптома. Функциональные тесты наиболее информативны при сочетании симптомов. Наименее патогномичен симптом кашля, одышка тесно коррелирует с 6-и секундной пробой, а шаговая проба при сочетаниях симптомов.

Закключение. Анализ сопряженности респираторных жалоб и спирометрических показателей выявил, что сочетания нескольких жалоб достоверно увеличивает вероятность бронхиальной обструкции. С нарастанием тяжести болезни повышается выявляющая информативность рутинных функциональных тестов, таких как 6-ти секундная проба, шаговая проба, и пробы с максимальной задержкой дыхания (Штанге-Генче). Причем клинические проявления и функциональные методы могут ориентировочно нам дать степень выраженности заболевания на ранних ее стадиях.

130

### ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Козлова И.Ю., Токсарина А.Е.,  
Тлеубергенова Ж.А., Пшенбаева А.С.  
АО «Медицинский Университет Астана»,  
г. Астана, Казахстан  
ГККП «Городская больница №2»,  
г. Астана, Казахстан

Цель: описание диагностики редкого интерстициального заболевания легких – альвеолярного протеиноза. Это заболевание неизвестной этиологии, в основе патологического процесса при котором лежит нарушение клиренса сурфактанта с массивным накоплением в просвете альвеол патологического белково-липидного вещества, с наибольшим воспалительным клеточным экссудатом.

Пациентка Д., 18 лет, обратилась с жалобами на редкий малопродуктивный кашель, чувство нехватки воздуха, общую слабость, недомогание, потливость, головокружение. Вышеуказанные жалобы в течение 3-4 недель, связывает с перенесенной ОРВИ. Была субфебрильная лихорадка в течение недели. Получала антибактериальную, муколитическую терапию, без существенной динамики. При рентгенологическом обследовании выявлен двусторонний диссеминированный процесс, для уточнения генеза которого направлена на дообследование в пульмонологическое отделение. Ранее патологии респираторной системы не отмечала, известных хронических заболеваний внутренних органов нет. Не курит. Студентка. Наследственность не отягощена.