

**220. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ**

Пономарева Е.Ю., Архангельская Е.Е., Тяпкина М.А.

Кафедра госпитальной терапии СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Актуальность: идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) входит в группу идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) – клиничко-патологических форм интерстициальных заболеваний легких, характеризующихся многими сходными чертами (неизвестная природа болезней, близкие клинические и рентгенологические признаки). Рациональная клиническая интерпретация морфологических изменений в легких при различных вариантах ИИП наряду с общеклиническим и рентгенологическими методами представляет важность для определения прогноза и режимов активной иммуносупрессивной терапии.

Цель работы: сопоставить клиническое течение, данные компьютерной томографии высокого разрешения и особенности морфологических изменений в лёгких при ИФА/ИИП.

Методы: проведен анализ 33 пациентов с ИФА/ИИП (24 женщины и 9 мужчин в возрасте от 31 года до 70 лет), наблюдавшихся в Областном пульмонологическом центре г. Саратова с 2000 по 2009 год. В диагностике использовалась клиничко-морфологическая классификация АТC/ERS (2002 г). Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, спирография с пульс-оксиметрией, компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки (КТВР), торакотомия (торакоскопия) с биопсией легкого для морфологической верификации диагноза.

Результаты: из 33 пациентов у 19 клиническое течение соответствовало ИФА (прогрессирующая дыхательная недостаточность преимущественно рестриктивного типа, «баранные палочки», несмотря на проводимую активную противовоспалительную терапию). При этом у 8 пациентов наряду с признаками сотового легкого по данным компьютерной томографии отмечен симптом «матового стекла», что указывало на сохраняющуюся активность внутриальвеолярного воспаления. Однако морфологическая картина подобного варианта (обычная интерстициальная пневмония) убедительно описана только у 13 больных (68%). У 4 пациентов этой группы (21%) описание, сделанное морфологом, в большей мере соответствовало лимфоцитарной или неспецифической интерстициальной пневмонии. У 2 пациентов (11%) в биоптате обнаружен фиброз без каких-либо специфических изменений.

Из 14 пациентов с прочими вариантами ИИП полное клиничко-морфологическое соответствие отмечено у большинства пациентов (13, 93%). У одной больной с морфологическим заключением «облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией» в клинике отсутствовала бронхообструкция, что в большей мере характеризует криптогенную организующуюся пневмонию.

Выводы: прижизненная биопсия лёгких имеет высокую информативность для дифференциального

диагноза ИФА и других вариантов ИИП наряду с КТВР, позволяющей определить соотношение двух патологических процессов в легочной ткани (альвеолит\фиброз). Следует отметить большую частоту совпадений клинических проявлений, результатов морфологического исследования и данных компьютерной томографии высокого разрешения при ИИП по сравнению с ИФА.

**221. ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА**

Пономаренко Д.С., Жук С.А., Ермолаев В.В.

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского Минобороны России», г. Красногорск, Россия.

Больной В., 69 лет, поступил в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского 15.01.10 г. с жалобами на желтушность кожных покровов, склер, общую слабость, отсутствие аппетита, отечность нижних конечностей. Анамнез: более 20 лет регулярно употреблял крепкие алкогольные напитки (150-200 мл 3-4 раза в неделю). В 1995 г. (в 54 года) дебютировала ишемическая болезнь сердца развитием инфаркт миокарда передней стенки, передне-перегородочной и верхушечной областей левого желудочка. В последующем, по рекомендации кардиолога, стал употреблять алкогольные напитки практически ежедневно. В 1997 и 2005 гг. перенес повторные инфаркты миокарда. В 2006 г. выполнена коронарография, при которой обнаружен распространенный атеросклероз коронарных артерий: стеноз ствола левой коронарной артерии 40% с распространением на устья передней межжелудочковой и огибающей артерий, стеноз проксимальной трети 70% и окклюзия средней трети передней межжелудочковой артерии, стенозы устья 40% и проксимальной трети 60% диагональной ветви, стеноз устья 30% и средней трети 50% огибающей артерии с распространением на устье ветви тупого края со стенозом 80%, стеноз проксимальной трети правой коронарной артерии 50%, окклюзия средней трети задней межжелудочковой артерии. В 2006 г. выполнена операция: аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, огибающей артерии, маммарокоронарный анастомоз передней межжелудочковой артерией.

При обследовании в госпитале у больного выявлены следующие признаки хронической алкогольной интоксикации (сетка LeCo): транзиторная артериальная гипертензия, тремор, мышечная атрофия, телеангиоэктазии, пальмарная эритема, обложенный язык, венозное полнокровие конъюнктивы, гепатомегалия. Из лабораторно-инструментальных данных обследования обращало внимание наличие нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоциты-16,1 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы-13,5 x 10<sup>9</sup>/л), цитолитического синдрома с преобладанием уровня активности АСТ (581 МЕ/л) над АЛТ (341 МЕ/л) и повышением уровня ГГТП до 317 МЕ/л, синдрома гепатодепрессии (альбумин-28 г/л, протромбиновый индекс - 25%), синдрома холестаза (общий билирубин-289 мкмоль/л). ЭКГ: мерцательная аритмия, нормосистолия, рубцовые изменения в