

щих единиц микробов в 1 мл мокроты; достоверное уменьшение количества больных с выделением из мокроты ассоциаций микроорганизмов; снижение энтерококков в мокроте.

126

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Рахимжанова Р.И.¹, Тлеубергенова Ж.А.²
АО «Медицинский университет Астана»¹, Казахстан
ГКП на ПХВ «Городская больница №2»²,
г. Астана, Казахстан

В последнее время неуклонно растет количество выявленных интерстициальных заболеваний легких в связи с появлением высокоточной диагностической аппаратуры. Сложность диагностики интерстициальных заболеваний объясняется сходством рентгенологических проявлений и скудностью клинической картины.

Цель исследования: оценить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике интерстициальных заболеваний легких с анализом характера поражения легочной паренхимы.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ МСКТ исследований органов грудной клетки пациентов, направленных с подозрением на интерстициальные заболевания легких за период с X.2010г. по V.2013г., выполненных в ГКП на ПХВ «Городская больница №2». Все исследования выполнялись на аппарате фирмы General Electric Liiightsheed VCT, мощностью 64 среза с использованием режима высокого разрешения. В 3 случаях выполнено КТ с дыхательными пробами для оценки функционального состояния легких.

Результаты. Было обследовано 76 пациентов в возрасте от 23 до 76 лет, женщин 49 (64%), мужчины 27 человек (36%). В 26 (34%) случаях заподозрено интерстициальное заболевание легких, у 42 (55%) пациентов диагностировано воспалительное поражение легочной ткани различной локализации, у 8 пациентов патологических изменений легочной ткани не выявлено. Среди диагностированных случаев интерстициального поражения легких преобладающее большинство имели молодые люди в возрасте от 23 до 44 лет – 23 человека (88%), в 3 случаях возраст колебался в пределах 45-53лет (12%). Оценивалась состояние легочной ткани, степень поражения, распространенность процесса. У всех пациентов с подозрением на интерстициальное заболевание были выявлены феномен матового стекла с сочетанием совоности легких, бронхоэктазы различных видов наблюдались в 34% случаев. Не было выявлено ни одного случая наличия плеврального выпота и признаков эмфизематозного вздутия. Основные труд-

ности возникали в дифференциации выявленной патологии между подгруппами интерстициальных патологий. Всем пациентам рекомендована прицельная биопсия легких для уточнения заболевания. Выводы: Мультиспиральная компьютерная томография с высоким разрешением является высокоинформативным методом диагностики патологии легких, позволяет наиболее точно выявить малейшие структурные изменения и является методом выбора при подозрении на интерстициальную патологию легочной паренхимы.

127

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОЙ БИОПСИИ

Колос А.И., Шаймарданова Г.М.,
Савчук А.П., Горшкова Е.С., Колос Е.Н., Кнауб Л.В.
АО «Национальный научный медицинский центр»
г. Астана, Казахстан

Интерстициальные болезни легких (ИБС) представляют собой группу заболеваний, в состав которой входят часто встречающиеся в клинической практике поражения легких и редкие патологии бронхо-легочной системы. В обоих случаях этиологическая диагностика их оказывается сложной, а дифференциальная диагностика иногда растягивается на несколько недель и даже месяцев. Единственно объективным методом установления природы заболевания служит гистологическое исследование операционных препаратов полученных путем биопсии легких.

Нами проведен анализ 92 гистологических препаратов легочной ткани, плевры, внутригрудных лимфатических узлов, полученных путем видео-ассистированной биопсии, позволившей получить достаточный объем биопсийного материала и выполнить из него серию гистологических срезов. Окраска препаратов проводилась гематоксилином и эозином с оптическим увеличением x 200 и 400. Для прокрашивания фиброзных волокон использовалась методика Массон-трихром x100.

Наиболее часто гистологическая картина интерстициальных поражений легких соответствовала специфическому туберкулезному процессу (28 тестов, 30.8%), Морфологической основой являлась туберкулезная гранулема, состоявшая из очага казеозного некроза в центре окруженного гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса, лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. При использовании дополнительной гистохимической окраски по Массон-трихром обнаруживалась грубоволокнистая соединительная ткань расположенная по периферии гранулем, окрашивающаяся в синий цвет.

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 слизееобразующим 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