

О.А. Михеева, Р. Б. Бердников, Л.М. Гринберг
СТРУКТУРА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ
ПО ДАННЫМ ОТКРЫТОЙ БИОПСИИ

Кафедра патологической анатомии
Уральский государственный медицинский университет
Уральский НИИ фтизиатрии
Екатеринбург, Российская Федерация

O.A. Mikheeva, R.B. Berdnikov, L.M. Grinberg
STRUCTURE OF DISSEMINATED LUNG LESIONS ACCORDING TO
OPEN BIOPSY

Department of Pathological Anatomy
Ural State Medical University
Ural Research Institute of Tuberculosis
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: hellgahell@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрена структура диссеминированных поражений легких, по результатам 716 морфологических заключений биопсий легкого.

Annotation. The article describes the structure of the lung lesions disseminated, the results of 716 morphological findings of lung biopsies.

Ключевые слова: диссеминированные, поражения легких

Keywords: disseminated, lung lesions

Диссеминированные поражения легких (ДПЛ) это группа различных по гистогенезу заболеваний, но сходных по рентгеноморфологическим проявлениям. В их основе лежит распространенное поражение респираторной ткани, бронхов и интерстиция [1]. Эти изменения характеризуются поражением дистальных отделов дыхательных путей, облитерацией альвеол и бронхиол, развитием гранулем или очагов и прогрессирующим диффузным интерстициальным фиброзом. Дифференциальная диагностика диссеминированных поражений легких представляет определенные трудности и основана на клинических, рентгенологических данных и морфологическом исследовании [4]. Следует отметить, что даже при удачно взятой биопсии, их результативность не превышает 40% [2,3,5].

ДПЛ подразделяются на болезни с установленной этиологией: пневмокониозы, острые интерстициальные пневмонии, вызванные грибами или

вирусами, а так же экзогенный аллергический альвеолит. Для большей части диссеминированные поражения легких этиология не известна: идиопатический фиброзирующий альвеолит, легочные васкулиты, альвеолярный протеиноз и пр. Кроме того, ДПЛ подразделяют на заболевания, протекающие с интерстициальным поражением без образования гранулем и с образованием гранулем (саркоидоз, туберкулез, гистиоцитоз из клеток Лангерганса и др.) [6,7,8].

Цель исследования – определить структуру диссеминированных поражений легких по данным открытых биопсий.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили морфологические данные 716 больных с направительным диагнозом диссеминированное поражение легких неясного генеза, проходивших лечение в клинике УрНИИФ г. Екатеринбурга в период с июня 2009 г. по декабрь 2015 г. включительно. Во всех случаях исследовался материал, полученный при открытой биопсии легкого с помощью видеоассистированной торакоскопии (ВАТС). Статическую обработку данных выполняли с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 716 биопсий информативными оказались только 349, что составило 48,7%. Из этих случаев в 79,4% (277 человек) было обнаружено ДПЛ с образованием гранулем. Однако, в 52,7% (146 случаев) было выставлено морфологическое заключение: ЭК-гранулематоз, то есть были выявлены гранулемы, но дифференцировать саркоидоз, туберкулез и другие заболевания, протекающие с образованием гранулем, не представлялось возможным. Достоверно поставить диагноз среди гранулематозов можно было в 130 случаях (47%) (Рис. 1). Из них саркоидоз встретился у 101 пациентов (36,5%). Во всех случаях диагностированный саркоидоз выявлен в гранулематозно-склеротической стадии. Туберкулез, выявленный у 14 человек (5,1%) чаще обнаруживался в продуктивно-некротической, активной фазе (13 случаев), у 1 пациента был установлен диагноз генерализованного, продуктивно-некротического туберкулеза в фазе лекарственного патоморфоза. В 5,8% случаев (16 человек) был выставлен диагноз диссеминированного Лангерганс-клеточного гистиоцитоза.

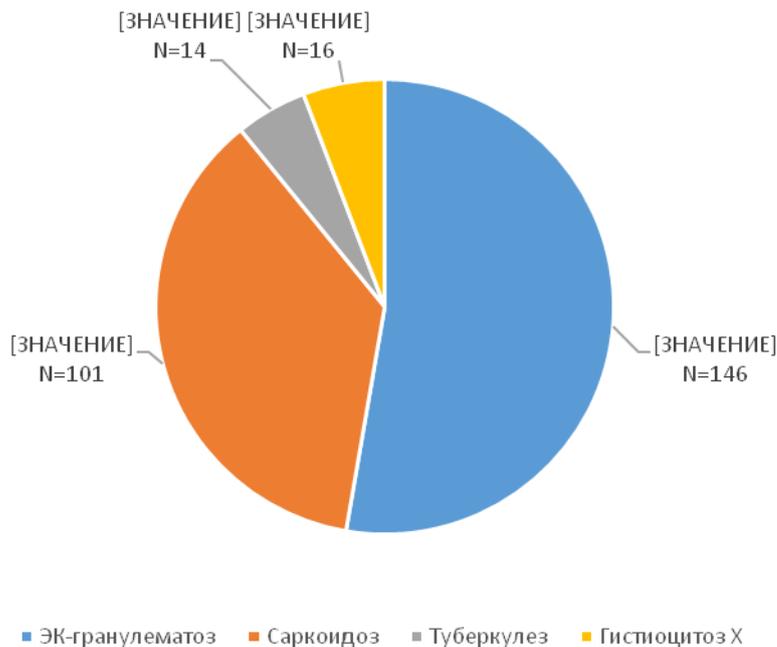


Рис. 1. ДПЛ с образованием гранулем

Остальные случаи ДПЛ с установленным диагнозом имели следующую этиологию (Рис.2).

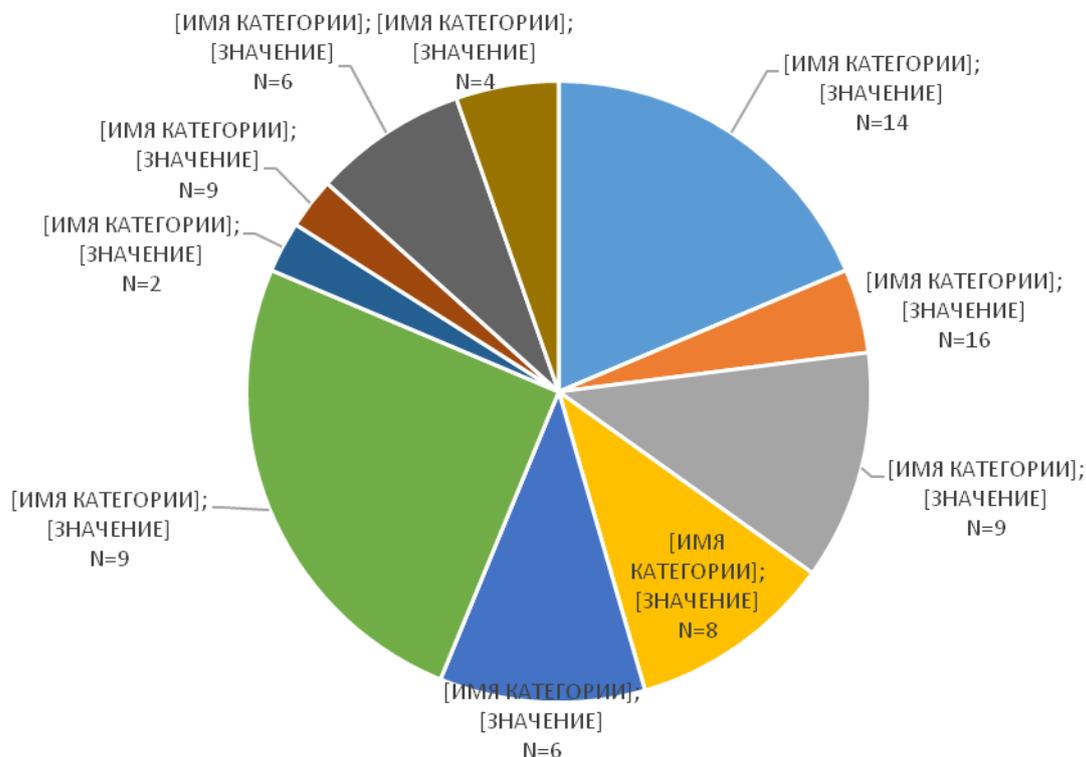


Рис. 2. ДПЛ без развития гранулем, N=72

Среди обнаруженных опухолей встречались следующие варианты:

- аденокарцинома (14) – 73,7%
- эпителиальная опухоль неуточненная (1) – 5,3%
- неходжкинская лимфома (1) – 5,3%

*I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

- веретеночклеточная саркома (1) – 5,3%
- лейомиома (1) – 5,3%
- рабдолейомиоматозная гамартома(1) – 5,3%

В 9 случаях (52%) новообразования можно было расценить как метастатические.

Пневмокониозы были представлены силикозом (7 случаев) и талькозом (2 случая). При этом имелось 8 случаев сочетания силикоза и туберкулеза легких (силикотуберкулез).

Следует отметить, что у 199 пациентов (57%) с направительным диагнозом «диссеминированное поражение легких неясного генеза» в респираторной ткани были обнаружены «макрофаги курильщика».

Выводы:

1. Уровень информативности взятых с помощью ВАТС открытых биопсий составил 48,7% (349 человек), что не противоречит данным литературы и свидетельствует о сложности диагностики ДПЛ.

2. Среди всех ДПЛ наиболее часто встречались заболевания, связанные с развитием гранулематозного процесса у 276 человек (79% от всех результативных биопсий), причем, среди них преобладал саркоидоз. Учитывая то, что саркоидоз поражает и лимфатические узлы, можно рекомендовать пациентам с ДПЛ неясной этиологии исследование прикорневых лимфоузлов, особенно, учитывая возможность неинформативной биопсии легких.

3. Среди ДПЛ без гранулематозного поражения не следует забывать о пневмокониозах и профессиональном сидерозе. Данные о профессиональном анамнезе пациента могут во многом облегчить своевременную постановку диагноза.

4. Наличие в структуре ДПЛ неясного генеза таких заболеваний, как туберкулез, пневмония, ХОБЛ, в частности БООП (бронхит облитерирующий с организующейся пневмонией), может свидетельствовать патоморфозе этих болезней, в том числе лечебном. Это существенно меняет классическое течение и рентгенологические признаки, что приводит к трудностям диагностики.

5. Высокий процент пациентов, с морфологическими признаками курения говорит о том, что часть ДПЛ может быть ассоциирована с курением. Кроме этого, изменения в легком при курении так же носят диффузный характер и могут затруднять диагностику основного заболевания.

Литература:

1. Королева И.М. Диффузные поражения легких: что это? - Consilium Medicum, 2009. – №3.

2. Патологическая анатомия: национальное руководство/гл. ред. М.А.Пальцев, Л.В.Кактурский, О.В.Зайратьянц – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1264с.

3. Пульмонология: национальное руководство/под ред. А.Г. Чучалина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.-960 с.

4. Филатова Е.А. Основные направления дифференциальной диагностики диссеминированной патологии легких – Материалы ежегодного съезда пульмонологов УФО, 2014.

5. Lian C, Lu Y, Shen S. Langerhans cell histiocytosis in adults: a case report and review of the literature. – Oncotarget, 2016 - Mar 3.

6. Dhooria S., Sehgal I.S., Aggarwal A.N., Behera D., Agarwal R. Diagnostic Yield and Safety of Cryoprobe Transbronchial Lung Biopsy in Diffuse Parenchymal Lung Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis. - Respir Care., 2016 - Mar 1.

7. Nicholson A.G. Interstitial Pneumonias - Dail and Hammar's Pulmonary Pathology, Vol. 1, 2008 – 1316с.

8. Ryu J.H., Colby TV, Hartman TE, Vassallo R. Smoking-related interstitial lung diseases: a concise review. -Eur Respir J., 2001 -№17.

УДК 616-006.487

**И.И. Николаева, Н.С.Москвина, И.Е. Валамина, Т.В. Заславская,
А.Е. Друй**

**АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ НЕЙРОБЛАСТОМ
У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ**

Кафедра патологической анатомии

Уральский государственный медицинский университет

ГБУЗ СО Областная детская клиническая больница №1

Екатеринбург, Российская Федерация

ГБУЗ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева

Москва, Российская Федерация

ГАУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий

Екатеринбург, Российская Федерация

I.I.Nikolaeva, N.S.Moskvina, I.E.Valamina, T.V.Zaslavskaya, A.E.Druy

**THE ANALYSIS OF MORPHOLOGICAL variants OF
NEUROBLASTOMA in CHILDREN according to the recent
CLASSIFICATION**

Department of pathological anatomy

Ural State Medical University,

Regional Children's Hospital N1, Ekaterinburg, Russian Federation

Federal Clinical and Research Center for Pediatric Hematology, Oncology and
Immunology

Moscow, Russian Federation

Research Institute of Medical Cell Technologies,

Ekaterinburg, Russian Federation