

удельного веса экссудативного плеврита среди вновь регистрируемых случаев туберкулеза. В настоящее время доказано, что экссудативный плеврит всегда сопровождается специфическим буровым поражением плевральных листков. Процесс по существу является гематогенным или лимфогематогенным.

В клинике за три года обследовано 297 больных туберкулезным плевритом, который подтвержден бактериологически и морфологически на основании биопсийных методов. Одновременно проводилось обследование мочевого выделительной системы при наличии клинических отклонений, жалоб и любых изменений в общем анализе мочи. Эти больные составили 19,7% к числу больных плевритом. У трех больных (5%) при посеве мочи на искусственные среды установлено бактериовыделение (МБТ +). Комплексное лучевое обследование этих пациентов (УЗИ, КТ, экскреторная уротомография) не выявило деструктивных и очаговых изменений в почках и других патологических изменений мочевого выделительной системы. В одном случае при ЭУТГ выявлена краевая деструкция почечного сосочка размерами не более 4 мм.

Таким образом, установлено сочетание туберкулезного плеврита и туберкулеза паренхимы почек у 1% больных плевритом. Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о необходимости тщательного обследования мочевого выделительной системы у больных плевритом, обратив особое внимание на первичное обследование и наличие даже минимальных отклонений в общем анализе мочи. После этого решается вопрос о проведении серии посевов на МБТ. Следует учесть, что вся процедура обследования должна осуществляться быстро, до начала интенсивной химиотерапии, когда результаты посевов мочи на МБТ могут быть неинформативными.

99

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Пилькевич Д.Н., Винницкая Л.П., Гатаутов Д.М., Небогин А.В.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Челябинск

За период с 1993 по 1997 гг. в первом хирургическом отделении Челябинского областного противотуберкулезного диспансера в целях диагностики экссудативных плевритов (92%) и спонтанного пневмоторакса (8%) выполнено 1057 торакоскопий. Операция производится по общепринятой методике из бокового доступа, под местной анестезией, нейролептаналгезией или комбинированным интубационным наркозом. При торакоскопии производится биопсия парietальной плевры, легкого, коагуляция булл и дефектов легкого, разрушение спаек, промывание раствором антисептика и др.

Отработанный на большом материале методика проведения торакоскопии позволяет выполнять ее и восьмилетним детям, и в 91-летнем возрасте. После операции через 1-2 ч. больному разрешается активный режим. Дренажи удаляются через 2-5 суток с обязательным рентгенконтролем.

Гистологическая верификация диагноза при торакоскопии составляет 97%. Туберкулез был выявлен у 494 больных, злокачественное поражение - у 148, неспецифические заболевания - у 374, идиопатический фиброзирующий альвеолит - у четырех, системные заболевания соединительной ткани - у трех.

Таким образом, торакоскопия является малотравматичным, высокоинформативным и эффективным методом диагностики и лечения экссудативных плевритов и спонтанного пневмоторакса. Выполненная в более ранние сроки, она значительно уменьшает спаечный процесс, улучшает общее состояние больного, сокращает сроки восстановления функции дыхания, а также позволяет своевременно назначить патогенетическую терапию.

100

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ

Карташов В.М., Пивень А.И., Савельев А.В., Казак Т.И.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Проблема дифференциальной диагностики круглых образований легких сохраняется, несмотря на использование ком-

пьютерной томографии и биопсии легкого. С целью совершенствования технологии комплексного лучевого обследования больных с данной патологией изучены 143 случая с периферическими круглыми тенями в легких. Рак легкого диагностирован у 66 чел., туберкулез - у 43, доброкачественные опухоли и образования - у 30, другие поражения - у четырех. Диагностические ошибки по данным комплексного лучевого обследования отмечены в пяти (3,5%) случаях при раке и туберкулезе.

Проведен анализ структуры тени, контуров, плотности и других симптомов.

Компьютерная томография в 74% случаев позволила получить более убедительные данные о злокачественности процесса и в 35% - убедительные данные, подтверждающие туберкулез.

Авторы пришли к выводу о необходимости пункционной иловой биопсии периферического образования для морфологической верификации рака. Предложен алгоритм дифференциальной диагностики с учетом рутинной и компьютерной томографии и биопсии легкого.

101

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗОВ БРОНХОВ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Савельев А.В., Попов В.А.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Изучена возможность отличительной диагностики стенозов бронхов при раке, туберкулезе и других поражениях на основе комплексного рентгенологического, компьютерного и эндоскопического исследования. Сопоставления рентгенотомографической картины с данными эндоскопии проведены у 57 больных раком легких, 27 - туберкулезом, 17 - силикотуберкулезом и у восьми неспецифическим рубцовым стенозом бронхов 2 и 3 порядка. В большинстве случаев при указанных видах стенозов (92%) комплексное обследование позволяет верифицировать характер процесса. Однако в 8% случаев, также при всех нозологиях, в уточнительной диагностике ведущее значение могут приобретать разные методы. В частности, при отсутствии перибронхиального или эндобронхиального компонента опухоли при раке, отсутствии эндоскопических признаков туберкулеза (лимфобронхиальный свищ и пр.), при неспецифическом рубцовом стенозе Ro, КТ и эндоскопическая картина собственно стенозов может быть однотипной. В этой ситуации большое значение приобретают другие признаки, получаемые при КТ. Например, обызвествление лимфоузлов при tbc или silbc, наличие МБТ в материале. Кроме того, изучение картины других бронхов, наличие множественных стенозов и рубцов может свидетельствовать против рака. Однако биопсия бронхов должна быть множественной и глубокой. В неясных случаях повторный контроль необходим с полным повторным обследованием. Ошибки гипо- и гипердиагностики рака возможны при перибронхиально-стенозирующей форме рака.

102

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ДИССЕМИНАЦИЙ В ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ОБЛТУБДИСПАНСЕРА ЗА 1992-1996 ГГ.

Ободзинский В.Н., Фойеринг Е.В., Юдина Ф.Г.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Челябинск

Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов в легких до настоящего времени является одним из наиболее трудных разделов пульмонологии. Ни при каком другом виде интраторакальных поражений не встречается так много различных заболеваний, которые дают сходную, даже одинаковую рентгенологическую картину.

Мы проанализировали истории болезни 251 пациента, поступивших к нам с диссеминированными процессами, и взяли в разработку наиболее редко встречающиеся: из групп альвеолитов у нас были ИФА - 15 случаев, экзогенно-аллергический альвеолит - 11; из группы гранулематозов - 2 случая гистицитоза; из диссеминаций опухолевой природы - карциноматозов - 10 случаев; из группы интерстициальных фиброзов при пора-