

сеть у 56,7% и при плановом обследовании с использованием ФЛГУ 43,2% пациентов. В 70% случаях до поступления в стационар больные получали противотуберкулезное лечение и направлены в фтизиопульмологические стационары в связи с отсутствием должной положительной динамики. В комплекс диагностических мероприятий нами были включены стандартные микробиологические методы: бактериоскопия и посев на плотные питательные среды в сравнении с полимеразной цепной реакцией с использованием праймеров, фланкирующих участок гена MPB-70 размером 372 н.п., специфичного для *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), и комплекс серологических реакций: непрямой гемагглютинации (РНГА), пассивного гемолиза (РПГ), потребления комплемента (РПК), иммуноферментного анализа (ИФА). На основании клинико-рентгенологических данных туберкулез легких был установлен у 58 (73,4%) чел. При трехкратном исследовании диагностического материала (мокрота, промывные воды бронхов) методом бактериоскопии ни у одного из больных МБТ не были обнаружены. Методом посева у 18 (31%) были обнаружены МБТ, ПЦР была положительной у 41 (70,7%) больных, серологические реакции были положительными у 23 (39,6%). Комплекс ПЦР-серологические реакции были положительными у 44 больных (75,9%). У 21 пациента с нетуберкулезной этиологией заболевания ДНК МБТ в реакции ПЦР выявлены в трех (5,2%) случаях: 2 - инфильтративно-пневмоническая форма рака легкого и 1 - саркOIDоз. Серологические реакции были положительными в четырех случаях 6,9% (2 - инфильтративно-пневмоническая форма рака, 1 - пневмония и миокобактериозное поражение легких). Необходимо отметить, что у части серонегативных больных по мере затихания туберкулезного процесса появляются противотуберкулезные антитела и даже нарастает их уровень.

Полученные результаты демонстрируют диагностическое преимущество полимеразной цепной реакции. Информативность серологических методов значительно повышается в комплексе с ПЦР, что позволяет оптимизировать этиологическую диагностику туберкулеза органов дыхания, особенно при олигобациллярных формах и у больных с атипичным проявлением специфического процесса.

127

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГРАНУЛЕМАТОЗОВ С УЧЕТОМ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЫЛИ

Гринберг Л.М., Казак Т.И., Скрябин Л.А.

Уральский НИИ фтизиопульмологии,
ГНПО "Фтизиопульмология" г. Екатеринбург

Достоверная диагностика пневмокониозов, сопровождающихся грануломатозными реакциями, кониотуберкулеза и саркOIDоза нередко представляет существенные трудности ввиду отсутствия четких клинико-рентгенологических и морфологических критерiev.

Разработана методика комплексного морфологического исследования и физико-химического анализа минеральной пыли в биологических объектах с использованием растровой электронной микроскопии гистологических срезов толщиной 3-5 мкм и рентгеноспектрального анализа.

Изучено 25 случаев (материалы аутопсий, операций и биопсий), преимущественно легких и внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ), изучены эталонные образцы кварца, базальта, талька, хризотил-асбеста.

В легких и ВГЛУ человека присутствует определенное количество ингредиентов углерод- и кварцодержащей пыли. Пылевые частицы содержат, как правило, Si, Mg и Al. Гранулемы в этих случаях не выявляются. На фоне бытового запыления может развиться кониотуберкулез, сопровождающийся грануломатозной реакцией.

При силикозе и силикотуберкулезе выявляются пылевые частицы также преимущественно сложного состава, однако обязательно присутствуют кристаллы "чистого" кварца. Гранулемы в этих случаях не наблюдаются только при силикотуберкулезе.

Бериллиоз сопровождается формированием в легких и ВГЛУ гранулем с конхиодальными тельцами, рентгеноспектроскопически выявляются соединения бериллия.

Талькоз обнаруживается в двух формах - ингаляционной (легкие) и хирургической (в зоне предшествующего оперативного вмешательства). Характерно формирование преимущественно гигантоклеточных гранулем, в которых выявляются крупные анизотропные кристаллы, имеющие характерную

структуру (растровая электронная микроскопия) и соответствующий химический спектр (Si, Mg, Fe).

В части случаев при типичной морфологической картине саркOIDоза определяется пылевая индуративная легкая и ВГЛУ с большим количеством минеральных частиц, содержащих Si, Mg, Al.

Сочетание традиционных морфологических и современных физико-химических методов исследования минеральных пылей позволяет объективизировать диагностику поражений грануломатозного характера.

128

СОЧЕТАНИЕ СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА:

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ПЕРИБРОНХИАЛЬНОГО РАКА ПРИ СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗЕ

Падерин В.Ф., Теряева М.В.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Цель исследования - уточнить эндоскопическую семиотику изучить эффективность бронх-биоптических методик в зависимости от локализации, характера роста опухоли и выявить анатомо-эндоскопические особенности центрального перебронхиального рака при силикотуберкулезе. Бронхоскопически обследовано 315 больных центральным перебронхиальным раком, ранее работавших на силикозоапасных предприятиях. При поступлении силикотуберкулез был у 6,2%, силикоз - 20,4%; длительный пылевой стаж - 73,4% больных. В 84,6% рак диагностирован в 40-59 лет. Диагноз верифицирован у всех больных: при бронхоскопии у 95,7%, медиастиноскопии - 4,3% больных. Радикальному оперативному лечению подвергнуты 106 [33,7%] больных. Плоскоклеточный рак установлен у 42,1%; мелкоклеточный - 45,8%; аденоракарцинома - 12,1% больных. Определено существенное нарастание мелкоклеточного рака в зависимости от стадии T [у 61,9% при T₁ против 30,2% при T₂; p<0,05]. Основным эндоскопическим признаком установлен стеноз бронха, сужение III степени выявлено у 60% больных. Эндоскопически T₁ диагностирован у 1,6%; T₁ - 27,9%; T₂ - 63,8%; T₃ - 6,7% больных. При T₁ опухолевый стеноз в 83,9% случаях локализовался в I, II, VI и в верхнезональном бронхах. Слава изменения встречались в два раза чаще, чем справа. При T₂ опухолевый стеноз в 52,2% наблюдений установлен в верхнедолевом; в 28,9% - в нижнедолевом; в 12,4% - промежуточном и в 5,5% - среднедолевом бронхах. При T₃ рак, инфильтрирующий главный бронх, установлен в 6,7% случаев; справа - 4,8%; слева 1,9% больных. Типичный опухолевый стеноз бронха для T₃ характеризовался сужением III степени, отсутствием респираторных движений, скертака и измененным сосудистым рисунком; для T₂ - дополнительно еще инфильтрацией слизистой; для T₁ - дополнительно гибкостью бронхов и бургистостью слизистой. При анатомо-эндоскопическом сопоставлении 106 радикальноопеированых больных выделены узловатый [57,5%], массивно-узловатый [у 30,2%] и ограниченно-разветвленный [у 12,3%] центральный преимущественно перебронхиальный рак. Установлено, что стеноз бронха обусловлен развитием опухоли по типу "муфты"; компрессионным сдавлением опухолью с прорастанием стенки бронха в дистальном направлении за сужением и интрамуральным ростом опухоли в стенке бронха с утолщением ее в три раза. Установлено рациональное сочетание бронх-биоптических методик в зависимости от локализации и отношения T к просвету поражения бронха. При узловом T₁ показана эндобиопсия и браш-биопсия, подкрепленная при T₂ еще и трансбронхиальной пункционной биопсией; при массивно-узловом и ограниченно-разветвленном T₁-T₂ - показана катетеризация, браш-биопсия и эндобиопсия слизистой стенозированного участка бронха. Применение комплекса бронх-биоптических методик позволило верифицировать рак при T₁ у 92,5%, при T₂ у 94,6% больных. Сочетанное поражение рака, силикоза и силикотуберкулеза ВГЛУ диагностировано у 75,4%; рака, силикоза и силикотуберкулеза легких - у 32,8% больных. Особенности развития центрального перебронхиального рака у рабочих силикозоапасных профессий заключаются в наслаждении опухолевыми и силикотуберкулезными признаками, трудности их визуальной расшифровки в выявлении T в наиболее работоспособном возрасте: 55,7% больным было 40-49 лет; в блокаде лимфатической системы вследствие кониотического и/или кониотуберкулезного поражения ВГЛУ.