

мость расширения и укрепления работы выездных флюорографических установок.

Изучение выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) методом микроскопии показало, что у сельских жителей частота обнаружения МБТ была выше и составила 34,6 против 26,7%. Кроме того, среди больных, выявленных при флюорографии, бактериовыделение у городских жителей отмечалось в 19,7% случаев, а у сельских жителей частота выявления бактериовыделения составила 27,4%. Этот факт свидетельствует о том, что в сельской местности чаще, чем в городах, выявляются больные в поздние сроки. Этот вывод получил свое подтверждение при оценке частоты выявления полостей распада. Полости распада были выявлены у 19,3 и 36,8% больных (соответственно при про-

филактическом осмотре и обращении) и у 31, и 51% больных в сельской местности.

Выводы.

1. Частота выявления туберкулеза методом флюорографии выросла по сравнению с 2008 г. в городах и сельской местности в среднем на 40%.

2. Выявление микобактерий туберкулеза методом микроскопии у сельских жителей отмечается в 1,3 раза чаще, чем у городских.

3. Полости распада при туберкулезе легких у жителей сел выявляются в полтора раза чаще, чем у больных в городах.

4. Фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония диагностируются у больных в сельской местности в 3 раза чаще, чем у больных в городах.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ БИОПСИИ ЛЕГКОГО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

РАЕВСКАЯ Н. В., МОТУСИ Я., СКОРНЯКОВ С. Н., ПИЛЬКЕВИЧ Д. Н., САБАДАШ Е. В., ДЬЯЧКОВ И. А.

INFORMATIVENESS OF SURGERY BIOPSY OF THE LUNGS WHEN DIAGNOSING DIFFUSE PULMONARY DISEASES

RAEVSKAYA N. V., MOTUSI I. YA., SKORNYAKOV S. N., PILKEVICH D. N., SABADASH E. V., DYACHKOV I. A.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Цель: сравнительная оценка информативности хирургических методов биопсии легкого в диагностике диффузных заболеваний легких с учетом выраженности послеоперационного болевого синдрома.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 54 (28 мужчин, 26 женщин) историй болезней пациентов, лечившихся в легочно-хирургическом отделении ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России в 2011-2013 гг. по поводу диффузного поражения легких (ДПЛ).

Критерии включения. В исследование включены случаи ДПЛ с хирургической верификацией этиологии процесса одним из четырех методов: парастернальная медиастиноплевроскопия по Карленсу (ПМСК), открытая биопсия легкого, видеоассистированная торакоскопическая биопсия (ВАТС) и видеоторакоскопическая биопсия (ВТС).

Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу с помощью программы Microsoft Excel Statistica 7.0.

Результаты. При анализе указанного материала выяснилось, что ПМСК была выполнена 28 пациентам, открытая биопсия легкого – 13, ВАТС – 7, ВТС – 6.

При этом окончательный диагноз на основе морфологического заключения установлен в 53 (98%) случаях. По данным морфологического исследования все случаи распределялись следующим образом: саркоидоз – 30 (55,6%), туберкулез – 2 (3,7%), рак – 6 (11,1%), фиброзирующий идиопатический альвеолит – 2 (3,7%), гистиоцитоз – 4 (7,4%), интерстициальная пневмония – 3 (5,6%), облитерирующий бронхиолит – 4 (7,4%), липопротеиноз – 2 (3,7%), в 1 случае (1,9%) точный диагноз установлен не был.

Следовательно, вероятность получения гистологического заключения при любом из способов забора материала может считаться 100%. Послеоперационный период во всех случаях расценен как гладкий: сроки стояния дренажа в плевральной полости как после ВТС или ВАТС, так и после открытой биопсии составили от 2 до 6 дней, объем экссудации не превышал 50 мл. Отмечены 1 случай нагноения послеоперационной раны и 1 случай образования серомы после ПМСК.

Операцией выбора для получения биопсийного материала при ДПЛ являлась ВТС. При выполнении ВТС длина кожных ран для введения торакоскопов и манипуляторов составляла 2-5 см,

при этом ранорасширитель не устанавливали. Данный подход позволил более детально осмотреть плевральную полость, поверхность легочной паренхимы с нанесением минимальной операционной травмы. При ВТС параллельно с забором материала для биопсии осуществляли удаление измененных лимфоузлов средостения с их последующим гистологическим анализом. В послеоперационном периоде при ВТС болевой синдром, сроки активизация пациентов и расход анальгетиков в сравнении с другими методиками были минимальны.

Выводы.

1. Хирургическая биопсия легкого показана всем пациентам с ДПЛ неясной этиологии, а так-

же при наличии сомнений в этиологии процесса при имеющихся неинформативных или неубедительных данных, полученных неинвазивными методиками его верификации.

2. Все рассмотренные оперативные вмешательства позволяют с одинаковым успехом выполнить биопсию измененного участка легкого.

3. В раннем послеоперационном периоде быстрее восстанавливаются пациенты, перенесшие мининвазивные оперативные вмешательства.

4. Следует рекомендовать ВТС как наиболее информативную и наименее травматичную операцию для хирургической биопсии легочной ткани и измененных лимфоузлов средостения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

РЕШЕТНИКОВ М. Н., СКОПИН М. С., ЗУБАНЬ О. Н.

EFFICIENCY OF COLONOSCOPY IN DIAGNOSTICS OF COLON TUBERCULOSIS

RESHETNIKOV M. N., SKOPIN M. S., ZUBAN O. N.

ГКУЗ «Московский городской НППЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Health Department of Moscow, Moscow, RF

Цель: оценить эффективность применения колоноскопии в диагностике туберкулеза кишечника.

Материалы и методы. В хирургическом отделении МНППЦ борьбы с туберкулезом находилось на обследовании и лечении 63 больных с подозрением на туберкулез кишечника, из них с ВИЧ-инфекцией – 31 (49,2%). Всего выполнено 76 внутрипросветных исследований.

Результаты. При визуальной оценке кишечной слизистой отмечены три формы туберкулезного поражения кишечника: милиарная, инфильтративная и инфильтративно-язвенная. У 47 (74,6%) больных они характеризовались наличием эрозий, инфильтратов и язв в толстой кишке. В 24 (38%) случаях при микроскопии выявлены эпителиоидно-гигантоклеточные гранулемы, при окраске

по Цилю – Нельсену – кислотоустойчивые микобактерии. В 2 (3,2%) случаях выявлена аденокарцинома толстой кишки, в 4 (6,3%) – цитомегаловирусный язвенный колит, что характерно для больных ВИЧ-инфекцией. У остальных 24 (38,1%) пациентов обнаружен неспецифический колит. Рост микобактерий туберкулеза на питательных средах получен у 21 (33,3%) больного. По результатам выполненных внутрипросветных исследований с последующим комплексным исследованием биопсийного материала стало возможным выявить туберкулез кишечника у 54 (85,7%) больных.

Заключение. Полученные результаты позволили заключить, что колоноскопия является ценным методом диагностики туберкулеза толстой кишки.