

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

СУЛИМ Д. А.¹, БАГИШЕВА Н. В.², ИДРИСОВА Э. Р.², МОРДЫК А. В.², ИВАНОВА О. Г.², ИЛЬЧЕНКО Ж. З.³, КОРОЛЕВА О. В.³

THE ROLE OF MULTI-SPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY OF THE CHEST FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

SULIM D. A.¹, BAGISHEVA N. V.², IDRISOVA E. R.², MORDYK A. V.², IVANOVA O. G.², ILCHENKO ZH. Z.³, KOROLEVA O. V.³

¹БУЗОО «Больница скорой медицинской помощи № 1», г. Омск

²Омский государственный медицинский университет, г. Омск

³БУЗОО «Городская поликлиника № 2», г. Омск

¹Emergency Relief Hospital no. 1, Omsk, RF

²Omsk State Medical University, Omsk, RF

³Municipal Polyclinic no. 2, Omsk, RF

Диагностика хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является актуальной проблемой современного здравоохранения. ХОБЛ – это заболевание, характеризующееся стертой манифестацией в дебюте. Оно диагностируется через 15-20 лет после начала, когда проявится эффект суммации неблагоприятных факторов курения и воздействия иных факторов риска. Кроме того, нет патогномичных клинических симптомов, которые бы выявлялись только при ХОБЛ и не требовали дифференциальной диагностики.

Цель: дать количественную и качественную характеристику изменений, выявленных у больных ХОБЛ на МСКТ органов грудной клетки.

Материалы и методы. В исследование включено 105 пациентов с ХОБЛ, наблюдавшихся в поликлинике № 2 г. Омска. Исследование одномоментное поперечное. Использованы выкопировки из амбулаторных карт пациентов с ХОБЛ, протоколы мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки.

Результаты. Проведен анализ клинической и рентгенологической картины 105 пациентов (табл.). Средний возраст $62 \pm 7,8$ года, мужчин – 84,7%, женщин – 15,3%, активные курильщики – 94,3%.

Таблица

Распределение обследуемых пациентов по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины
18-21	0	0
22-35	0	1 (0,9%)
36-60	40 (38,1%)	8 (7,6%)
61-74	37 (35,2%)	4 (3,9%)
75-90	12 (11,4%)	3 (2,9%)
90 и старше	0	0
Всего:	89 (84,7%)	16 (15,3%)

При дообследовании ХОБЛ легкой степени – у 10%, средней – у 30%, тяжелой – у 46%, крайне тяжелой степени – у 14% пациентов. Количество сопутствующих заболеваний у каждого больного составляло в среднем 2,2. Сухой кашель встречался у 39 (37,14%) пациентов, кашель со слизистой мокротой – у 43 (40,95%), кашель со слизисто-гнойной мокротой – у 20 (19,05%), кашель с гнойной мокротой – у 3 (2,86%).

Одышку при сильной физической нагрузке отмечали 16 (15,24%) пациентов, при умеренной физической нагрузке – 38 (36,19%), при незначительной физической нагрузке – 34 (32,38%), одышку в покое – 17 (16,19%). При объективном исследовании у 80 (76,19%) пациентов выявлена грудная клетка эмфизематозного типа.

При проведении МСКТ эмфизематозные изменения выявлены у 55 (52,38%) пациентов. Из них сочетанная эмфизема – у 13 (23,64%) пациентов. Изменения со стороны стенок бронхов выявлены у 80 пациентов, что составляет 76,2%. Различные изменения просвета бронхов – 18% (сужение, расширение, деформация просвета бронхов). Полученные данные подтверждают диагноз ХОБЛ у пациентов этой категории. Бронхоэктатические изменения выявлены у 11 (10,5%) обследованных. Помимо типичных и ожидаемых изменений, обнаружено достаточное количество дополнительных рентгенологических феноменов, которые требовали проведения дифференциальной диагностики и уточнения причин.

Дополнительная патология легких в виде очаговых теней выявлена у 63 (60%) пациентов. Среди них единичные очаговые тени обнаружены у 51 (80,95%) пациента, множественные – у 12 (19,05%) пациентов, что требует дифференциальной диагностики с очаговой пневмонией, туберкулезом, раком легких. Картина полостных образований прослеживается у 4 (3,81%) пациентов, объемных образова-

ний – у 2 (1,9%) пациентов. Фиброз легочной ткани обнаружен у 58 (55,24%) пациентов.

По результатам дополнительных изменений, обнаруженных при проведении МСКТ органов грудной клетки у пациентов с ХОБЛ, сделано предположение о наличии пневмонии – 15,2%, злокачественного новообразования – 6,7%, туберкулеза легких – 24,7%.

Выводы.

1. МСКТ органов грудной клетки имеет важное диагностическое значение для диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и сопутствующей бронхолегочной патологии.

2. При МСКТ ОГК у пациентов с ХОБЛ выявлено большое количество дополнительных изменений (единичны и множественные очаговые тени – 60%, бронхоэктазы – 10,5%, полостные образования – 3,81%, объемные образования – 1,9%, внутригрудная лимфаденопатия – 9,5%).

3. Высокий процент выявления различных рентгенологических изменений требует обязательного проведения дифференциальной диагностики с туберкулезом легких, пневмонией, другими воспалительными, невоспалительными и онкологическими заболеваниями для определения правильной тактики лечения и ведения пациентов с ХОБЛ.

СОПОСТАВЛЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

СУТЯГИНА Д. А., ШПРЫКОВ А. С., ПАВЛУНИН А. В.

COMPARISON OF CYTOKINES LEVEL AND TREATMENT EFFICIENCY WITH THE USE OF LASER THERAPY IN INFILTRATE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

SUTYAGINA D. A., SHPRYKOV A. S., PAVLUNIN A. V.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Нижний Новгород

Nizhegorodskaya State Medical Academy, Nizhny Novgorod, RF

Цель: сопоставление цитокинового статуса и эффективности лечения с включением лазеротерапии у больных инфильтративным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Проведено обследование 59 пациентов с инфильтративным туберкулезом легких: основная группа – 34 больных, в комплексной терапии которых применяли низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), группа сравнения – 25 пациентов, лечение которых проводили без использования лазеротерапии. Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по основным возрастным-половым характеристикам, тяжести и распространенности процесса. Все пациенты получали стандартное противотуберкулезное лечение. Больным основной группы было дополнительно проведено 2 курса НИЛИ: 1-й курс – с конца 2-й нед. лечения, 2-й курс – через 2 нед. после окончания 1-го курса (через 1,5 мес. лечения). Курс лазеротерапии проводился с помощью аппарата «Мустанг-2000» и состоял из 15 ежедневных процедур, чрескожно с 2-4 точек на проекцию изменений в легких на грудную клетку, с частотой 50-150 Гц, мощностью 5-10 Вт, суммарное время воздействия составляло 6-12 мин. Уровень интерферона- γ (ИФН- γ) и туморнекротического фактора- α (ТНФ- α) в плазме крови определяли перед началом лечения с помощью набора реактивов «Вектор Бест»

иммуноферментным методом. Нормальные уровни цитокинов определены при обследовании 38 здоровых доноров и составили: ИФН- γ – $7,33 \pm 0,6$ пг/мл, ТНФ- α – $0,75 \pm 0,05$ пг/мл. Обработку материалов выполняли с использованием лицензированных компьютерных программ: Primer of Biostatistics 4.03; Excel-2000; Statistica v.5.5A. При сравнении количественных данных между 2 группами применяли критерий Стьюдента при нормальном распределении и критерий Манна – Уитни при распределении, отличном от нормального; для сравнения качественных показателей и долей – таблицы сопряженности и критерий χ^2 , критерий Фишера. Различия между показателями считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Прекращение бактериовыделения за первые 2 мес. лечения достигнуто у 90,0% пациентов основной группы и 59,2% больных группы сравнения ($p = 0,02$). Средний срок прекращения бактериовыделения составил в основной группе $1,6 \pm 0,1$ мес., в группе сравнения – $2,4 \pm 0,3$ мес. ($p = 0,006$). Закрытие полостей распада за первые 6 мес. лечения достигнуто у 78,8% больных основной группы и 40,0% пациентов группы сравнения ($p = 0,006$). Средний срок закрытия полостей распада составил в основной группе $3,9 \pm 0,3$ мес., в группе сравнения – $5,0 \pm 0,4$ мес. ($p = 0,03$). На стационар-