
Выводы

1. Морфологическими маркерами ремоделирования легочной ткани при саркоидозе легких являются: формирование гранулем, лимфоцитарного альвеолита и бронхиолита, постепенно ведущие к развитию склеротических изменений.
2. Рентгенологическими признаками ремоделирования легочной ткани при саркоидозе являются: симптом мелкоочаговой диссеминации, симптом «матового стекла», симптом «сотового легкого», диффузные фиброзные изменения.

Практические рекомендации

Проведение ранней морфологической и дифференциальной диагностики саркоидоза легких с другими заболеваниями на биопсийном и операционном материале с учетом выявленных рентгенологических и морфологических паттернов позволит разработать новые подходы к прогнозированию течения, таргетной терапии и профилактике саркоидоза.

Литература

1. Саркоидоз органов дыхания: метод. рекомендации / П.С. Кривonos [и др.]. – Минск: БГМУ, 2004. – 21 с.
 2. Визель, А.А. Саркоидоз: реалии текущего момента / А.А. Визель // Терапия. – 2008. – № 8. – С. 53–56.
-

УДК 616.24-089.843(476)

Павлович О.В., Антонович Ж.В., Войтко Т.А., Митьковская Н.П.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Трансплантации легких в Республике Беларусь: решение проблем

Трансплантация легких (ТЛ) в настоящее время является единственным радикальным методом лечения некоторых хронических заболеваний легких, позволяющая значительно улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов с терминальной стадией заболевания [1, 3].

Отбор пациентов на ТЛ проводится в 3 этапа. I этап осуществляется по месту жительства пациента на уровне амбулаторно-поликлинических УЗ, общетерапевтических отделений ЦРБ; II этап – в пульмонологических или торакальных отделениях областных УЗ; III этап – в УЗ «9 ГКБ» г. Минска на уровне отделения торакальной хирургии ГУ «РНПЦ трансплантации органов и тканей». Здесь проводится окончательная верификация диагноза, уточнение показаний и противопоказаний к ТЛ.

Решение о включении в «Лист ожидания» принимается консилиумом. При этом нередко возникают ограничения к ТЛ: множественный кариес зубов, никотиновая зависимость, низкий реабилитационный потенциал. Проблемой является также низкий предтрансплантационный индекс BODE у пациентов с ХОБЛ, поскольку установлено, что при его значении <7 баллов наблюдается статистически незначимая тенденция к улучшению после ТЛ, т. е. риск операции превышает пользу. Учитывая, что все эти противопоказания являются модифицируемыми, необходимо уже на I этапе обследования проходить лечение у стоматолога, начинать индивидуальную программу физической реабилитации, программу избавления от вредных привычек. Выполнение этих простых рекомендаций даст возможность при наличии показаний ускорить процесс включения пациентов в «Активный лист ожидания» ТЛ на III этапе.

Основными задачами современной трансплантологии являются повышение сроков выживаемости реципиентов после трансплантации, возобновление социальной активности и трудовой

только у 1 пациента с диссеминированным процессом в легких. Давность заболевания у 16 пациентов, предъявлявших жалобы со стороны дыхательных путей, составила от 7 дней до 3 лет. Еще двое обследованных затруднились указать сроки ухудшения самочувствия из-за запоя.

Воспалительные изменения со стороны общего анализа крови выявлены у 43% пациентов. Среднее значение лейкоцитов в общем анализе крови составило $7,4 \times 10^9/\text{л}$ (5,9; 19,8). Также у 43% обследованных наблюдался палочкоядерный сдвиг. В 9% случаев обнаружена лимфоцитопения. Лимфоцитоз не наблюдался. У 18 пациентов отмечалось увеличение СОЭ, в среднем величина показателя составила 32 мм/ч (6; 61). В 8 случаях повышался уровень С-реактивного белка.

Рентгенологически определялась характерная для туберкулеза локализация воспалительного процесса. У 39% воспалительный процесс локализовался в верхней доле справа, у 17% – в верхней доле слева. Рентгенологически двусторонняя инфильтрация легочной ткани была выявлена в 13%, а диссеминированный процесс в легких – в 31% случаев. Для уточнения диагноза 17 пациентам выполнена КТ ОГК, выявившая дополнительно у 3 пациентов полости распада легочной ткани.

У 22% пациентов бактериоскопически были выявлены КУБ. Чаще КУБ обнаруживались в промывных водах бронхов. У половины обследованных (52%) оказался положительным Gіпехpert. При этом в 50% случаев обнаружена устойчивость к рифампицину. Показанием к проведению ПЦР в большинстве случаев было отсутствие положительной рентгенологической динамики на фоне антибактериальной терапии. Исследование выполнялось по рекомендации врача-фтизиатра. У 26% пациентов специфический воспалительный процесс в легких был заподозрен рентгенологически.

Заключение

Таким образом, срок, в течение которого был заподозрен специфический процесс в легких и осуществлен перевод пациента в «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», в среднем, составил 14 дней (1; 35). Вероятно, более раннее выполнение ПЦР позволило бы сократить сроки пребывания указанных пациентов в пульмонологическом стационаре. Также, по нашему мнению, пациенты с характерной для специфического процесса рентгенологической картиной, не предъявляющие жалоб, должны быть обследованы амбулаторно с привлечением специалистов из противотуберкулезного диспансера.

УДК 616.24-07:616-002.5

Бородина Г.Л.¹, Кривонос П.С.¹, Гирей П.Д.¹, Циунчик А.А.¹, Рожков А.П.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Беларусь

Диагностика ХОБЛ у пациентов с туберкулезом

Введение

Туберкулез представляет собой глобальную угрозу здоровью населения и остается ведущей причиной смерти среди инфекционных заболеваний в большинстве развивающихся стран мира [3]. Основными факторами, сдерживающими прогресс в отношении туберкулеза, является множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным лекарственным средствам, а также коморбидная патология (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, а также хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)) [3,5]. По мнению ряда исследователей, туберкулез (ТБ) и ХОБЛ – это взаимно отягощающие