

resistance may be recommended like the diagnostic criteria of post hypoxic ischemia of myocardium.

Key words: ischemia of myocardium, newborns, erythrocytes osmotic resistance

УДК 616.24-002.5:578,3

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

А.Ш. Зетов

РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза» МЗ РК, г Алматы

Проведен анализ морфологических изменений резекционного материала у больных с мультрезистентной и суперрезистентной формами фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Активное и прогрессирующее течение туберкулезного процесса отмечалось в обоих случаях. Отличиями морфологических изменений у больных с суперрезистентной формой фиброзно-кавернозного туберкулеза легких явились: широкий казеозно-некротический слой в каверне, выраженная инфильтрация казеозных масс лейкоцитами, неадекватность толщины грануляционного слоя по отношению к казеозно-некротическому слою с малым числом эпителиоидных и единичных гигантских клеток Лангханса, поражение бронхов туберкулезным процессом.

Ключевые слова: туберкулез легких, морфологические изменение, заболеваемость

Согласно докладу ВОЗ каждый год в мире появляются почти полмиллиона больных резистентным туберкулезом, что составляет около 5% от числа всех новых случаев заболевания.

При неэффективности консервативной терапии у больных с резистентными формами туберкулеза используют хирургические методы лечения, при этом активность туберкулезного процесса при морфологическом исследовании резекционного материала у больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом подтверждается в 78,5% случаев [1].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ морфологических изменений у больных с мультрезистентной и суперрезистентной формами фиброзно-кавернозного туберкулеза легких по резекционному материалу.

Материалы и методы. Материалом исследования послужил резекционный материал, полученный у больных с мультрезистентной и суперрезистентной формами туберкулеза легких путем пульмонэктомии и лобэктомии. Полученный послеоперационный материал фиксировался в 9% водном растворе формалина, в объеме, превышающем объем органа в 5-7 раз, в течение 24 часов. Морфометрические измерения удаленных легких и долей легкого проводились на фиксированном мате-

риале путем измерения высоты, длины и ширины. Кроме того, после сагиттальных и/или фронтальных разрезов резекционного материала проводили метрические измерения каверн и очагов-отсевов. После макроскопического исследования из резекционного материала вырезались кусочки с последующей их маркировкой и фиксацией 9% раствором формалина в течение 24 часов. Вырезались кусочки из каверны, прилежащей непосредственно к каверне легочной паренхимы, бронхов; а также брались очаги-отсевы и фрагменты главного и долевого бронхов на уровне линии резекции. Проводилась стандартная гистологическая проводка по спиртам возрастающей концентрации с последующей заливкой в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкр окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике и затем заключали под покровные стекла. Микроскопическое исследование гистологических препаратов проводилось под световым бинокулярным микроскопом Nikon Eclipse 50i.

Результаты исследования. В резецированном материале больных с мультирезистентной формой фиброзно-кавернозного туберкулеза легких имелись каверны с толстыми и фибрированными стенками, микроскопически характеризующиеся классическим трехслойным строением. Внутренний казеозно-некротический слой каверны, преимущественно плотный и компактный, неравномерной толщины, интенсивно окрашивался эозином в красноватый цвет с очаговой лимфоплазмочитарной инфильтрацией и единичными полиморфно-ядерными лейкоцитами. Средний - грануляционный слой - представлен большим числом эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток типа Лангханса с выраженной лимфоплазмочитарной инфильтрацией. Кроме того, в среднем слое каверны отмечалось большое число полнокровных кровеносных сосудов, преимущественно капиллярного и веноулярного типов. Наружный слой каверны не везде одинаково выражен и чаще был представлен волокнистой фиброзной соединительной тканью, местами со скудной лимфоидной инфильтрацией. Также встречались каверны со щелевидным просветом и минимальной толщиной казеозно-некротического слоя, отграниченного мощным эпителиоидноклеточным валом вперемежку с многоядерными гигантскими клетками Лангханса и типа инородного тела и примесью лимфоцитов. При этом наружный слой каверны выглядел утолщенным и был образован в основном плотной фиброзной соединительной тканью. В легочной паренхиме, вблизи каверны и в отдаленности от неё, имелись многочисленные очаги-отсевы, состоящие, в первом случае, из казеозно-некротического центра, окруженного эпителиоидно-гигантоклеточными гранулемами, а во втором случае – из инкапсулированных старых казеозных очагов, местами с обызвествлением и очагово-краевым гнойным расплавлением, отграниченных эпителиоидными и гигантскими клетками Лангханса. Кроме того, в альвеолах, замурованных в мощный фиброзный панцирь, отмечалась десквамация альвеолоцитов.

В слизистой оболочке хрящевых бронхов (долевых и главных), на фоне диффузной лимфоплазмочитарной инфильтрации, отмечались единичные эпителиоид-

но-гигантоклеточные гранулемы продуктивного характера. На отдельных участках покровный многоядный цилиндрический эпителий бронхов подвергался плоскоклеточной метаплазии.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких у больных с суперрезистентной формой характеризовался широким казеозно-некротическим слоем каверны, диффузно инфильтрированным распадающимися полиморфно-ядерными лейкоцитами с последующим гнойным расплавлением. Следующий за ним средний грануляционный слой каверны – тонкий, представлен несколькими рядами эпителиоидных клеток и единичными многоядерными гигантскими клетками типа инородного тела. Наружный фиброзный слой каверны незначительной толщины, состоял из тонких соединительнотканых волокон, диффузно инфильтрированных лимфоцитами, плазматическими клетками и полиморфно-ядерными лейкоцитами в большом количестве. В окружающей легочной паренхиме вблизи каверны отмечались фокусы очагово-сливной серозно-десквамативной и серозно-гнойной пневмонии, а также, в некотором отдалении от каверны, имелись инкапсулированные очаги-отсевы с участками пневмосклероза вокруг. Стенка хрящевых бронхов была диффузно инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками, и умеренно фиброзирована. Местами в слизистой оболочке бронхов встречались эпителиоидно-гигантоклеточные гранулемы с очаговым поверхностным изъязвлением и плоскоклеточной метаплазией покровного эпителия.

Выводы. Сравнительный анализ морфологических изменений у больных с мультрезистентной и суперрезистентной формами фиброзно-кавернозного туберкулеза легких выявил общие и отличительные черты, характерные для каждой группы. К общим морфологическим изменениям можно отнести – активное и прогрессирующее течение туберкулезного процесса. Отличительными чертами морфологических изменений у больных с суперрезистентной формой фибрознакавернозного туберкулеза легких явились следующие признаки:

1. Сохранение широкого казеозно-некротического слоя в каверне.
2. Выраженную инфильтрацию казеозных масс лейкоцитами с последующим разжижением их протеолитическими ферментами из распадающихся полиморфно-ядерных лейкоцитов.
3. Неадекватность толщины грануляционного слоя по отношению к казеозно-некротическому слою с малым числом эпителиоидных и единичных гигантских клеток Лангханса.
4. Истонченность наружного фиброзного слоя, возможно, связанного с выраженной его инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками и полиморфно-ядерными лейкоцитами.
5. Поражение бронхов туберкулезным процессом с развитием язвенного туберкулезного бронхита.

Литература

1. Ракишев Г.Б., Еримбетов К.Д. Хирургическое лечение туберкулеза легких. – Алматы, 2005. - 146 с.

Тұжырым

Өкпе туберкулезінің мультирезистентті және суперрезистентті талшықты – кавернозды түрлеріне шалдыққан науқастардың резекциялық материалына морфологиялық өзгерудің сараптамасы жасалынды. Екі жағдайда да туберкулез үрдісінің белсенді дамуы байқалды. Суперрезистентті фиброзды-кавернозды туберкулезге шалдыққан науқастардың ерекшелігі: қуыстағы кең казеозды – некротикалық қабат, казеозды массаның қанның ақ түйіршіктерімен инфильтрациясының айқындалуы, аз мөлшердегі эпителиоидты және үлкен Лангхансан жасушалы казеозды-некротикалық қабаттағы грануляциянды қабат қалыңдығының дұрыс болмауы, туберкулез үрдісімен кенірдектің зақымдануы.

Түйінді сөздер: өкпе туберкулезі, морфологиялық өзгерістер, аурушандық

Summary

It was conducted the analysis of morphological changes in resection material taken from patients with multidrug-resistant and extra-resistant pulmonary tuberculosis forms. Active and progressing course of TB process was marked in both cases. Differences in morphological changes in patients with extra-resistant fibro-cavernous form of pulmonary tuberculosis were as following: wide caseous necrotic layer in the cavity, expressed infiltration of caseous masses with leukocytes, non-adequacy of thickness of the granulation layer relatively to the caseous necrotic layer with small number of epithelioid and single Langhans' giant cells, bronchi injury with tuberculosis process.

Key words: tuberculosis light, morphological change, disease

УДК 616.351-007.253-07-089

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В РЕЖИМЕ 3-D ПРИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

М.М. Жанасова

Областная клиническая больница, г. Караганда

Диагностическая программа, включающая компьютерную томографию (КТ), виртуальную колоноскопию является высокоинформативной, позволившей четко определить характер свища, его протяженность, наличие дополнительных хо-