

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
ЛЕГКИХ**

Козьмина Ю.В.¹, Джаналиев Б.Р.², Джолдубаев С.Д.³,
Козьмин М.Г.⁴

¹Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, КР; ²Кыргызско-
Российский Славянский университет им.
Б.Н.Ельцина, г. Бишкек, КР; ³Ошский
государственный университет, г. Ош, КР;
⁴Международный университет Кыргызстана,
Международная высшая школа медицины, г.
Бишкек, КР.

Резюме. В ходе проведенного исследования на аутопсийном материале установлено, что за период с 1984 по 2008 гг. фиброзно-кавернозный туберкулез легких является основной причиной летальности от туберкулеза; фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще встречается у мужчин работоспособного возраста; преобладает прогрессирующий вариант фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с частым вовлечением в процесс лимфатических узлов.

Ключевые слова: туберкулез легких, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, морфология, аутопсийный материал.

**ФИБРОЗ-КАВЕРНАЛУУ ОПКОНУН КУРГАК
УЧУГУНУН МОРФОЛОГИЯЛЫК
МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

Козьмина Ю.В.¹, Джаналиев Б.Р.², Джолдубаев С.Д.³,
Козьмин М.Г.⁴

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы, Бишкек, КР;
²Кыргыз-Россия славян университети, Бишкек, КР;
³Ош мамлекеттик университети, Ош, КР; ⁴
Кыргызстандын эл аралык университети, Эл аралык
жогорку медициналык мектеби, Бишкек, КР.

Корутунду: 1984 жылдан 2008 жылга чейинки аутопсиялык материалды изилдөөнүн негизинде төмөнкүлөр тастыкталды: фиброз-каверналуу өпкөнүн кургак учугу кургак учуктан өлгөндөрдүн негизги себеби; бул дарт эркектердин ишке жарамдуу жашында көбүрөөк кездешүүдө; акыркы учурда бул дарттын прогрессивдүү варианты лимфалык түйүндөрдү тартуу менен кобурок кездешуудо.

Негизги создор: кургак учук, фиброз-каверналуу өпкөнүн кургак учугу, морфологиясы, аутопсиялык материал.

**MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF FIBRO-
KAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS**

Kozmina U.V.¹, Djanaliev B.R.², Djoldubaev S.D.³,
Kozmin M.G.⁴

¹I.K. Ahunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek,
KR; ²Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, KR;
³Osh State University, Osh, KR; ⁴International University
of Kyrgyzstan, International higher school of medicine,
Bishkek, KR.

Resume: In the course of the study on autopsy material established that during the period from 1984 to 2008 fibro-cavernous pulmonary tuberculosis is the leading cause of mortality from tuberculosis; fibro-cavernous pulmonary tuberculosis is more common among men of working age;

dominated by a progressive variant of fibrous-cavernous lung tuberculosis with frequent involvement of the lymph nodes.

Key words: tuberculosis of lungs, fibro-cavernous pulmonary tuberculosis, morphology, autopsy material.

Несмотря на тенденцию к стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу показатели заболеваемости (100,1 на 100 тыс. населения – 2014 г.) и смертности от туберкулеза (8,9 на 100 тыс. населения – 2014 г.) в Кыргызской Республике остаются высокими [1, 2].

Одной из особенностей современного туберкулеза является возрастание удельного веса тяжелых форм поражения легких с распространенными некротическими изменениями, распадом и формированием каверн [3]. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТЛ) занимает ведущее место в летальности от туберкулеза.

Цель исследования: охарактеризовать медико-социальный портрет умерших от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и изучить его морфологическую характеристику.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ аутопсийного материала Республиканского патолого-анатомического бюро Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 25 лет (с 1984г. по 2008г.). Временной период исследования был разделен на группы по 5 лет. Нами было проанализировано 989 протоколов вскрытия умерших от туберкулеза легких за период с 1984 по 2008 гг.

Методы исследования: 1) анализ данных медицинской документации, протоколов патолого-анатомического исследования; 2) гистологическое исследование; 3) статистическая обработка данных.

Результаты исследования. За период с 1984 по 2008 гг. было зарегистрировано 989 случаев смерти больных от туберкулеза легких и его осложнений, ФКТЛ отмечен в 687 случаях, что составило 69,5 % (табл.), что согласуется с данными других авторов [4, 5, 6].

Таблица

Частота и динамика туберкулеза легких и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на аутопсийном материале за период с 1984 по 2008 гг.

		1984	1989	1994	1999	2004 -	Всего
		–	–	–	–	2008	
Количество вскрытий		2835	4130	3587	3312	2288	16152
Умершие от туберкулеза легких	n	38	40	109	353	449	989
	%	1,34	0,968	3,039	10,66	19,62 P=99%	6,123
Фиброзно-кавернозный туберкулез	n	24	12	71	265	315	687
	%*	63,16	30,0	65,14	75,1	70,16	69,5

* % ФКТ от общего числа умерших от туберкулеза легких.

Среди умерших абсолютно преобладали мужчины (88,7%), соотношение мужчин и женщин составило 8:1. При распределении наблюдений по возрастным периодам оказалось, что наибольшее число больных умерли в возрасте 40-50 лет (средний возраст умерших составил 44,8 ± 1,6 лет), т.е. на момент смерти находились в трудоспособном возрасте.

На уровень смертности населения от туберкулеза оказывают влияние социальные факторы: отсутствие постоянного заработка, предыдущее нахождение в местах лишения свободы, злоупотребление алкоголем, позднее и несвоевременное выявление туберкулеза [7].

Из 687 случаев ФКТЛ 199 (28,9%) умерших относились к социальной категории, обозначаемой в обществе как лица «без определенного места жительства» - «БОМЖ». В местах лишения свободы ранее находились 193 (28,1%) больных. 158 (23,0%) больных злоупотребляли алкоголем (хронический алкоголизм фигурировал в качестве фонового заболевания).

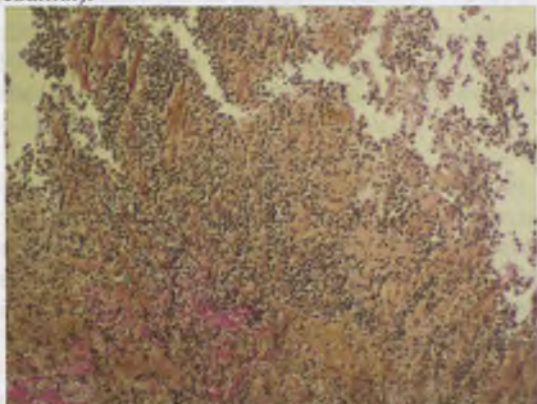


Рис. 1а. В стенке каверны казеозный некроз с лейкоцитами. Окраска по Ван-Гизон, ув. x100

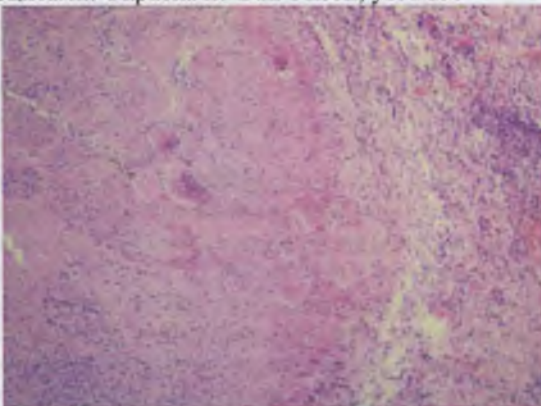


Рис. 1б. Перифокально зона казеозного некроза. Окраска гематоксилин-эозином, ув. x100

На основании данных морфологического исследования выделили два варианта ФКТЛ: прогрессирующий ФКТЛ и ФКТЛ в фазе стабилизации. Прогрессирующий ФКТЛ характеризовался формированием гигантских и/или крупных каверн в верхних долях, нередко с распространением в другие сегменты и доли, и множественными очагами бронхогенной десиминации в виде казеозно-пневмонических фокусов с распадом. Стенки каверн были образованы широким слоем некроза с нейтрофильными лейкоцитами, лежащим на узкой полоске лимфоплазмочитарного инфильтрата, и разной толщины разрыхленной фиброзной капсулой (рис. 1а). В некоторых случаях снаружи каверн располагалась широкая зона казеозного некроза, нередко включавшая обрывки коллагеновых волокон, оставшиеся от разрушенной фиброзной капсулы стенки каверн (рис. 1б). Очаги диссеминации в большинстве случаев были лишены отграничительной капсулы. В случаях

отграничения определялась рыхлая капсула из коллагеновых волокон, по внутреннему контуру которых располагались полосками или группами макрофаги, а снаружи - большое количество гигантских клеток.

В процесс чаще вовлекались бронхопальмональные и бифуркационные лимфоузлы. Они были увеличены в размерах, нередко спаяны между собой и/или с окружающими тканями. Отмечались различные по характеру и остроте гиперпластические процессы неспецифического порядка в сочетании со специфическими изменениями. На фоне гиперплазии имелись эпителиоидно-клеточные бугорки с гигантскими клетками Лангханса. Данный вариант ФКТЛ в последнее десятилетие встречался чаще, чем в первое десятилетие. Эти данные многие авторы связывает с появлением и широким распространением лекарственно-устойчивых форм туберкулеза [8].

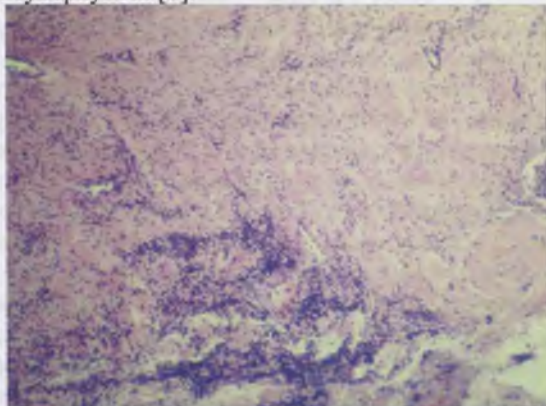


Рис. 2а. Фиброзный слой стенки каверны. Окраска гематоксилин-эозином, ув. x100

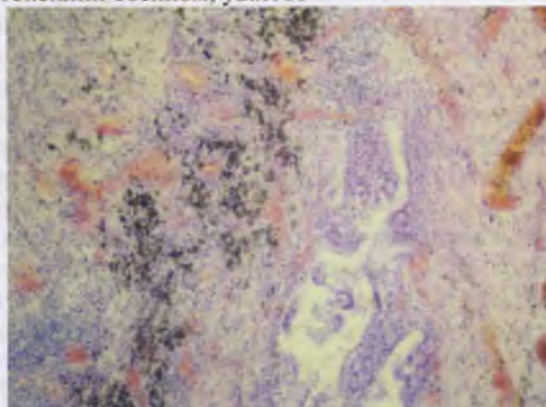


Рис. 2б. Перифокально зона казеозного некроза. Окраска гематоксилин-эозином, ув. x100

ФКТЛ в фазе стабилизации характеризовался преобладанием фибропластических реакций в стенках каверн и вокруг очагов диссеминации. Стенки каверн имели трехслойное строение: узкий некротический слой с гистиоцитами и нейтрофильными лейкоцитами, далее - широкий слой грануляционной ткани из лимфоцитов с группами эпителиоидных клеток и макрофагов, граничащий с широкой фиброзной капсулой (рис. 2а). Вокруг располагались поля перестроенной респираторной ткани с аденоматозными структурами и широкими полями лимфоцитарного инфильтрата (рис. 2б). Очаги диссеминации находились преимущественно в фазе отграничения в виде компактно или рыхло расположенных коллагеновых волокон вокруг, по внутреннему контуру которых определялись макрофаги,

иногда одиночные эпителиоидные клетки, а снаружи в большом количестве располагались гигантские клетки. В бронхопульмональных и бифуркационных лимфоузлах в большинстве случаев определялись кальцинаты, редко – аналогичные изменения как при прогрессирующем варианте ФТГЛ

Выводы:

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких является основной причиной летальности от туберкулеза.
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще встречается у мужчин работоспособного возраста.
3. В настоящее время преобладает прогрессирующий вариант фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с частым вовлечением в процесс лимфатических узлов.

Литература.

1. Демографический ежегодник КР 2010-2014 гг.- Нацстатком КР.- Годовая публикация 2015.-320с. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.stat.kg>
2. О деятельности организаций здравоохранения в 2010 году и задачах на 2011 год // Справка МЗ КР.
3. Ариэль Б.М., Елькин А.В., Басек Т.С. и др. Морфологические особенности фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на операционном материале // Архив патологии.-2004.-№1.-С.14-18.
4. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И. Причины смерти от туберкулеза в муниципальных образованиях Свердловской области // Проблемы туберкулеза и болезней легких.-2005.-№6.-С.29-32.
5. Жамборов Х.Х. Анализ смертности больных туберкулезом легких // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.nedug.ru
6. Харин М., Шакирова А.З. Анализ проявлений туберкулеза по материалам аутопсий // Актуальные вопросы судебной медицины и права.-Казань.-выпуск 1, [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://journal.forens-lit.ru/node/384>
7. Исакова Ф.А. Совершенствование эпидемиологического надзора хронического туберкулеза в современных условиях: Автореф...д.м.н.-Бишкек.-2011.-46с.
8. Казак Т.И. Морфологические различия очагов туберкулезного воспаления, отражающие иммунную реактивность организма // Проблемы туберкулеза и болезней легких.-2003.-№3.-С.36-40.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ (нейроциркуляторной дистонии) У СТУДЕНТОВ КГМА им. И.Ахунбаева и КГТУ им. И.Раззакова.

Кошукеева А.К.

Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская республика.

АННОТАЦИЯ

В связи с распространенностью в стране симптомов нейроциркуляторной дистонии у молодых людей и отсутствие бдительности по отношению к вегетососудистой дистонии со стороны врачей, проблема обследования студентов имеет большую актуальность.

В настоящей работе с помощью анкетирования 210 студентов проанализированы различные причины развития вегетососудистой дистонии у студентов разных ВУЗов, определены наиболее эффективные методы устранения симптомов ВСД студентами. Сделаны выводы о том, что студенты КГМА чаще страдают симптомами нейроциркуляторной дистонии, чем студенты технического университета, что объясняется умственной и эмоциональной нагрузкой, осведомленность студентов-медиков намного выше и составляет 67%, а среди студентов КГТУ о нейроциркуляторной дистонии знают лишь 29%, также при наличии симптомов ВСД, большая часть студентов обоих ВУЗов ничего не предпринимают для устранения этих симптомов.

Актуальность: недостаточность информации о течении вегетососудистой дистонии и отсутствие настороженности по отношению к ВСД со стороны врачей.

Цель: Получить данные об осведомленности студентов о вегетососудистой дистонии и выявить симптомы у студентов, характерные только для ВСД, исключив при этом наличие других заболеваний с одинаковыми симптомами, а также сравнить результаты опросника студентов КГМА и студентов КГТУ.

Материалы и методы исследования:

- тип исследования: одномоментное поперечное исследование.

-Участники: 105 студентов 2 курса кгма и 105 студентов 2 курса КГТУ.

-Добровольное информированное анонимное анкетирование.

Выводы: Среди студентов КГМА лишь 23 % не знают о правильном определении ВСД, а студенты КГТУ не имеют представления об этом заболевании около 49%, и разница в двух вузах в этом показателе составляет 2,1 раза.

При сравнении симптомов у студентов двух вузов по наличию головных болей и головокружению, то студентов на КГМА на 5 % больше беспокоят данные симптомы, но по состоянию слабости, сонливости от данного симптома страдают на 7% больше студенты КГТУ.