

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ И ОЦЕНКИ ИХ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Чурилин Р.Ю., Пальчик С.М.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Актуальность. Своевременная диагностика гнойно-деструктивных заболеваний легких, особенно хронических абсцессов, является одной из наиболее актуальных проблем современных пульмонологии и торакальной хирургии в связи с трудностями установления правильного диагноза и их лечения. К хроническим абсцессам легких относят острые абсцессы, при которых патологический процесс не завершается в течение 3 месяцев, что при современном лечении встречается, по данным авторов от 5% до 30%. Врачами лучевой диагностики оценка степени тяжести хронических абсцессов легких проводится визуально и полностью субъективна. Мы предложили способ лучевой диагностики хронических абсцессов легких по степеням тяжести по трем параметрам: по диаметру абсцесса, выраженности перифокального пневмофиброза и по размещению срединной тени.

Целью работы было определение и уточнение характера рентгенологических проявлений хронических абсцессов легких и оценка их степени тяжести.

Методы исследования. Изучены данные рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК) 248 больных гнойно-деструктивными заболеваниями легких 18-78 лет. Преобладали мужчины - 196 (79%), женщин было 52 (21%). Использовались рентгенография, скопия, 54 больным выполнена компьютерная томография (КТ) ОГК. Диагноз подтверждался клинко-лабораторными данными и динамическим наблюдением.

На основе патента №108766 от 25.07.2016 рекомендуем распределение степеней тяжести хронического абсцесса легких по данным рентгенологического и компьютерно-томографического исследований ОГК на основании чётких математических измерений и расчётов:

1 степень – полость абсцесса имеет диаметр до 4 см, толщина перифокального пневмофиброза 3-5 мм, срединная тень рас-

положена обычно;

2 степень (средней тяжести) - полость абсцесса имеет диаметр от 4 до 6 см, толщина перифокального пневмофиброза 6-10 мм, срединная тень смещается до 25% от поперечника половины грудной клетки;

3 степень (тяжелое течение) - полость абсцесса имеет диаметр больше 6 см, толщина перифокального пневмофиброза больше 10 мм, срединная тень смещается больше 25% от поперечника половины грудной клетки.

Результаты исследования. При анализе данных, полученных в результате рентгенологических, КТ и клинико-лабораторных исследований установлен хронический абсцесс легких у 14 больных (5,7%). Самыми частыми причинами перехода острых абсцессов в хронические являлись: диаметр полости в легком более 6 см – у 12 больных из 14 (85,7%); наличие секвестров в полости абсцесса – у 3 больных (21,4%); плохие условия для дренирования абсцесса из-за узкого дренирующего бронха – в средней доле у 1 больного и т.д. Следует отметить, что хронические абсцессы развивались на фоне сопутствующих заболеваний легких (эмфизема легких у 8 больных (57,1%), пневмофиброз у 10 (71,4%) и др.), а также внелегочных (сердечно-сосудистая недостаточность у 2 больных (14,3%), хроническая почечная недостаточность у 1 больного (7,1%), сахарный диабет у 5 больных (35,7%) и др.

На рентгенограммах отмечалось наличие толстостенной внутрилегочной полости размерами от 3 см до 8 см неправильной овальной формы с неровными контурами, воздушной или с небольшим уровнем жидкости (чаще при обострении), окруженной зоной пневмофиброза шириной от 3-5 мм до 2-3 см, срединная тень иногда смещалась в сторону абсцесса до $\frac{1}{4}$ поперечника половины грудной клетки и больше. Видимые бронхи, проникающие в патологически измененные участки легкого, деформированы, просветы их неравномерно сужены или расширены, лучшие изменения в бронхах были видны при КТ. В период обострения часто появлялась воспалительная инфильтрация вокруг абсцесса и количество жидкости в полости увеличивалось иногда до $\frac{1}{3}$ вертикального размера.

По предложенной нами методике среди 14 больных с хроническими абсцессами I степень тяжести была установлена у 6

больных (42,9%); II степень тяжести была установлена у 6 больных (42,9%); III степень тяжести (тяжелого течения) была установлена у 2 больных (14,2%).

Выводы. Лучевые методы исследования остаются ведущими в диагностике гнойно-деструктивных заболеваний легких и их осложнений, особенно хронических абсцессов. Почти у 6% больных течение острого абсцесса легких осложнилось переходом в хронический. Знание признаков хронических абсцессов и их степеней тяжести позволит корректировать лечебные мероприятия и улучшит качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петухов И.В., Русецкая М.О., Шаврова С.В. Роль классических рентгенологических методов исследования и компьютерной томографии в диагностике гнойных заболеваний лёгких и плевры // Проблемы здоровья и экологии. 2010. - № 1. – С. 59-64.
2. Тюрин И.Е. Лучевая диагностика инфекционных деструкций в легких// Практическая пульмонология. 2009. - № 2. – С. 8-14.
3. Mansharamani, Naresh G.; Koziel, Henry. Chronic lung sepsis: lung abscess, bronchiectasis, and empyema// Infectious diseases. 2003. – V. 3. - № 3. – P. 181-185.
4. Schiza S., Siafakas N.M. Clinical presentation and management of empyema, lung abscess and pleural effusion // Curr. Opin. Pulm. Med. 2006. - V. 12. — № 3. - P. 205-211.

РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

*Чурилов А.В., Желоманова С.А., Данькина И.А.,
Клецова М.И., Желоманова Е.С.*

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М Горького*

Несмотря на существующий прогресс, достигнутый за последние десятилетия в акушерстве, преэклампсия до сих пор остается одной из самых сложных. В последние годы большой интерес вызывают сообщения о неблагоприятных последствиях беременности, причинно связанные с повышенной продукцией антифосфолипидных антител (АФЛА) [1, 2,3].

Цель исследования - изучение диагностического значения АФЛА при беременности осложненной преэклампсией.