

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Диссертационный совет Д 14.21.632

На правах рукописи
УДК 616.24–002.5

КОЗЬМИНА ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

14.03.02 – патологическая анатомия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2022

Работа выполнена на кафедре патологической анатомии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Научный руководитель: **Джаналиев Болотбек Рахманович**
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры патологической анатомии
Кыргызской государственной медицинской
академии им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Нишанов Данияр Анарбаевич**
доктор медицинских наук, научный руководитель
отделения патоморфологии Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии
Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан

Кенешбаев Бекболот Капаевич
кандидат медицинских наук, доцент кафедры
анатомии, гистологии и нормальной физиологии
международного медицинского факультета
Ошского государственного университета

Ведущая (оппонирующая организация): Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», 010000, Республика Казахстан, г. Нур-Султан, ул. Бейбитшилик, 49 а.

Защита диссертации состоится 26 октября 2022 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.21.632 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Ошском государственном университете по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал. Идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации в zoom-webinar <https://vc.vak.kg/b/142-ghu-klz-d4b>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Ошского государственного университета (723500, г. Ош, ул. Ленина, 331) и на сайте <https://vak.kg>.

Автореферат разослан 26 сентября 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук



А. Э. Турганбаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных проблем здравоохранения [Б. Р. Кабиров и др., 2015; В. А. Цинзерлинг и др., 2015; Н. Н. Kyu et al., 2018; N. G. Schwartz et al., 2020]. Ежегодно в мире заболевает более 10 млн. человек (из них 90% составляют взрослые) и до 2 млн. человек умирает. По данным Всемирной организации здравоохранения, страна, где на 100 тысяч населения приходится свыше 50 больных туберкулезом, считается эпидемиологически неблагополучной [Global Tuberculosis Report, 2021]. В настоящее время Кыргызстан по уровню основных эпидемических показателей входит в первую тройку среди Среднеазиатских республик, государств постсоветского пространства [А. С. Кадыров, 2017]. За 2020 год заболеваемость туберкулезом в нашей стране составила 53,5 на 100 тысяч населения, смертность от туберкулеза – 4,2 на 100 тыс. населения [Демогр. ежегодник КР, 2021]. Ухудшению ситуации способствуют позднее обращение больных и несвоевременно начатое лечение, следствием которых могут явиться хронизация процесса, развитие множественной лекарственной устойчивости, инвалидизация больного [А. Э. Эргешов и др., 2017; А. Б. Рыскулбекова и др., 2015].

В 60-80 гг. прошлого столетия отмечался положительный сдвиг в картине туберкулеза: резко снизилась распространенность заболевания, исчезли такие тяжелые формы как милиарный туберкулез и казеозная пневмония; диссеминированный туберкулез стал редким, снизившись с 8–15% (1950-1960 гг.) до 4% (1980-1990 гг.) в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания [В. В. Ерохин и др., 1998; С. Е. Незлин и др., 1972; В. И. Пузик и др., 1973; И. Н. Хайдарлы, 2003].

Особенности «эпидемиологического всплеска» туберкулеза с середины 90-х годов определяются блоком взаимосвязанных и поликомпонентных «формирующих» факторов – социально-экономических, лечебно-профилактических, экологических и эволюционно-приспособительных [К. Г. Башарин, 2003; В. П. Нефедов и др., 2009].

В современных условиях туберкулез протекает более «агрессивно», растет количество остро прогрессирующих форм, увеличивается смертность во всех группах населения, но в большей степени среди лиц мужского пола, трудоспособного возраста, среди безработных и асоциальных категорий граждан [S. M. Lyon et al., 2017]. Морфологические аспекты патоморфоза туберкулеза в современных условиях изучены недостаточно [Л. М. Гринберг и др., 2013; Д. Л. Кондрашов, 2006; В. А. Цинзерлинг и др., 2015, 2016, 2017].

Актуальным становится вопрос изучения особенностей морфологии туберкулеза легких в современных условиях нашей страны.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования. На основании комплексного анализа туберкулеза легких на аутопсийном материале выявить его морфологические особенности для совершенствования патоморфологической диагностики.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и динамику туберкулеза легких (с изучением медико-социального статуса умерших) на аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро.
2. Изучить морфологические изменения поражения легких при гематогенном туберкулезе.
3. Выявить особенности морфологии вторичного туберкулеза.

Научная новизна полученных результатов:

1. Показана частота, динамика и структура смертности от туберкулеза легких на аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро.
2. Выявлены особенности медико-социального статуса больных, умерших от туберкулеза легких.
3. Получены новые сведения о морфологических особенностях поражения легких при гематогенном и вторичном туберкулезе.

Практическая значимость полученных результатов. Полученные данные об особенностях морфологии туберкулеза в современных условиях будут способствовать улучшению патоморфологической диагностики туберкулеза легких. Полученные результаты внедрены в учебный процесс на кафедрах патологической анатомии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (акт внедрения от 5 января 2022 г.) и патоморфологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (акт внедрения от 10 марта 2022 г.), а также в практику Республиканского патологоанатомического бюро Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (акт внедрения от 25 апреля 2022 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Туберкулез легких увеличивается среди причин смерти взрослых. Снижается влияние сопутствующей патологии на течение туберкулезного процесса. Рост доли лиц без определенного места жительства в два раза и доли лиц, ранее отбывавших наказание в учреждениях исправительной системы, в пять раз.

2. На аутопсии выявляется прогрессирующее течение туберкулеза легких, характеризующееся тотальным поражением легких, преобладанием альтеративно-некротической тканевой реакцией.

3. При казеозной пневмонии и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких развивается гематогенная диссеминация в паренхиматозные органы в виде единичных эпителиоидно-клеточных гранул, выявляемых только при микроскопическом исследовании.

Личный вклад соискателя. Автором лично осуществлен набор первичной документации (включая 277 самостоятельных патологоанатомических исследования), сформирована электронная база данных, проведена статистическая обработка и анализ результатов исследования, подготовлены материалы для публикации результатов, сформулированы основные положения, выводы и подготовлена диссертационная работа.

Апробация результатов исследования. Материалы исследования доложены и обсуждены на: 5-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Бишкек, 2011); Республиканской научной конференции медицинского факультета КРСУ «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана» (Бишкек, 2011); Научно-практической конференции «Здоровье жителей горных районов в условиях изменения климата» (Бишкек, 2012); Международной научно-практической конференции «Эпидемиология, патогенез и саногенез заболеваний в измененных климатогеографических условиях» (Бишкек, 2014); Днях науки КГМА 2016 года (Бишкек, 2016); XIII Евразийском симпозиуме «Проблемы саногенного и патогенного эффектов эндо- и экзозоологического воздействия на внутреннюю среду организма» (Чолпон-Ата, 2016); Днях науки КГМА 2017 года (Бишкек, 2017); Международной научно-практической конференции «Современное состояние и перспективы развития судебной медицины и морфологии в условиях становления Евразийского экономического союза – 2017» (Чолпон-Ата, 2017); Международной научно-практической конференции «Современное состояние и перспективы развития судебной медицины и морфологии в условиях становления Евразийского экономического союза – 2020» (Бишкек, 2020).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По результатам диссертации опубликовано 8 научных статей в журналах, из них 6 – в научных изданиях, вошедших в Перечень рецензируемых научных периодических изданий, 2 – в научных изданиях РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 122 страницах. Состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация иллюстрирована

14 таблицами, 58 рисунками. Список литературы представлен 164 источниками, из них 104 авторов стран СНГ и 60 авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Введение. Представлены краткие сведения об актуальности выбранной темы диссертации, указана связь темы диссертации с научными программами (работа является инициативной), сформулированы цель и задачи исследования, научная новизна работы, практическая значимость полученных результатов, основные положения диссертации, выносимые на защиту, указаны личный вклад соискателя, апробация результатов исследования, полнота отражения результатов диссертации в публикациях, структура и объем диссертации.

В главе 1 Обзор литературы даются современные представления о состоянии эпидемиологической ситуации по туберкулезу на современном этапе, характеристика патоморфоза туберкулезной инфекции, акцентируется внимание на значение медико-социального статуса больных туберкулезом и морфологии туберкулезного воспаления на современном этапе.

Глава 2 Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Республиканского патологоанатомического бюро Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (РПАБ МЗ КР) было выполнено в несколько этапов (таблица 2.1).

На первом этапе исследования проведен анализ протоколов патологоанатомического исследования РПАБ МЗ КР за 25 лет – с 1984 по 2008 гг. (всего 16152 протокола). В последние 11 лет, с 2009 г. по 2019 г., всего произведено 1854 патологоанатомических вскрытия в виду постоянно возрастающего количества отказов родственников от посмертного исследования, регламентированных статьей № 43 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года № 6. За период с 2004 по 2008 гг. проведено углубленное исследование трупов лиц, умерших с диагнозом туберкулез легких.

На втором этапе исследования в исследование включено 989 случаев патологоанатомического исследования лиц (взрослые), умерших от туберкулеза легких за период времени с 1984 по 2008 гг., где в посмертном диагнозе туберкулез легких выступал в качестве основного заболевания либо в монокаузальном, либо в составе поликаузального диагноза. Морфологические формы туберкулеза легких устанавливали по анатомо-клинической схеме форм туберкулеза, предложенной А. И. Струковым (1964). Все случаи разделены на три группы. В группу первичного туберкулеза легких (ПТЛ) вошло 7 случаев, в группу гематогенного туберкулеза легких (ГТЛ) вошло 98 случаев и в группу вторичного туберкулеза (ВТ) вошло 884 случая.

Таблица 2.1 – Общая схема организации исследования

№ пп.	Этап исследования	Метод исследования	Объем исследования
1.	Определить частоту и динамику туберкулеза легких (с изучением медико-социального статуса умерших) на аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро.	Информационно-аналитический, патоморфологический, статистический.	Протоколы патологоанатомического исследования РПАБ МЗ КР за 25 лет – с 1984 по 2008 гг., всего 16152 протокола, включая проведение 277 патологоанатомических вскрытия умерших от туберкулеза легких; 2900 гистологических объекта.
2.	Изучить морфологические изменения поражения легких при гематогенном туберкулезе.	Патоморфологический, статистический, информационно-аналитический.	98 протоколов вскрытия умерших от гематогенного туберкулеза легких; из них 85 протоколов вскрытия умерших от острого милиарного туберкулеза легких.
3.	Выявить особенности морфологии вторичного туберкулеза.	Патоморфологический, статистический, информационно-аналитический.	884 протоколов вскрытия умерших от вторичного туберкулеза легких; из них 135 протоколов вскрытий умерших от казеозной пневмонии и 687 протоколов вскрытий умерших от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Изучение проводилось во временной динамике по следующим периодам: I-й период – 1984-1988 гг., II-й период – 1989-1993 гг., III-й период – 1994-1998 гг., IV-й период – 1999-2003 гг. и V-й период – 2004-2008 гг.

На третьем этапе исследования проанализированы указанные в протоколах вскрытия отдельные клинические данные, макроскопическое описание и гистологическое заключение, а также патологоанатомические диагнозы и эпикризы. Изучено 2900 гистологических объектов. В каждой морфологической форме туберкулеза легких кроме макроскопических и микроскопических изменений изучались пол, возраст, социальный портрет умерших, наличие сопутствующей патологии, сроки последней госпитализации и непосредственная причина смерти больных.

Объект исследования: умершие от туберкулеза легких (n=989).

Предмет исследования: медико-социальные, патоморфологические факторы, оказывающие влияние на летальный исход туберкулеза легких.

Методы исследования: информационно-аналитический, патоморфологический, статистический.

Информационно-аналитический метод исследования. Для выявления частоты и динамики туберкулеза легких по данным аутопсийного материала проанализированы протоколы вскрытий Республиканского патологоанатомического бюро за 25 лет. Проанализированы современные библиографические научные источники, что дало возможность определить особенности легочного туберкулеза в Кыргызской Республике.

Патоморфологический метод исследования. Вскрытие полостей и извлечение органов проводились методом полной эвисцерации, разработанной профессором Г. В. Шором в 1925 году [Д. И. Головин, 2021]. Исследование органов дыхания производили с учетом локализации и объема поражения. Кусочки из органов дыхания для гистологического исследования забирали из патологически измененных и перифокальных зон, из других органов при отсутствии видимых изменений – произвольно. Гистологические препараты изготавливали по общепринятой методике [П. Г. Мальков и др., 2011]. Окраску срезов проводили гематоксилином и эозином, для выявления коллагеновых волокон – пикрофуксином по Ван-Гизону, для выявления эластических волокон – орсеином по методу Унны-Тенцера, для выявления кислотоустойчивых микобактерий срезы окрашивали по методу Ziehl-Neelsen.

Статистический метод исследования. Производилось вычисление показателей относительной величины (интенсивный, экстенсивный, правдоподобия, координации), средней величины, динамического ряда (абсолютный прирост, темп прироста). Достоверность различий относительных и средних величин определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t), ошибки репрезентативности ($\pm m$), вычисление «р» – критерия

достоверности безошибочного прогноза $p<0,05$, $p<0,01$ и $p<0,001$. Для определения репрезентативности объема выборки протоколов патологоанатомического исследования применялся метод основного массива. Объем числа наблюдений определялся по общепринятой методике с неизвестным числом генеральной совокупности, который составил 400 единиц. В исследование было включено 989 протоколов патологоанатомического исследования, что превышает необходимый объем выборки.

В главе 3 представлены результаты собственных исследований и их обсуждение, дана общая характеристика туберкулеза легких по данным аутопсийного материала.

3.1 Частота, динамика и структура случаев смерти от туберкулеза легких. Среди вскрытий умерших взрослых отмечался неуклонный рост доли случаев смерти от туберкулеза легких с $1,3\pm 0,2$ до $19,6\pm 0,8$ (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Частота вскрытий умерших от туберкулеза легких на аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро (на 100 вскрытий)

№ пп.	Вскрытие	Период					Всего
		I (2835)	II (4130)	III (3587)	IV (3312)	V (2288)	
1.	Туберкулез легких (абсолютное число, n)	38	40	109	353	449	989
	$P\pm m$	$1,3\pm 0,2$	$0,9\pm 0,1$	$3,0\pm 0,3$	$10,7\pm 0,5$	$19,6\pm 0,8^*$	$6,1\pm 0,2$

Примечание: $P\pm m$ – частота вскрытий и ошибка репрезентативности, * $p<0,001$

Среди форм туберкулеза легких в последние десять лет исследования перестал встречаться первичный туберкулез легких. Из группы гематогенного туберкулеза легких преобладал острый милиарный туберкулез ($n=85$), составив 10,5% в V-м периоде исследования. Из группы вторичного туберкулеза легких на высоком уровне оставался фиброзно-кавернозный туберкулез легких ($n=687$), составив 70,2% в V-м периоде исследования. Возросла доля казеозной пневмонии с $2,6\pm 2,6$ в I-м периоде исследования до $17,6\pm 1,8$ в V-м ($p<0,001$). Снизилась доля случаев острого кавернозного туберкулеза легких и хронических форм вторичного туберкулеза с $10,5\pm 4,9$ и $13,2\pm 5,5$ в I-м периоде исследования до $0,7\pm 0,4$ и $0,9\pm 0,4$ в V-м ($p<0,05$), соответственно.

Впервые выявленный на аутопсии туберкулез легких всего отмечался в $4,3\pm 0,6$ случаях ($n=43$).

3.2 рассмотрен медико-социальный статус умерших.

3.2.1 Характеристика возрастно-полового состава. Преобладали мужчины – $85,9 \pm 1,1$, женщин было – $14,1 \pm 1,1$. Соотношение мужчин и женщин составило 6:1. Средний возраст мужчин $45,0 \pm 0,5$ лет, средний возраст женщин $42,0 \pm 1,2$ года. Женщины были моложе мужчин ($p < 0,05$). Мужчины достоверно помолодели ($p < 0,001$) с $52,0 \pm 2,6$ лет в I-м периоде исследования до $44,0 \pm 0,5$ лет в V-м. Пик смертности женщин пришелся на возрастную группу 25-44 лет (55,4%), мужчин – 35-54 лет (57,9%), в общей группе – 35-54 лет (56,7%).

В группе ПТЛ женщин было 57,1%, мужчин – 42,9%. Средний возраст умерших в группе $23,0 \pm 0,4$ года, мужчин – $23,0 \pm 6,3$ года, женщин – $23,0 \pm 0,6$ года. Умершие от ПТЛ были статистически значимо моложе по сравнению с группами вторичного и гематогенного туберкулеза легких.

В группе ГТЛ мужчин было 77,5%, женщин – 22,5%, со снижением доли последних со 100,0% в I-м периоде исследования до $19,2 \pm 5,7$ в V-м, $p < 0,001$. Соотношение мужчин и женщин 4:1. Средний возраст мужчин составил $45,0 \pm 1,6$ лет, женщин – $42,0 \pm 3,4$ года. Пик смертности среди женщин 25-44 года ($54,5 \pm 10,8$), мужчин – 35-54 лет ($57,9 \pm 5,6$).

В группе ВТ преобладали мужчины – 87,2%, женщин было 12,8%. Соотношение мужчин и женщин 7:1. Средний возраст мужчин $45,0 \pm 0,5$ лет, женщин – $42,0 \pm 1,3$ года. Мужчины были старше женщин ($p < 0,05$). Пик смертности мужчин пришелся на возрастную группу 35-54 года (58,1%), женщин – на 25-44 года (57,5%), в общей группе – на 35-44 года (29,8%). Мужчины помолодели к последнему году исследования с $54,0 \pm 2,3$ лет в I-м периоде исследования, до $44,0 \pm 0,7$ лет в V-м ($p < 0,001$) за счет увеличения доли возрастной группы 35-44 года и уменьшения доли возрастной группы 55-84 года ($p < 0,01$).

3.2.2 Характеристика социальных данных. Менее половины при жизни состояли на учете в противотуберкулезном диспансере – $47,2 \pm 1,5$; $26,1 \pm 1,4$ – «без определенного места жительства»; злоупотребляли алкоголем и/или страдали наркоманией $28,9 \pm 1,4$, в местах лишения свободы ранее находились $22,4 \pm 1,3$ (таблица 3.2.2.1).

3.2.3 Характеристика анамнестических данных. Как в общей группе, так и отдельно в каждой группе (ГТЛ, ВТ) отмечалось снижение доли сопутствующих заболеваний ($p < 0,001$) за счет двух сопутствующих патологий с 23,7% в I-м периоде исследования до 5,8% в V-м ($p < 0,01$) (рисунок 3.2.3.1).

В группе ПТЛ сопутствующие заболевания имели трое умерших (42,9%), в группе ГТЛ – 46,9% ($n=46$), в группе ВТ – 38,8% ($n=343$).

К последнему периоду исследования среди сопутствующей патологии отмечался рост болезней печени (до $12,0 \pm 1,5$) и снижение долей заболеваний сердечнососудистой системы (до $8,7 \pm 1,3$) и органов дыхания (до $7,4 \pm 1,2$).

Таблица 3.2.2.1 – Структура социальных данных вскрытых умерших от туберкулеза легких

№ пп.	Случай	Период					Всего
		I	II	III	IV	V	
1.	Всего вскрытий (абсолютное число, n)	38	40	109	353	449	989
2.	Учет в диспансере (абсолютное число, n)	14	13	51	169	220	467
	Удельный вес, %	36,8	32,5	46,8	47,9	49,0	47,2
3.	Лица без определенного места жительства (абсолютное число, n)	0	0	18	76	164**	258
	Удельный вес, %	-	-	16,5	21,5	36,5	26,1
4.	Хронический алкоголизм, наркомания* (абсолютное число, n)	8	4	56	110	108	286
	Удельный вес, %	21,0	10,0	51,4	31,2	24,1	28,9
5.	Ранее бывшие в заключении (абсолютное число, n)	2	1	9	89	121	222
	Удельный вес, %	5,3	2,5	8,3	25,2	26,9**	22,4

Примечание: *хронический алкоголизм и наркомания фигурировали в качестве фонового заболевания; ** $p < 0,001$

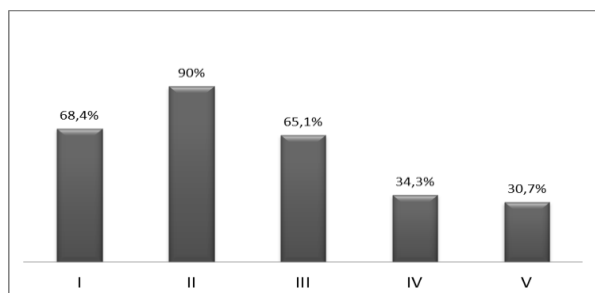


Рисунок 3.2.3.1 – Удельный вес сопутствующих заболеваний при туберкулезе легких, %.

Глава 4 Морфологическая характеристика поражения легких при гематогенном туберкулезе. Основной причиной смерти на протяжении всех периодов исследования явилось прогрессирование специфического процесса ($99,0 \pm 1,0$). Среди сочетанных легочных осложнений с III-го периода исследования стали отмечаться туберкулезные плевриты ($25,5 \pm 6,3$ в V-м периоде исследования). К последнему периоду исследования значительно снизилась частота отека легких ($6,4 \pm 3,6$). Часто выявлялись пневмофиброз и спаечный процесс плевральных полостей ($50 \pm 50,0$ – $78,7 \pm 5,9$ и $50 \pm 50,0$ – $80,6 \pm 5,7$ соответственно). Преобладало тотальное поражение легких (5 долей – $93,9 \pm 2,4$), составив $96,6 \pm 1,9$ в последнем периоде исследования. Отмечалось значительное снижение частоты образования крупных очагов (более 1,0 см) казеозного некроза в паренхиме легких к последнему периоду исследования ($23,4 \pm 6,2$). Уровень деструкции легочной ткани к V-му периоду исследования

составил $14,9 \pm 5,2$. Гематогенная внелегочная диссеминация стала реже встречаться к последнему периоду исследования ($40,4 \pm 7,1$). Преобладало поражение центральной нервной системы ($29,6 \pm 4,6$), которое стало фиксироваться только со II-го периода исследования. Поражение паренхиматозных органов было отмечено в небольшом количестве, но 67-80% этих случаев пришлось на последние десять лет исследования. Из всех случаев (42) лимфогенной диссеминации 74% пришлось на последние десять лет исследования. Интраканикулярное поражение за весь период исследования отмечалось у каждого десятого. Из них туберкулез кишечника развивался в последние 15 лет, туберкулез гортани и 75% всех случаев туберкулезного бронхита – в последние пять лет.

4.1 Характеристика морфологии поражения легких при остром милиарном туберкулезе легких. Макроскопически в легких постоянно (100,0%) обнаруживались диффузно расположенные мелкие туберкулезные бугорки, микроскопически представленные некротическими туберкулезными гранулемами (рисунок 4.1.2). Начиная со II-го периода исследования, стали фиксироваться фокусы казеозного некроза более 1,0 см в диаметре, с долей в V-м периоде исследования 23,4%. Гистологически в центре очага отмечался обширный казеозный некроз, окруженный слабо или умеренно выраженной воспалительной клеточной инфильтрацией, эпителиоидными клетками, лимфоцитами, единичными плазмócитами и сегментоядерными нейтрофилами с непостоянными гигантскими клетками Пирогова-Лангханса (рисунок 4.1.4).

Деструкция легочной ткани с образованием острой каверны отмечалась в $12,9 \pm 3,6$, из них $14,9 \pm 5,2$ – в последние пять лет исследования. Макроскопически полости распада имели разный размер и форму, с мягкими стенками, иногда заполненные творожистыми массами (рисунок 4.1.6). Микроскопически стенками каверны служил тканевой детрит с включениями остатков межалвеолярных перегородок и стенок сосудов (рисунок 4.1.7).

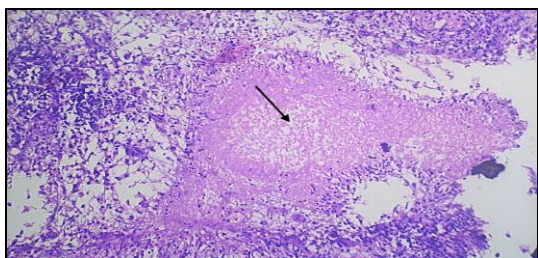


Рисунок 4.1.2 – Некротическая туберкулезная гранулема (казеозный некроз - стрелка).
Окраска гематоксилином и эозином, x100

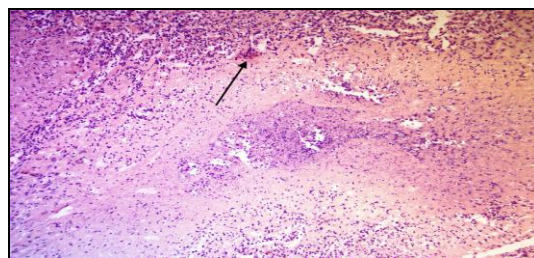


Рисунок 4.1.4 – Клеточный инфильтрат, клетки Пирогова-Лангханса непостоянны (стрелка). Окраска гематоксилином и эозином, x100



Рисунок 5.1.6 – макро, легкое: Полости распада при остром милиарном туберкулезе легких, заполненные творожистыми массами (стрелка)

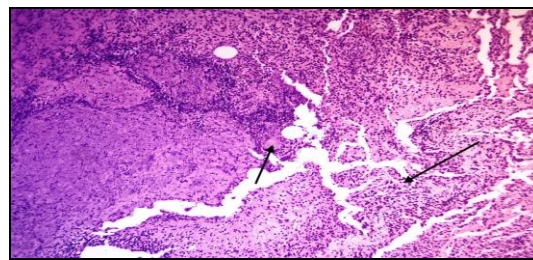


Рисунок 4.1.7 – Тканевой детрит, остатки межальвеолярных перегородок и стенок сосудов (стрелки) в стенках острых каверн при остром милиарном туберкулезе легких. Окраска гематоксилином и эозином, x100

Признаки ранее протекавшего туберкулезного процесса в легких (разрастание соединительной ткани, наличие петрификатов), а также присутствие фиброзных спаек в плевральных полостях выявлены в $70,6 \pm 4,9$ наблюдениях. Пневмофиброз – от мелкофокусного до размера сегмента легкого (рисунок 4.1.8), с уменьшением частоты (до $87,2 \pm 4,8$, $p < 0,01$). Кальцинированные очаги представлены в $8,2 \pm 2,9$ случаях ($n=7$), отмечалось уменьшение их частоты (до $6,4 \pm 3,5$, $p < 0,001$). Спаечный процесс выявлялся достаточно часто по всем периодам времени – от $50,0 \pm 50,0$ в I-м периоде исследования до $80,9 \pm 5,7$ в V-м.

Интраканаликулярная диссеминация процесса проявлялась поражением крупных бронхов и слизистой оболочки тонкого кишечника (по $4,7 \pm 2,3$ на каждую локализацию), и поражением слизистой оболочки гортани ($2,4 \pm 1,6$). Гистологически в слизистой оболочке бронха и гортани были обнаружены туберкулезные гранулемы с широкой зоной казеозного некроза, окруженные невыраженным валом клеточной инфильтрации. В слизистой оболочке кишечника в дне язвенных дефектов был распространенный казеозный некроз. Вокруг некроза выраженная лимфоцитарная инфильтрация с единичными эпителиоидными клетками; за пределами язвы встречались единичные эпителиоидно-клеточные туберкулезные гранулемы (рисунок 4.1.10).

Лимфогенный путь распространения инфекции был выявлен в $43,5 \pm 5,3$ наблюдениях. В интраторакальных лимфатических узлах туберкулезное поражение выявлялось при гистологическом исследовании как в центральной зоне, так и под капсулой в виде гранулем эпителиоидно-клеточного строения без казеозного некроза на фоне склеротических изменений. Туберкулезный плеврит ($20,0 \pm 4,3$) микроскопически проявлялся чаще некротическими гранулемами.

Гематогенное внелегочное распространение отмечалось со II-го периода исследования ($45,9 \pm 5,4$) с долей в V-м периоде $40,4\%$. На поражение ЦНС пришлось $31,8 \pm 5,0$ случаев с частотой в V-периоде $25,5 \pm 6,3$. Микроскопически в мозговой оболочке выявлялась обильная воспалительная инфильтрация, где

преобладали лимфоциты, но часто встречались и сегментоядерные нейтрофилы (рисунок 4.1.17). Туберкулезные гранулемы были единичными, моноцитарного типа (рисунок 4.1.18). Вовлечение селезенки (10,6%), печени (4,7%) и почек (3,5%) выявлялось только при микроскопическом исследовании: разрозненные немногочисленные туберкулезные эпителиоидно-клеточные гранулемы.

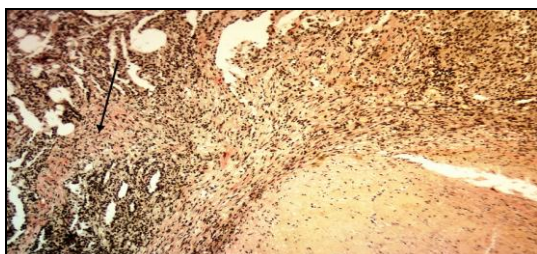


Рисунок 4.1.8 – Мелкофокусный склероз межалвеолярных перегородок (стрелка). Окраска по Ван-Гизон, x100

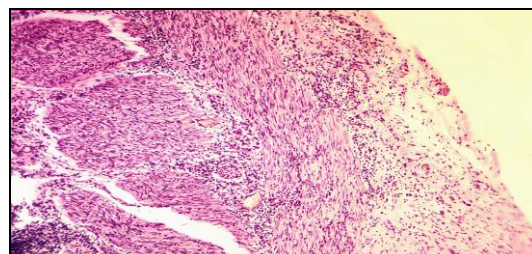


Рисунок 4.1.10 – Лимфоцитарная инфильтрация мышечного и серозного слоев стенки кишки за пределами туберкулезной язвы. Окраска гематоксилином и эозином, x100

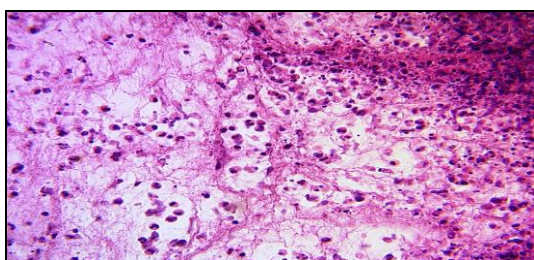


Рисунок 4.1.17 – Сегментоядерные нейтрофилы в составе клеточного инфильтрата в мягкой мозговой оболочке. Окраска гематоксилином и эозином, x400

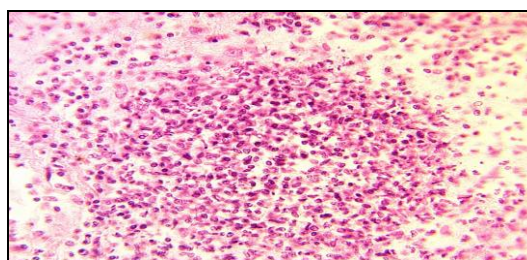


Рисунок 4.1.18 – Моноцитарная туберкулезная гранулема. Окраска гематоксилином и эозином, x400

Глава 5 Морфологическая характеристика поражения легких при вторичном туберкулезе. Во временной динамике основной причиной смерти при вторичном туберкулезе чаще являлось прогрессирующее течение туберкулезного воспаления ($97,0 \pm 0,8$, $p < 0,001$). Среди смертельных легочных осложнений снизились легочное кровотечение ($4,2 \pm 1,0$, $p < 0,001$) и отек легких ($3,0 \pm 0,8$). Среди сопутствующих легочных осложнений снизилась значимость эмфиземы легких ($4,5 \pm 1,0$, $p < 0,001$). Из сопутствующих внелегочных осложнений уменьшилась значимость развития хронического легочного сердца ($10,7 \pm 1,5$, $p < 0,001$). Увеличилось тотальное повреждение легких ($84,6 \pm 1,8$). Односторонний процесс чаще встречался при непрогрессирующих формах вторичного туберкулеза. Увеличились случаи внутрилегочной диссеминации ($79,4 \pm 2,0$) и, в последние 15 лет исследования, внелегочного поражения паренхиматозных органов (печени – $16,9 \pm 1,9$, селезенки – $13,9 \pm 1,7$, почек – $9,9 \pm 1,5$). Выросла частота спаечного процесса в плевральных полостях в случаях двустороннего поражения легких ($89,8 \pm 1,5$), при одновременном сокращении доли формирования петрификатов в

паренхиме легких. Прогрессирующее течение туберкулезного процесса сопровождалось ростом как мелких ($79,4 \pm 1,3$, $p < 0,001$), так и крупных очагов казеозного некроза ($86,6 \pm 1,7$, $p < 0,001$) в легких с перифокальной специфической тканевой реакцией ($81,7 \pm 1,9$, $p < 0,001$). Чаще встречалась деструкция легочной ткани ($76,4 \pm 2,1$, $p < 0,001$).

5.1 Характеристика морфологии поражения легких при казеозной пневмонии. Казеозная пневмония среди всех вскрытий в бюро увеличилась с $0,04 \pm 0,03$ в I-м периоде исследования до $3,5 \pm 0,4$ в V-м ($p < 0,001$). Во всех наблюдениях основной причиной смерти явилось прогрессирование туберкулезного процесса.

В легких макроскопически абсолютно во всех случаях наблюдались крупные очаги казеозного некроза. В центре отмечался распад паренхимы органа с формированием острой каверны ($54,4 \pm 5,6$). Внутрилегочная диссеминация в виде разрозненных мелких очажков казеозного некроза составила $40,0 \pm 24,5$ во II-м периоде исследования, в III-м – $38,5 \pm 14,0$, в IV-м – $37,8 \pm 7,9$, и в V-м – $63,3 \pm 5,4$.

Крупные очаги туберкулезного поражения при гистологическом исследовании были представлены полями казеозного некроза с включениями клеточных обломков. Здесь же просматривались контуры-тени остатков межалвеолярных перегородок, стенок сосудов (рисунок 5.1.5).

Полости распада располагались непосредственно в полях творожистого некроза, были представлены лизированным тканевым детритом. Стенками каверн являлись либо некротические массы, либо легочная ткань в состоянии некробиоза и некроза. Иногда внутренняя поверхность полости была инфильтрирована полиморфно-ядерными воспалительными клетками. В некротически измененных участках были выявлены внеклеточно расположенные *Mycobacterium tuberculosis* (рисунок 5.1.8).

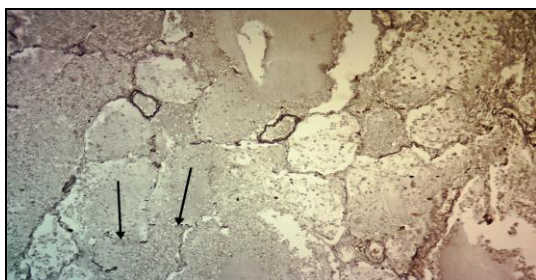


Рисунок 5.1.5 – Деструкция эластических волокон межалвеолярных перегородок в очаге казеозного некроза (стрелки). Окраска орсеином по Унны-Тенцера, x100

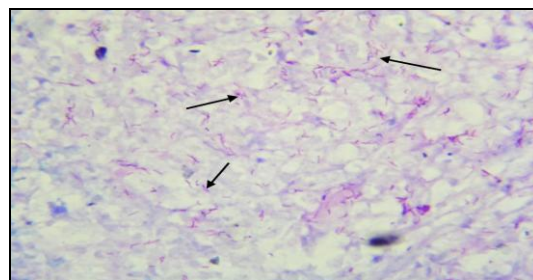


Рисунок 5.1.8 – Внеклеточно расположенные *Mycobacterium tuberculosis* в очагах казеозного некроза (стрелки). Окраска по методу Ziehl-Neelsen, x1000

Вокруг полей казеозного некроза встречались небольшие участки, где грануляционная ткань была хорошо сформирована и отграничивалась слабо выраженным валом из эпителиоидных клеток. Клеточный инфильтрат был

представлен скоплениями полиморфно-ядерных воспалительных клеток с образованием моноцитарных гранулем и гранулем некротического типа. Чаще же грануляционная ткань, отграничивающая зону некроза, была представлена единичными полосовидными скоплениями воспалительных клеток с редкими гигантскими клетками типа Пирогова-Лангханса.

Поражение внутригрудных лимфатических узлов в V-м периоде исследования составило $13,9 \pm 3,9$. Макроскопически узлы были не увеличенные, на разрезе ткань имела привычные консистенцию и рисунок. Обнаруженные изменения выявлялись при гистологическом исследовании в разных отделах лимфатических узлов и были представлены туберкулезными гранулемами эпителиоидно-клеточного типа без некроза в центре. Так называемой «излюбленной» локализации выявлено не было (рисунок 5.1.11).

Гематогенное распространение специфического воспаления при казеозной пневмонии отмечалось только в последние десять лет исследования ($14,1 \pm 2,9$). Поражение центральной нервной системы с развитием туберкулезного менингита или менингоэнцефалита ($5,2 \pm 1,9$) встречалось только при двусторонней казеозной пневмонии. Микроскопически в мягкой мозговой оболочке определялась диффузная воспалительная клеточная инфильтрация, среди которой выявлялись туберкулезные гранулемы эпителиоидно-клеточного строения, а также отмечалось полнокровие сосудов с диapedезными кровоизлияниями. В случаях менингоэнцефалита в ткани головного мозга на фоне гемодинамических нарушений в виде стазов, периваскулярного и перицеллюлярного отека, выявлялись васкулиты преимущественно мелких сосудов в виде клеточной инфильтрации стенок сосудов, и мельчайшие очаги некроза ткани мозга с единичными перифокально расположенными эпителиоидными клетками.

Очаги-отсевы в селезенке ($4,4 \pm 1,7$), печени ($3,5 \pm 1,6$) и почках ($0,7 \pm 0,7$) были выявлены при гистологическом исследовании аутопсийного материала. Микроскопически были обнаружены немногочисленные, разрозненные в паренхиме туберкулезные гранулемы эпителиоидно-клеточного строения без казеозного некроза в центре (рисунок 5.1.16).

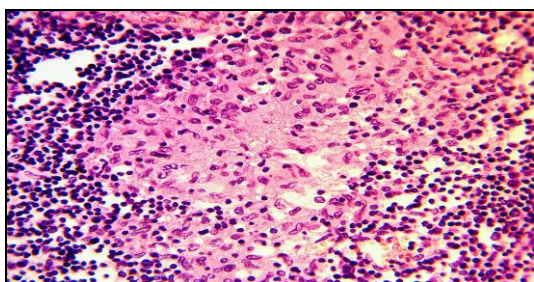


Рисунок 5.1.11 – Эпителиоидно-клеточная гранулема без казеозного некроза. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 400$

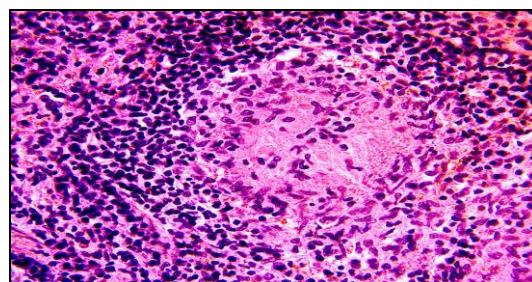


Рисунок 5.1.16 – Эпителиоидно-клеточные гранулемы без казеозного некроза в селезенке. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 400$

5.2 Характеристика морфологии поражения легких при фиброзно-кавернозном туберкулезе. Частота фиброзно-кавернозного туберкулеза легких среди всех вскрытий в бюро увеличилась с $0,8 \pm 0,1$ в I-м периоде исследования до $13,7 \pm 0,7$ в V-м ($p < 0,001$). Основной причиной смерти чаще было прогрессирование специфического процесса ($90,2 \pm 1,1$) с нарастанием доли; чаще встречалось при двустороннем поражении легких по сравнению с односторонним ($91,6 \pm 1,1$, и $65,7 \pm 8,0$ соответственно, $p < 0,001$).

В стенках хронических каверн выявлялись двоякие морфологические изменения. В одних случаях были выявлены каверны с толстой ригидной стенкой, гистологически имеющей двухслойное строение. Внутренний слой был представлен узкой полосой грануляционной ткани, а иногда и вовсе без последней. Второй слой был представлен широкой зоной малоклеточной соединительной ткани с участками гиалиноза (рисунок 5.2.2). Во временной динамике отмечалось статистически значимое снижение доли обнаружения старых каверн без острого воспаления в стенках с $9,3 \pm 2,8$ в первые пятнадцать лет исследования до $3,1 \pm 0,7$ в последние десять лет ($p < 0,05$).

В других случаях стенки каверн имели трехслойное строение. Внутренний слой был представлен выраженной зоной казеозного некроза с присоединением инфильтрации палочкоядерными лейкоцитами (рисунок 5.2.4). Средний слой содержал юную грануляционную ткань, богатую сосудами капиллярного типа и обильной поликлеточной инфильтрацией (рисунок 5.2.5). Наружный слой был представлен неравномерным разрастанием соединительной ткани. Вокруг хронических каверн в ткани легких гистологически определялась зона специфического воспаления, представленная туберкулезными гранулемами некротически-продуктивного типа на фоне обильной воспалительной инфильтрации (рисунок 5.2.6). Частота обнаружения подобного типа каверн увеличилась во временной динамике до $98,5 \pm 0,4$ в последние пятнадцать лет ($p < 0,05$), составив в V-м периоде исследования $99,1 \pm 0,5$.

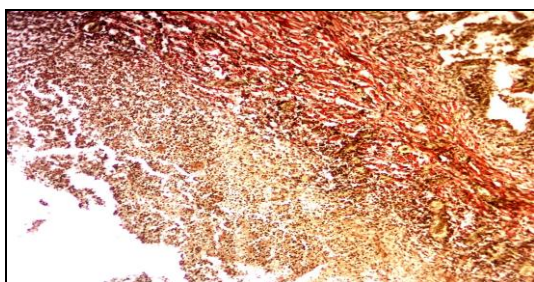


Рисунок 5.2.2 – Зона соединительной ткани в стенке хронической каверны. Окраска по Ван-Гизон, x100

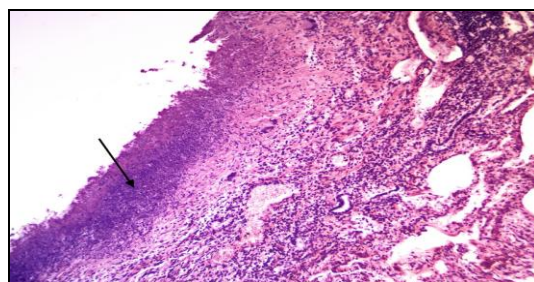


Рисунок 5.2.4 – Сегментоядерные нейтрофилы (стрелка) во внутреннем слое хронической каверны. Окраска гематоксилином и эозином, x100

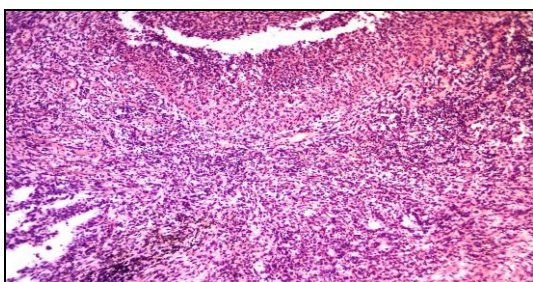


Рисунок 5.2.5 – Грануляционная ткань в среднем слое хронической каверны. Окраска гематоксилином и эозином, x100

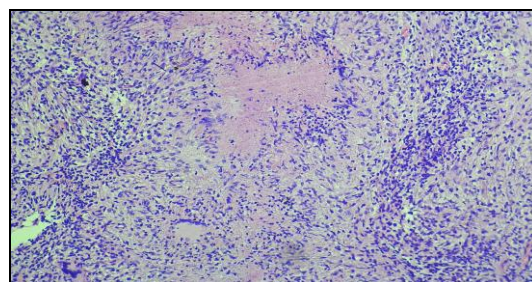


Рисунок 5.2.6 – Некротически-продуктивная туберкулезная гранулема. Окраска гематоксилином и эозином, x100

Морфологическими проявлениями прогрессирования туберкулезного воспаления явились следующие процессы. 1. Специфическое воспаление вокруг старых каверн, с ростом частоты до $83,5 \pm 2,1$, $p < 0,001$. 2. Формирование крупных фокусов казеозного некроза в отдалении от предсуществующих каверн, с увеличением до $82,9 \pm 2,1$, $p < 0,001$. Микроскопически такие фокусы были представлены обширным казеозным некрозом, отграниченным неравномерной зоной клеточной инфильтрации с присутствием эпителиоидных клеток, лимфоцитов и многоядерных клеток Пирогова-Лангханса. 3. Деструктивный процесс с образованием новых острых каверн – $55,6 \pm 1,9$. В центре крупных некротических очагов обнаруживался распад ткани с образованием острых каверн, стенками которых были некротические массы, тени остатков межальвеолярных перегородок и сосудов. Во временной динамике отмечалось увеличение острого распада легочной ткани до $82,9 \pm 2,1$, $p < 0,001$.

Интраканаликулярное поражение бронхов и гортаноглотки туберкулезным процессом всего было зарегистрировано в 4,9% наблюдениях и встречалось только при двустороннем вовлечении легких. Поражение кишечника встречалось только при двустороннем поражении легких ($3,5 \pm 0,7$). Макроскопически в слизистой оболочке определялись поперечно расположенные линейной и овоидной формы язвы с мягкими краями (рисунок 5.2.13). Микроскопически в дне язвы определялся казеозный некроз, окруженный широкой зоной обильной воспалительной клеточной инфильтрации из клеток лимфоидного ряда с примесью сегментоядерных нейтрофилов в пренекротическом отделе. Дном язвы часто являлся мышечный слой кишки. Воспалительный инфильтрат распространялся вплоть до серозной оболочки. По краю инфильтрата обнаруживались немногочисленные эпителиоидно-клеточные и гигантоклеточные туберкулезные гранулемы, которые располагались как в толще мышечной оболочки стенки кишки, так и в брюшине, покрывающей кишку и брыжейку кишечника (рисунок 5.2.15).

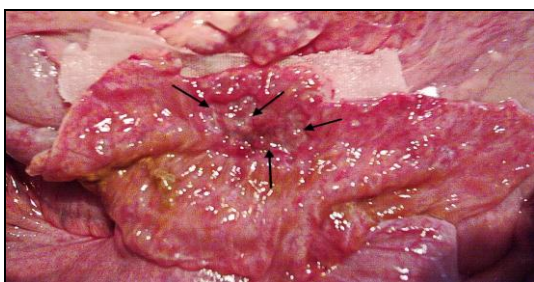


Рисунок 5.2.13 – макро, подвздошная кишка:
Туберкулезная язва в тонком кишечнике (стрелки)

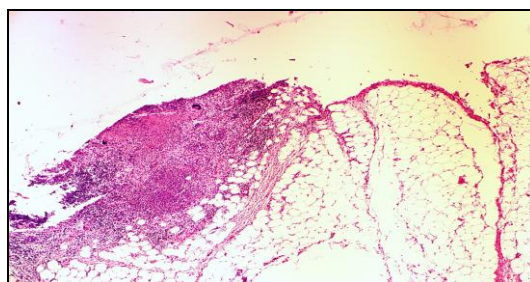


Рисунок 5.2.15 – Гигантоклеточная гранулема в
брыжейке тонкой кишки. Окраска гематоксилином
и эозином, х40

Гематогенное поражение печени, селезенки, почек и центральной нервной системы отмечалось только при двусторонней локализации процесса и встречалось в последние 15 лет исследования. Диссеминация в печень выявлена в $9,6 \pm 1,1$ случаях с увеличением частоты (до $20,0 \pm 2,2$, $p < 0,001$). Отмечалось увеличение случаев туберкулезного поражения селезенки ($16,5 \pm 2,1$, $p < 0,001$) и почек ($12,7 \pm 1,8$, $p < 0,001$). Развитие туберкулезного менингита или менингоэнцефалита в III-м периоде исследования отмечалось в 1,4%, в IV-м – 1,1% и в V-м – в 0,6%. Мягкая мозговая оболочка макроскопически в базальных отделах головного мозга на ограниченном участке была утолщена, мутная, отечная (рисунок 5.2.17). Микроскопически отмечалась обильная воспалительная поликлеточная инфильтрация с формированием единичных макрофагальных туберкулезных гранул небольшого размера. Среди клеток инфильтрата в основном присутствовали лимфоциты, единичные нейтрофилы и эпителиоидные клетки (рисунок 5.2.19).

Изменения, характерные для туберкулезного воспаления в паренхиматозных органах, были выявлены при гистологическом исследовании в виде разрозненных, немногочисленных эпителиоидно-клеточных туберкулезных гранул макрофагального и эпителиоидно-клеточного строения без казеозного некроза.

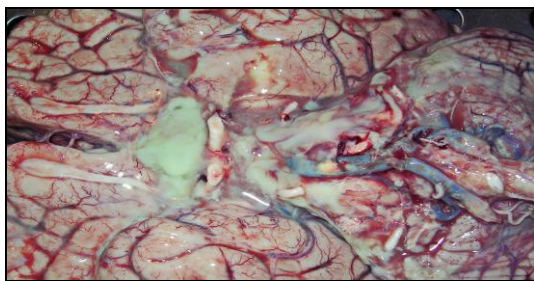


Рисунок 5.2.17 – макро, головной мозг:
Базальный туберкулезный лептоменингит

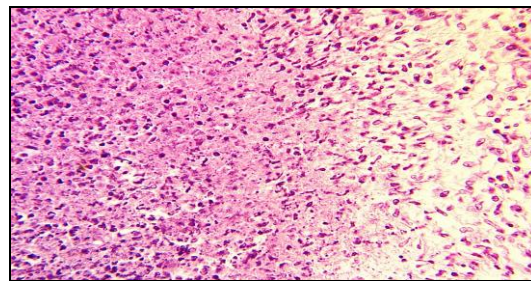


Рисунок 5.2.19 – Клеточный состав воспалительного
инфильтрата. Окраска гематоксилином и эозином,
х400

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Частота туберкулеза легких в составе монокаузального диагноза увеличилась среди основных причин смерти ($97,6 \pm 0,7$, $p < 0,01$). На высоком уровне остается фиброзно-кавернозный туберкулез ($70,2 \pm 2,1$), отмечается рост случаев казеозной пневмонии ($17,6 \pm 1,8$, $p < 0,001$) и тенденция роста острого милиарного туберкулеза легких.

2. По материалам аутопсий умирают чаще мужчины в возрасте 35-54 года ($57,9 \pm 1,7$), с увеличением доли лиц без определенного места жительства и лиц, ранее отбывавших наказание в учреждениях исправительной системы. В танатогенезе легочного туберкулеза снижена роль сопутствующей патологии ($30,7 \pm 2,1$, $p < 0,001$), в структуре которой отмечается преобладание заболеваний печени ($12,0 \pm 1,5$, $p < 0,001$).

3. Острый милиарный туберкулез легких характеризуется преобладанием тотального поражения легких ($95,3 \pm 2,3$), редко – с деструкцией паренхимы ($12,9 \pm 3,6$); милиарные бугорки представлены преимущественно некротическими гранулемами. Среди случаев диссеминации преобладает поражение центральной нервной системы с альтеративной тканевой реакцией.

4. Казеозная пневмония протекает чаще с тотальным поражением легких ($58,6 \pm 4,5$, $p < 0,05$). Пневмонические очаги не имеют развитую отграничивающую тканевую реакцию, в очагах внутрилегочной диссеминации преобладают некротические изменения. При двустороннем поражении присоединяется гематогенное поражение паренхиматозных органов.

5. Фиброзно-кавернозный туберкулез характеризуется тотальным поражением легких ($92,1 \pm 1,5$, $p < 0,01$). Хронические каверны чаще с обострением специфического воспаления во внутреннем слое и перифокально ($98,5 \pm 0,4$, $p < 0,05$). Гематогенная диссеминация с вовлечением внутренних органов обнаруживается при двустороннем поражении.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне патологоанатомической службы:

1. На аутопсии с подтвержденными случаями туберкулеза легких и при подозрении на специфический процесс рекомендуется производить забор материала из других органов не менее чем в количестве двух фрагментов при отсутствии макроскопических признаков поражения.

2. В случаях прижизненной диагностики операционного и биопсийного материала при любых гранулематозных и при альтеративно-некротических изменениях, особенно сопровождающихся слабой клеточной инфильтрацией, необходимо широко использовать окраску гистологических срезов по Циль-Нильсену.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Морфологическая характеристика казеозной пневмонии [Текст] / Ю. В. Козьмина, Б. Р. Джаналиев, С. Д. Джолдубаев, М. Г. Козьмин // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2016. - № 2. - С. 29-32; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_26203856_56889321.pdf
2. Протяженность поражения легких при туберкулезном воспалении [Текст] / Ю. В. Козьмина, Б. Р. Джаналиев, С. Д. Джолдубаев, М. Г. Козьмин // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2016. - № 6. - С. 72-75; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_28113183_38790719.pdf
3. Туберкулез легких по данным аутопсийного материала Республиканского патологоанатомического бюро [Текст] / Ю. В. Козьмина, С. Д. Джолдубаев, Б. Р. Джаналиев, М. Г. Козьмин // Universum: медицина и фармакология. - Москва, 2016. - № 11 (33). - С. 11-15; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27223738>
4. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких на аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро [Текст] / Ю. В. Козьмина, С. Д. Джолдубаев, Б. Р. Джаналиев, М. Г. Козьмин // Universum: медицина и фармакология. - Москва, 2016. - № 11 (33). - С. 16-21; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27223739>
5. **Козьмина, Ю. В.** Гематогенный туберкулез легких по данным аутопсийного материала Республиканского патологоанатомического бюро Кыргызской Республики [Текст] / Ю. В. Козьмина // Universum: медицина и фармакология. - Москва, 2017. - № 4 (38). - С. 45-49; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28928270>
6. Морфологические особенности туберкулеза легких в Кыргызской Республике [Текст] / Ю. В. Козьмина, Б. Р. Джаналиев, С. Д. Джолдубаев, М. Г. Козьмин // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - Бишкек, 2017. - № 8. - С. 47-50; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_29931330_74118630.pdf
7. Частота и особенности острого милиарного туберкулеза легких по данным аутопсийного материала Республиканского патолого-анатомического бюро Кыргызской Республики [Текст] / Ю. В. Козьмина, Б. Р. Джаналиев, С. Д. Джолдубаев, М. Г. Козьмин // Клиническая и экспериментальная морфология. - Москва, 2019. - № 1 (29). - С. 4-9. DOI: 10.31088/2226-5988-2019-29-1-4-9
8. **Козьмина, Ю. В.** Частота и морфологическая характеристика поражения внутренних органов при отдельных формах туберкулеза легких [Текст] / Ю. В. Козьмина, С. Д. Джолдубаев, Б. Р. Джаналиев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - Бишкек, 2021. - № 3. - С. 73-77; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46306364_66473519.pdf

Козьмина Юлия Владимировнанын «Кыргыз Республикасындагы өпкө кургак учугунун морфологиялык өзгөчөлүктөрү» деген темадагы 14.03.02 – патологиялык анатомия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: өпкө кургак учугу, аутопсия, морфология.

Изилдөө объектиси: өпкө туберкулезунан каза болгондор (n=989).

Изилдөө предмети: өпкө кургак учугунун өлүмгө алып келүүчү натыйжаларына таасир этүүчү медициналык-социалдык, патоморфологиялык факторлор.

Изилдөө максаты: өпкө кургак учугунун морфологиялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

Изилдөө ыкмалары: маалыматтык-аналитикалык, патоморфологиялык, статистикалык.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Республикалык патологоанатомиялык бюронун аутопсиялык материалында монокаузалык диагноздун курамында чоңдордун өлүмдүн негизги себептеринин арасында өпкө кургак учугунун көбөйүшү көрсөтүлгөн. Жогорку деңгээлде фиброздук-каверноздук кургак учук калууда, казеоздук пневмония жана курч миллиардык өпкө кургак учугу учурлары көбөйүүдө. Көбүнчө 35-54 жаштагы эркектер өлөт; белгилүү бир жашаган жери жок адамдардын жана мурда түзөтүү мекемелерине жаза өтөгөн адамдардын үлүшү көбөйөт. Өпкө кургак учугунун танатогенезинде коштоочу патологиянын ролу төмөндөгөн. Акыркысынын структурасында боор оорулары басымдуулук кылат. Курч миллиардык кургак учук өпкөнүн жалпы жабыркашы, ткандардын некротикалык реакциясынын басымдуулук кылышы, деструкциянын төмөн деңгээли менен мүнөздөлөт. Таркалуу учурларынын арасында альтеративдик ткандардын реакциясы менен борбордук нерв системасынын жабыркашы басымдуулук кылат. Казеоздук пневмония көбүнчө өпкөнүн жалпы катышуусу менен жүрөт. Пневмониялык очоктордо ткандардын бөлүнүп чыгуучу реакциясы өнүккөн эмес. Некротикалык өзгөрүүлөр өпкө ичиндеги жайылуунун очокторунда басымдуулук кылат. Паренхималык органдардын гематогендик жабыркашы эки тараптуу жабыркоодо кошулат. Фибро-каверноздук кургак учук өпкөнүн жалпы жабыркашы менен мүнөздөлөт. Өнөкөт каверналар көбүнчө ички катмардагы жана перифериялык сезгенүүнүн күчөшү менен байкалат. Ички органдардын катышуусу менен гематогендик жайылуу эки тараптуу жабыркаганда байкалат.

Колдонуу чөйрөсү: патологиялык анатомия, фтизиатрия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Козьминой Юлии Владимировны на тему «Морфологические особенности туберкулеза легких в Кыргызской Республике» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.03.02 – патологическая анатомия

Ключевые слова: туберкулез легких, аутопсия, морфология.

Объект исследования: умершие от туберкулеза легких (n=989).

Предмет исследования: медико-социальные, патоморфологические факторы, оказывающие влияние на летальный исход туберкулеза легких.

Цель работы: изучить морфологические особенности туберкулеза легких.

Методы исследования: информационно-аналитический, патоморфологические, статистические.

Полученные результаты и их новизна: На аутопсийном материале Республиканского патологоанатомического бюро показано увеличение туберкулеза легких среди основной причины смерти взрослых в составе монокаузального диагноза. На высоком уровне остается фиброзно-кавернозный туберкулез, отмечается рост случаев казеозной пневмонии и острого милиарного туберкулеза легких. Чаще умирают мужчины в возрасте 35-54 года; увеличиваются доли лиц без определенного места жительства и лиц, ранее отбывавших наказание в учреждения исправительной системы. В танатогенезе легочного туберкулеза снижена роль сопутствующей патологии, в структуре которой преобладают заболевания печени. Острый милиарный туберкулез характеризуется тотальным поражением легких, преобладанием некротической тканевой реакции, с низким уровнем деструкции. Среди случаев диссеминации преобладает поражение центральной нервной системы с альтеративной тканевой реакцией. Казеозная пневмония протекает чаще с тотальным поражением легких. Пневмонические очаги не имеют развитую отграничивающую тканевую реакцию; в очагах внутрилегочной диссеминации преобладают некротические изменения. При двустороннем поражении присоединяется гематогенное поражение паренхиматозных органов. Фиброзно-кавернозный туберкулез характеризуется тотальным поражением легких. Хронические каверны чаще с обострением специфического воспаления во внутреннем слое и перифокально. Гематогенная диссеминация с вовлечением внутренних органов отмечается при двустороннем поражении.

Область применения: патологическая анатомия, фтизиатрия.

ABSTRACT

of the dissertation of Iuliia Vladimirovna Kozmina on «Morphological features of pulmonary tuberculosis in Kyrgyz Republic» for the degree of Candidate of Medical Science majoring in: 14.03.02 - Pathological Anatomy

Key words: pulmonary tuberculosis, autopsy, morphology.

Study object: deaths from pulmonary tuberculosis (n=989).

Subject of research: medical, social, pathomorphological factors influencing the lethal outcome of pulmonary tuberculosis.

Objective: to study morphological features of pulmonary tuberculosis.

Study methods: information and analytical, pathomorphological, statistical.

Results obtained and their novelty: The autopsy material of the Republican Pathologoanatomical Bureau shows the increase of pulmonary tuberculosis among the main cause of death of adults in monocausal diagnosis. The high level of fibrous cavernous tuberculosis remains. There is an increase of cases of caseous pneumonia and acute miliary pulmonary tuberculosis. Men aged 35-54 years die more often; the rate of homeless people and people who have previously served time in correctional institutions is increasing. In the thanatogenesis of pulmonary tuberculosis, the role of concomitant pathology with liver disease predominating is reduced. Acute miliary tuberculosis is characterized by total lung damage, predominance of necrotic tissue reaction, with low level of destruction. Central nervous system involvement with an alterative tissue reaction predominates among dissemination cases. Caseous pneumonia occurs more often with total lung damage. Pneumonic foci do not have a developed delimiting tissue reaction; necrotic changes predominate in the foci of intrapulmonary dissemination. Bilateral lesions are accompanied by haematogenous involvement of the parenchymatous organs. Fibrotic cavernous tuberculosis is characterized by total pulmonary involvement. Chronic caverns are more common with exacerbation of specific inflammation in the inner layer and perifocally. Haematogenous dissemination with involvement of internal organs is noted in bilateral lesions.

Scope: Pathological anatomy, phthisiology.



Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 100 экз.