



ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВО

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СИЛІКОТУБЕРКУЛЬОЗУ

1

(20)94311394,25.05.93

(21)4913864/SU

(22)14.01.91

(46) 30.09.96. Бюл. ІЧГ 3

(56) Проблемы туберкулеза, 1988, Nfe 3, с.65-75.

(71) Криворізький науково-дослідний інститут гігієни праці та профзахворювань

(72) Філіпченко Лідія Лаврентіївна, Яковлев Василь Іванович, Слінченко Микола Зіновійович

(73) Криворізький науково-дослідний

Інститут гігієни праці та профзахворювань (UA)

(57) Способ диагностики силикотуберкулеза путем оценки цитограммы бронхоальвеолярного смыва, отличающийся тем, что в бронхоцитогамме подсчитывают сумму клеток системы мононуклеарных фагоцитов, также определяют наличие клеток Пирогова-Ланганса и при значении первого показателя 32-45% от общего количества клеток и второго- 1,3-2,3% -диагностируют силикотуберкулез.

Изобретение относится к медицине, а именно к цитологии и может быть использовано для диагностики инфекционных осложнений пневмокониозов.

Наиболее близким к предлагаемому является способ дифференциальной диагностики поражений легких при туберкулезе, саркоидозе и неспецифических заболеваниях легких по цитограмме бронхоальвеолярных смывов [1].

Однако в этом способе состояние местного иммунитета бронхолегочной системы не учитывалось и не применялось для диагностики. Способ не рассчитан на диагностику силикотуберкулеза.

В основу изобретения поставлена задача создать способ диагностики силикотуберкулеза на ранних стадиях заболевания до появления клинических симптомов и за счет этого повысить выявляемость скрытых форм силикотуберкулеза у стажированных горнорабочих.

Поставленная задача решается тем, что в способе диагностики силикотуберкулеза путем оценки цитограммы бронхоальвеолярного смыва, согласно изобретению, при снижении количества клеток системы мононуклеарных фагоцитов от 32 до 45% от общего количества клеток, снижении числа лимфоцитов в 2-5 раз и выявлении гигантских клеток Пирогова-Ланганса в пределах от 1,3 до 2,3%, а также кониофагов в пределах от 23 до 41% диагностируют силикотуберкулез.

Оценка местного иммунитета по клеткам бронхоцитогаммы предлагаемым способом позволит диагностировать силикотуберкулез на ранних стадиях, что определит своевременное применение специфических методов лечения и сокращение его сроков.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом.

Бронхоальвеолярный смыв центрифугируют и из осадка изготавливают мазки для подсчета клеточных элементов. Мазки окра-

шивают гематоксилин-эозином. Подсчитывают все клеточные элементы (% от 500 клеток) и сумму моноцитов и макрофагов, составляющих систему мононуклеарных фагоцитов, а также определяют количество 5 многоядерных клеток типа Пирогова-Ланганса.

Способ поясняется следующими примерами.

Пример 1. Горнорабочий Д., 64 лет, 10 15 лет подземного стажа крепыльщика, горного мастера. Сидеросиликоз I ст. установлен в 1961 г. Отмечает частые простудные заболевания. Жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, боли в грудной клетке. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком в нижних отделах. Аускультативно: ослабленное дыхание, разнокалиберные рассеянные сухие хрипы.

Рентгенография: Легочный рисунок диффузно усилен и деформирован с мелкопятнистыми тенями, корни плотные бесструктурные. Сердце - умеренная гипертрофия левого желудочка. Заключение: Сидеросиликоз I ст. ТФГ 6-12 см очаговых теней не выявлено.

Анализ крови, эр. - 4,8; *Hb* - 120; цв.п. - 0,8; лейкоциты - 5,5; э - 5; п - 4; с - 63; лимфоциты - 18; м - 10; СОЭ - 11. Мокрота 30 МБТ - 2^хкратно методом посева и флотации

не выявлены. Проба Манту 2TS 20х20. Клинический диагноз: Сидеросиликоз I ст. Данных за туберкулез нет. Хронический катарально-необструктивный бронхит в фазе ремиссии. ДН I ст. Эмфизема легких I ст. Цитологическое исследование БАС, количественная характеристика % от 500 клеток: нейтрофилы - 1 %, макрофаги - 40%, кониофаги - 53%, моноциты - 1%, лимфоциты - 5%, СМФ - 41 %. Выявлены 2,1 % многоядерных клеток Пирогова-Ланганса.

Заключение: Силикотуберкулез.

Пример 2. Больной Т., 54 года, 18 лет пылевого стажа (3 года проходчиком, 15 лет вулканизаторщик). Более туберкулезом с 1960 г. Жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой, боли в грудной клетке. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком в нижне-боковых отделах. Аускультативно - дыхание ве-

зикалярное, слева - крепитирующие хрипы, справа - ослабленные.

Рентгенография: справа в верхнем и среднем отделах легких группа мелких петрификатов и фиброзные тяжи. Отдельные мелкие петрификаты в средних и нижних отделах, больше слева. Легочный рисунок несколько усилен. Снижена структура корней с немногочисленными мелкими петрификатами. ТФГ - 6-12 см - то же, что и на рентгенограмме. Справа в в/отделе небольшая плотная тень. Заключение: данных за пневмокониоз нет.

Анализ крови: эр. - 5,1; *Hb* - 160; цв.п. - 0,94; лейкоциты - 5,0; э - 2; п - 2; с - 65; лимф. - 30; м - 1; СОЭ - 8. Анализ мокроты на МБТ - методом посева и 3кратно методом флотации не выявлены. Проба Манту - 25 x 25

2TS 20х20. Клинический диагноз: Очаговый туберкулез легких в фазе петрификации. БК нет. Данных за пневмокониоз нет. Цитологическое исследование БАС, количественная характеристика, % от 500 клеток - нейтрофилы - 6,5%; макрофаги - 33,5%, кониофаги - 49,5%, моноциты - 4%, лимфоциты - 4,5%, броих.эпит. - 2%, СМФ - 37,5%. Выявлено 1,3% многоядерных клеток типа Пирогова-Ланганса.

Заключение: Силикотуберкулез.

Предлагаемый способ позволяет оценить по цитограммам бронхоальвеолярных смывов уровень местной защиты бронхолегочной системы, падение которого ведет к развитию инфекционного воспалительного процесса, зачастую туберкулеза. Учет основных показателей клеточной формулы БАС (клеток мононуклеарной фагоцитарной системы - СМФ, лимфоцитов и появление кониофагов, многоядерных клеток Пирогова-Ланганса) дает возможность определить ранние проявления силикотуберкулеза у стажированных рабочих и больных силикозом, клиническая, лабораторная и рентгенологическая симптоматика которого часто не имеет четкого разграничения. Проблема кониотуберкулеза как иммунопатологии с развитием местного пылевого иммунодефицита определяет подход к терапии таких больных, который должен базироваться не только на применении противотуберкулезных препаратов, но и на компенсации иммунной недостаточности.

Упорядник

Техред М.Моргентал

Замовлення 4537

Коректор Л. Ліврінц

Тираж
Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Підписне

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

