

**«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА
ДИССЕМИНИРОВАННЫХ
ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»**

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Собирательное понятие "ДПЛ", появившееся в последние годы, охватывает группу нозологических форм и синдромов, основными симптомами которых являются нарастающая одышка и рентгенологически определяемые изменения в легочной ткани в виде очаговой диссеминации и (или) интерстициальных изменений.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Приведенный термин ДПЛ по мнению большинства авторов является более удачным, чем термин "диффузные заболевания легких", поскольку последний не отражает сущности этой нозологической формы и также понятие "диссеминированный" в отличие от понятия "диффузный" не предполагает тотального поражения легких.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Следует отметить, что большинство заболеваний, входящих в эту группу, относятся к редким болезням легких (альвеолиты, некоторые гранулематозы, синдром Гудпасчера и др.), однако в последние годы отмечен неуклонный рост заболеваемости этими нозологическими формами и может стать так, что через 10-20 лет она приблизится к частоте заболеваемости банальными неспецифическими болезнями легких. Недаром, состоявшаяся в Рязани 1,5 года назад Республиканская конференция по пульмонологии впервые была посвящена редким болезням легких.

"ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСSEМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ"

Однако пока еще относительная редкость заболеваемости ДПЛ, в сравнении с НЗЛ, недостаточное знание практическими врачами этих болезней приводят к тому, что диагностика ДПЛ находится на крайне низком уровне. Так % совпадения диагнозов при направлении и клинического 11,7%. А наибольший % расхождений отмечен при альвеолитах (94-96%).

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Поэтому следует подчеркнуть, что крайне поздно начатое, а также неверно проводимое лечение многочисленными курсами АБ, САА приводит к прогрессированию патологического процесса и являются одной из причин неблагоприятного прогноза при ДПЛ.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Таким образом, крайняя сложность
диагностики ДПЛ определяет
первоочередность задач
дифференциальной диагностики.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Прежде чем перейти собственно к вопросам дифференциальной диагностики, позвольте остановиться на классификации ДПЛ.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Предложенная в настоящее время классификация ДПЛ выглядит следующим образом:

I. Альвеолиты:

- Идиопатический фиброзирующий альвеолит.
- Экзогенный аллергический альвеолит.
- Токсический фиброзирующий альвеолит.
- Радиационные альвеолиты.
- Посттрансплантационный альвеолит.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

II. Гранулематозы:

- Саркоидоз легких
- Гематогенный диссеминированный ТБК легких.
- Пневмокониозы.
- Гистиоцитоз Х.
- Гранулиматоз Вегенера.

III. Диссеминации опухолевой природы:

- Бронхиолоальвеолярный рак.
- Карциноматоз легких.
- Раковый лимфангит.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

IV. Редкие формы ДПЛ:

- Синдром Гудпасчера.
- Идиопатический гемосидероз легких.
- Альвеолярный протеиноз.
- Лейомиоматоз легких.
- Первичный амилоидоз легких.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

V. Поражение легких при болезнях других органов и систем:

- васкулиты и/или интерстициальные пневмониты при болезнях кишечника (болезни Уиппла, Крона, неспецифическом язвенном колите)
- при хроническом активном гепатите,
- при коллагенозах,
- при опухолях (паранеопластические альвеолиты),
- при уремии,
- при лучевом поражении легких,
- при недостаточности кровообращения (кард. пневмосклероз),
- лекарственные пневмопатии.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

На основании наших наблюдений и литературных данных можно еще выделить поражение легких при острых пневмониях в виде мелкоочаговой диссеминации (о которых в свое время писал Рубинштейн, и в настоящее время которые не встречаются), а также мелкоочаговое диссеминированное поражение легких при аллергических пневмониях Леффлера.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Подозрение на ДПЛ должно возникнуть у врача после выявления большинства признаков следующего симптомокомплекса:

1. одышка прогрессирующего характера, возникающая или усиливающаяся при физической нагрузке;
2. кашель сухой или со скудной слизистой мокротой (обильная пенистая мокрота характерна для бронхоальвеолярного рака, кровохарканье – для идиопатического гемосидероза легких, синдрома Гудпасчера);

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

3. цианоз, возникающий или усиливающийся при физической нагрузке;
4. повышение температуры до субфебрильных или фебрильных цифр (непостоянный признак);
5. крепитирующие хрипы на вдохе (признак непостоянный);
6. укорочение перкуторного тона над областью поражения;

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

7. интерстициальные и/или очаговые изменения при рентгенологическом исследовании легких;
8. гипоксемия (при физической нагрузке);
9. рестриктивные нарушения вентиляционной способности легких;
10. снижение диффузной способности легких.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

При выявлении 1-го, 7-го, 9-го, 10-го признаков вероятность заболевания, входящего в группу диссеминированных процессов в легких, практически не вызывает сомнений.

Прогрессирование указанных симптомов, несмотря на антибактериальную и противовоспалительную терапию, подтверждает предположение о наличии ДПЛ.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

При использовании метода дифференцирования следует придерживаться критериев прогноза, исключая прежде всего заболевания, которые представляют опасность для жизни больного (рак) или для коллектива людей (возможность инфицирования при ТБК легких).

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Рентгенологическая картина диффузных поражений зависит от патологоанатомических изменений в легких. Они всегда охватывают как альвеолярный эпителий, так и интерстициальную ткань и эндотелий капилляров, но характер, степень и распределение очагов варьируют в широких пределах. При всех альвеолитах отмечаются три фазы: интерстициальный отек, инфильтрация и пролиферация с вероятным исходом в интерстициальный фиброз.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Патоморфологическим субстратом всех гранулематозов является образование гранул, которые тоже проходят определенные стадии. При системных заболеваниях соединительной ткани развивается васкулит или интерстициальный "пневмонит" (либо их комбинация).

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Начальная фаза альвеолита может не отображаться на рентгенограммах. В этот период диагностика основывается на данных цитологического анализа ЖБАЛ.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

При гранулематозных заболеваниях очаги должны достигнуть определенной величины и густота их рассеяния должна быть такой, чтобы они стали заметны на рентгенограммах. Если размер очага менее 0,5 мм и на 1 см³ легочной ткани приходится меньше 6 очагов, то они ускользают от глаза рентгенолога.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Дальнейшая динамика рентгенологической картины зависит от преобладания гранулематозных или интерстициальных изменений. В соответствии с этим принято различать три рентгенологических синдрома: очаговое или узелковое (нодулярное), диссеминированное поражение, сетчатую (ретикулярную) перестройку легочного рисунка и сетчатоузелковое (ретикулонодулярное) поражение.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Диссеминированное очаговое поражение. При этом типе диффузного поражения на рентгенограммах определяется рассеяние множественных очагов (узелков) в обоих легких. Субстрат этих очагов различен: гранулемы, фиброзные узелки, разрастания опухолевой ткани, спавшиеся ацинусы, кровоизлияния и др.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

В зависимости от диаметра очагов различают милиарную (0,5-2 мм), мелкоочаговую (2-4 мм), среднеочаговую (4-8 мм) и крупноочаговую (8-12 мм) диссеминацию. Милиарный тип рассеяния выявляется при туберкулезе, пневмокониозе, гистиоцитозе Х, грибковых поражениях, остром бронхиолите и др.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСSEМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

При мелко- и среднеочаговых диссеминациях чаще отмечается не вполне симметричное рассеяние очагов с преобладанием их в определенных зонах (например, в средних и нижних отделах легочных полей). Подобного рода диссеминации встречаются при туберкулезе, пневмокониозе, саркоидозе, некоторых формах пневмоний, грибковых поражениях, контузии легких и геморрагиях другой природы, отеках легких, а также системных и опухолевых заболеваниях.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Что касается крупноочаговых диссеминаций, то они наблюдаются преимущественно при опухолевых и паразитарных поражениях, но встречаются также при туберкулезе, саркоидозе и силикотуберкулезе.

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ»

Проводя дифференциальную диагностику узелковых поражений, всегда следует принимать во внимание состояние окружающей очаги легочной ткани, корней легких, плевры, внутригрудных лимфатических узлов, диафрагмы, сердца и крупных сосудов.