

*Дифференциальная
диагностика синдрома
легочной диссеминации.*

Интерстициальные болезни легких (ИБЛ) — гетерогенная группа болезней, объединенная рентгенологическим синдромом диссеминации.

Сегодня можно назвать около 200 заболеваний.

Эта гетерогенная группа заболеваний включает в себя как первичные (идиопатические) интерстициальные заболевания легких, так и вторичное их поражение при инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваниях.

До сих пор не существует универсального алгоритма диагностики подобных заболеваний. В большинстве руководств приводится такая последовательность этапов диагностического поиска:

- * 1. подробное изучение анамнеза и клинической симптоматики заболевания;**
- * 2. проведение рентгенографии**
- * ;3. проведение КТ;**
- * 4. исследование биопсийного материала**

* Диссеминированный туберкулез следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

* Двусторонняя очаговая пневмония

* Бронхиолит

* Карциноматоз легких

* Пневмокониозы

a) Силикоз

b) Силикотуберкулез

* Саркоидоз

* Застойные явления в легких

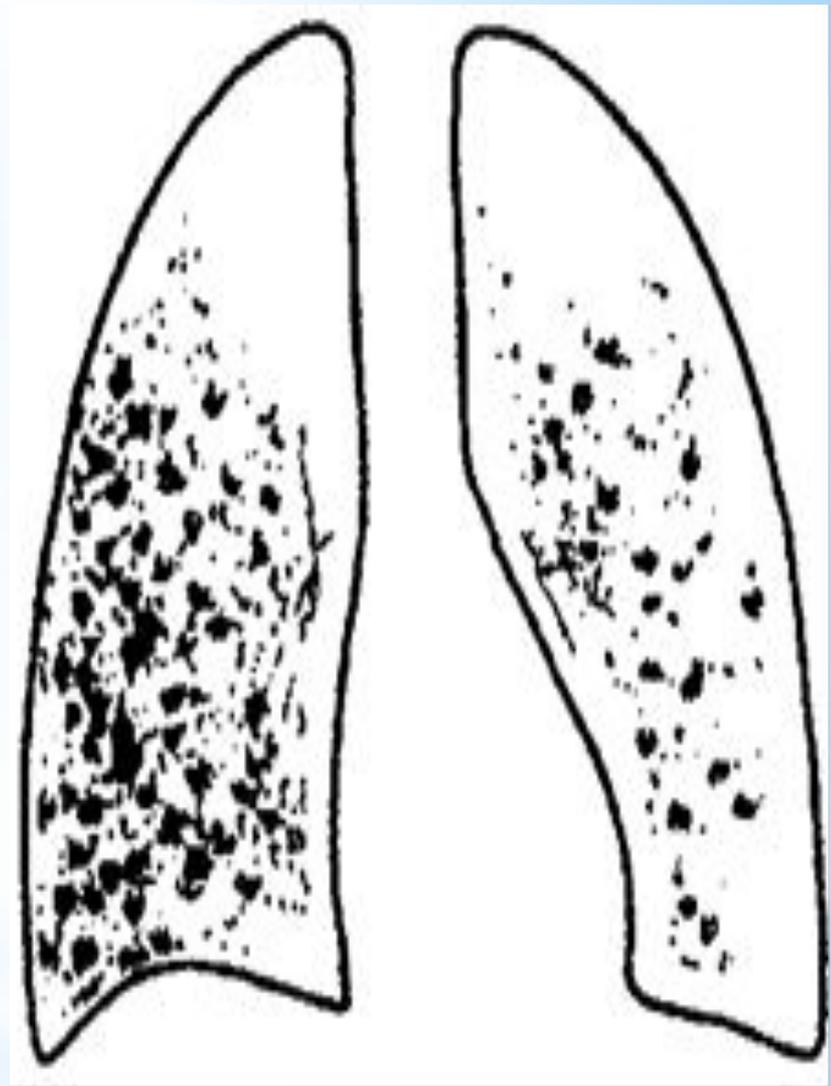
* Коллагенозы

* муковисцидозы

Очаговая пневмония

* *Диагностические критерии:*

- резко выражены симптомы интоксикации, общее состояние тяжелое;
- более выраженный, чем при туберкулезе, бронхолегочный синдром: сухой, а затем влажный кашель, одышка, при аускультации — множественные сухие и влажные хрипы;
- в анализе мокроты отсутствуют МБТ;
- данные анализа крови — высокий лейкоцитоз (более $15 \times 10^9/\text{л}$) со значительным сдвигом формулы влево, резко увеличенная СОЭ;
- рентгенологически — очаги небольшой интенсивности с нечеткими контурами расположены преимущественно в нижних отделах легких, верхушки не поражены. При абсцедировании — полости с горизонтальным уровнем жидкости, которые формируются чаще в средних или нижних отделах легких. Отсутствуют очаги обсеменения;
- неспецифические воспалительные изменения рассасываются полностью через 2—3 недели после начала лечения антибиотиками широкого спектра действия.



Бронхиолит

*** — распространенное поражение мелких бронхов и бронхиол, которое является причиной развития выраженной обструкции и, как следствие, дыхательной недостаточности.**

Диагностические критерии:

*** в анамнезе — недавно ОРВИ или грипп;**

*** температура тела через 4—5 дней после начала заболевания снижается до нормального значения;**

*** при аускультации — множественные мелкопузырчатые и сухие хрипы;**

*** рентгенологически — мелкие очаги, участки инфильтративных теней (сливающиеся между собой очаги), которые локализуются в прикорневых и нижних отделах легких;**

*** физикальные и рентгенологические изменения быстро нормализуются**

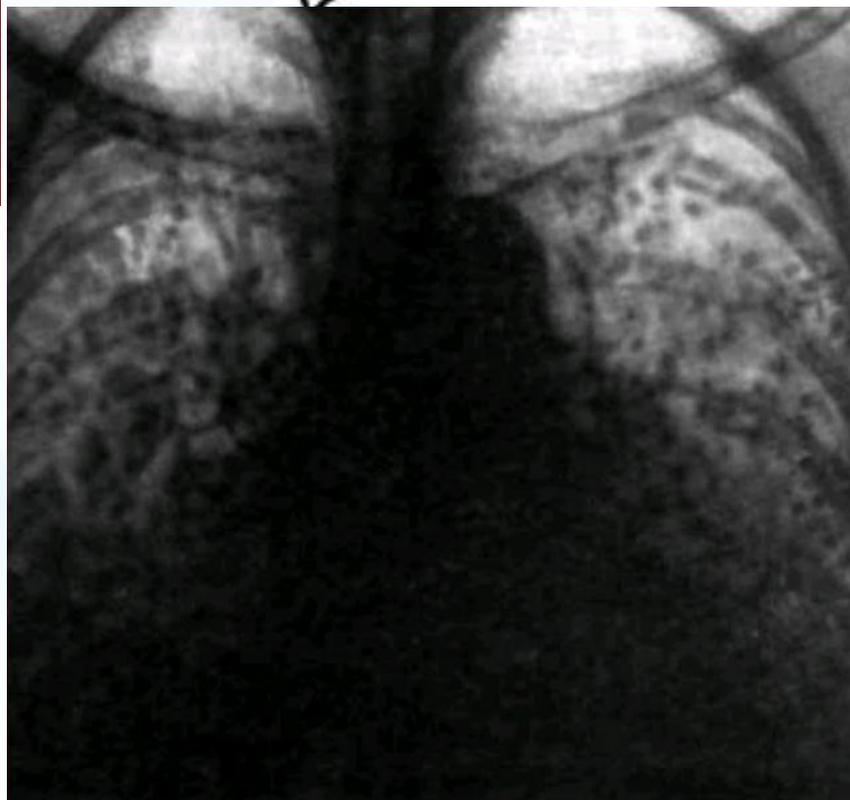
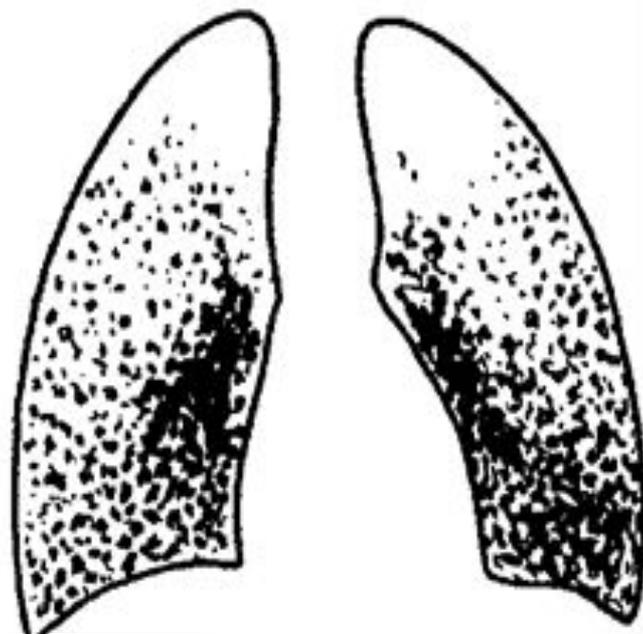
1966-11-10 141 C. A. ...



Карциноматоз

* *Диагностические критерии:*

- данные анамнеза об операции или другом лечении по поводу опухоли;
- диагностика первичной опухоли в другом органе;
- малосимптомное начало (возможны сухой кашель, слабость, снижение аппетита, иногда повышенная температура);
- состояние больного неуклонно ухудшается — появляются и неустанно прогрессируют одышка, боль в грудной клетке, сухой надсадный кашель, иногда — повышение температуры тела;
- основные клинические симптомы — кашель и некупируемая одышка;
- рентгенологически — в обоих легких множественные очаги (редко — разной величины, чаще — мономорфные), которые четко очерчены и локализуются преимущественно в нижних отделах легких, ближе к корням легочный рисунок на фоне очагов не выражен;
- данные анализов крови при туберкулезе и карциноматозе схожи, но анемия и значительное увеличение СОЭ более характерны для карциноматоза;
- Проба Манту отрицательная

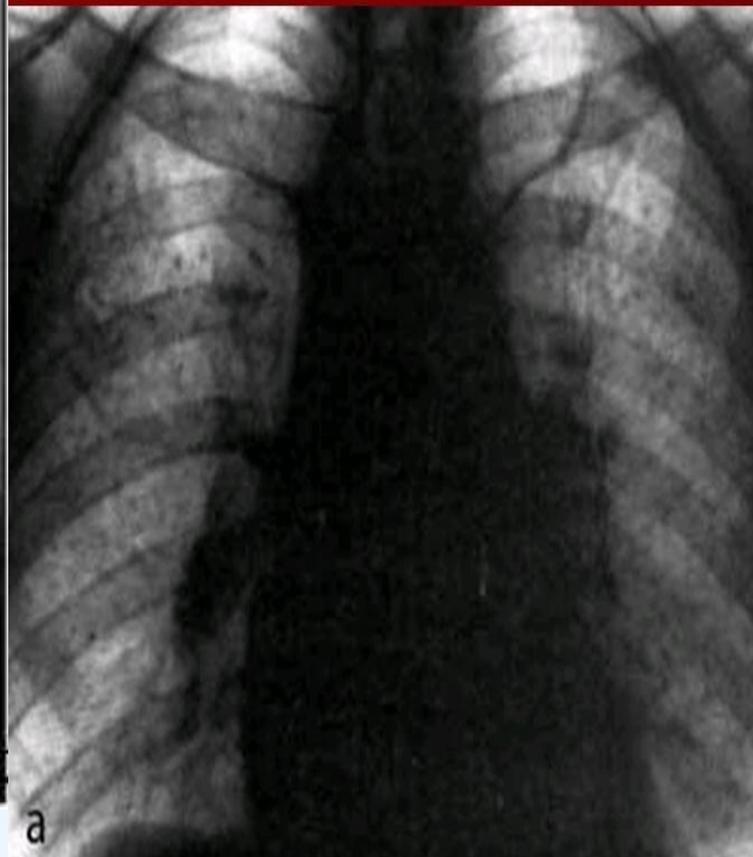


Силикоз и силикотуберкулез

Силикоз	Силикотуберкулез
Жалобы	
Кашель, одышка, боль в грудной клетке	Дополнительно — симптомы интоксикации
Физикальное обследование	
Признаки бронхита, эмфиземы (сухие хрипы, над нижними отделами легких — коробочный перкуторный звук)	Дополнительно — локальные влажные хрипы, при наличии инфильтратов — укорочение перкуторного звука над верхними отделами легких
Лабораторные данные	
Нормальная гемограмма, МБТ-	Возможен лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, лимфопения, ускоренная СОЭ, МБТ+
Рентгенологические данные	
Деформация легочного рисунка, узелковые тени в среднелатеральных отделах, двусторонние симметричные очаги размером 3—5 мм с четко очерченными контурами Часто лимфатические узлы обызвествлены по периферии (симптом яичной скорлупы). Корни легких расширены, значительно уплотнены	Дополнительно — появление новых полиморфных очагов, инфильтратов или полостей распада, особенно в верхних отделах легких

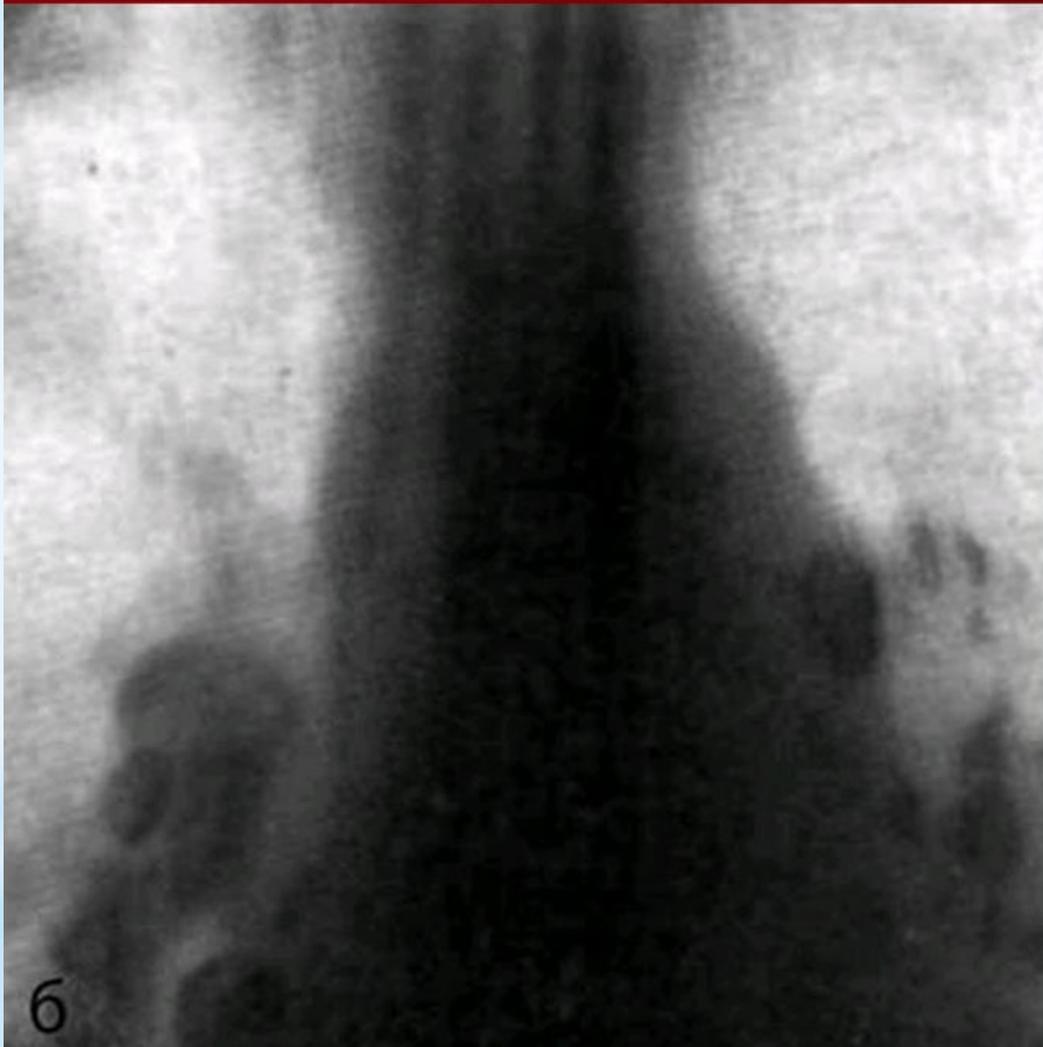


SILICOSIS



a

Силикотуберкулез:
интенсивные
узелковые
образования в
кортикальных
отделах обоих
легких, краевое
обызвествление
внутригрудных
лимфатических
узлов.



Силикотуберкулез:
интенсивные
узелковые
образования в
кортикальных
отделах обоих
легких, краевое
обызвествление
внутригрудных
лимфатических
узлов.

Саркоидоз (болезнь Бенье—Бека—Шаумана).

- * Саркоидоз II стадии, как и диссеминированный туберкулез, чаще начинается бессимптомно или малосимптомно с появления сухого кашля, небольшой одышки, боли в груди.
- * *Диагностические критерии II стадии саркоидоза:*
 - наличие синдрома Лефгрена (температура тела 38—39 °С, боль в суставах, кожный зуд);
 - при аускультации — незначительные изменения даже при большой распространенности процесса;
 - возможно одновременное поражение глаз, слюнных желез, кожи, сердца и других органов, увеличение отдельных групп периферических лимфатических узлов;
 - локализация очагов преимущественно в нижних и средних отделах легких, очаги однотипные, количество их уменьшается в направлении от корней легких;
 - рентгенологические изменения при легочной форме саркоидоза без видимого увеличения внутригрудных лимфатических узлов характеризуются наличием очаговых теней и интерстициальных уплотнений в легких, чаще в средних отделах. При увеличении лимфатических узлов отмечается однородная тень, которая резко отграничена от окружающей ткани. Полости распада отсутствуют; Легочный рисунок избыточен, усилен.
- * При бронхоскопии определяются явления локального бронхита, косвенные признаки гиперплазии лимфатических узлов.
- * При биопсии стенки бронхов или трансбронхиальной пункции - картина гранулематозного саркоидозного поражения.



Обзорная
рентгенограмма (а) и
томограмма в боковой
проекции (б)
массивное
двустороннее
увеличение
бронхопульмональных
лимфатических узлов,
усиление легочного
рисунка,
диссеминация в
средненижних зонах
легких. Саркоидоз.



6

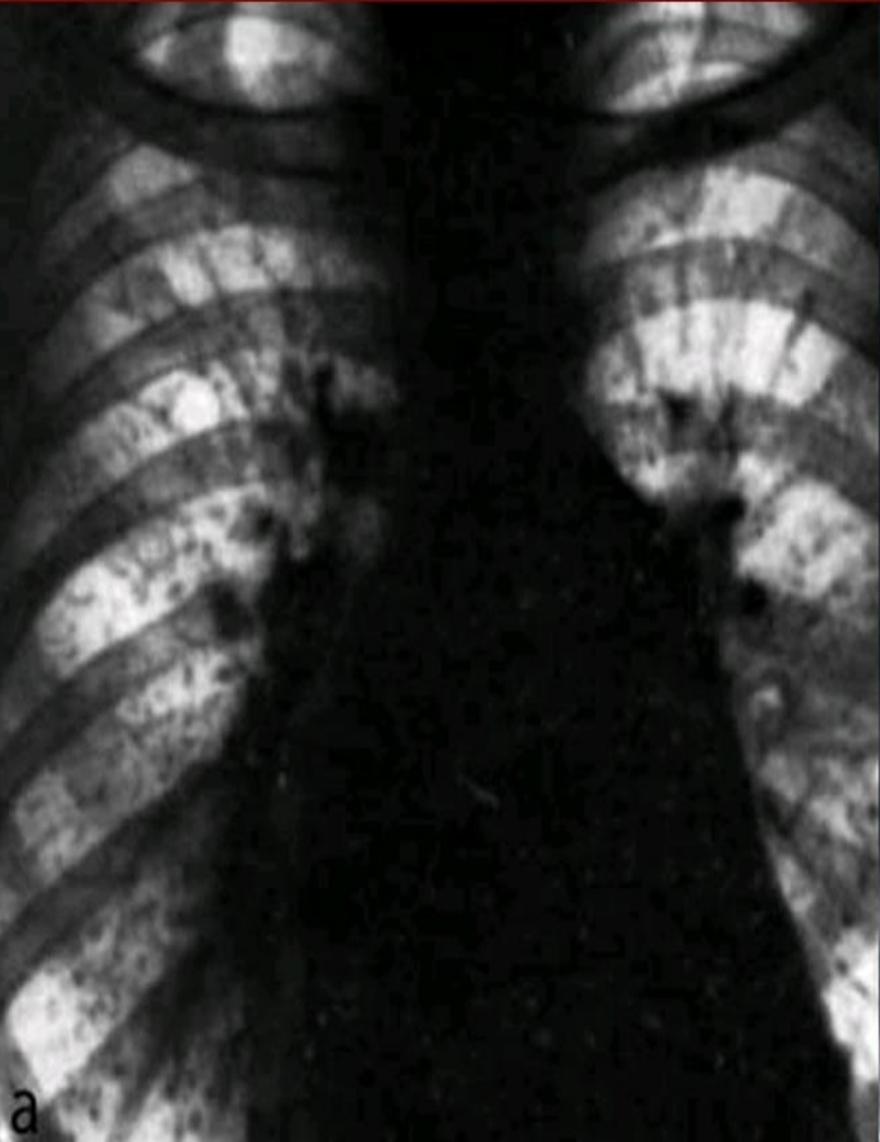
а

* **Застойные явления в легких** возникают при левожелудочковой сердечной недостаточности (декомпенсированные митральные пороки сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз и др.)- Застой крови в малом круге кровообращения может стать причиной образования в легких двусторонних очаговых теней, подобных теням при диссеминированном туберкулезе.

* *Диагностические критерии:*

- данные анамнеза о перенесенном ревматизме, других заболеваниях сердца;
- отсутствие явлений интоксикации;
- прогрессирующая одышка, сухой кашель (реже — влажный) при нормальной температуре тела;
- изменения размеров и конфигурации сердца, нарушения ритма, сердечные шумы, патологические изменения при ЭКГ-исследовании, иногда — отеки, увеличение печени;
- рентгенологически — очаги преимущественно в нижних и прикорневых участках, а также застойные расширенные корни. Возможно накопление трансудата в плевральной полости, что напоминает диссеминированный туберкулез легких, осложненный плевритом
- лечение мочегонными препаратами, сердечными гликозидами и другими препаратами способствуют положительной клинической и рентгенологической динамике;
- туберкулез легких может развиваться у лиц с сердечной патологией, поэтому в каждом случае необходимо тщательное обследование больного, многократное исследование мокроты на МБТ.

Митральный стеноз и
кардиогенный
гемосидероз



Застойные явления в
легких, трансудат в
плевральной полости
слева

Коллагенозы

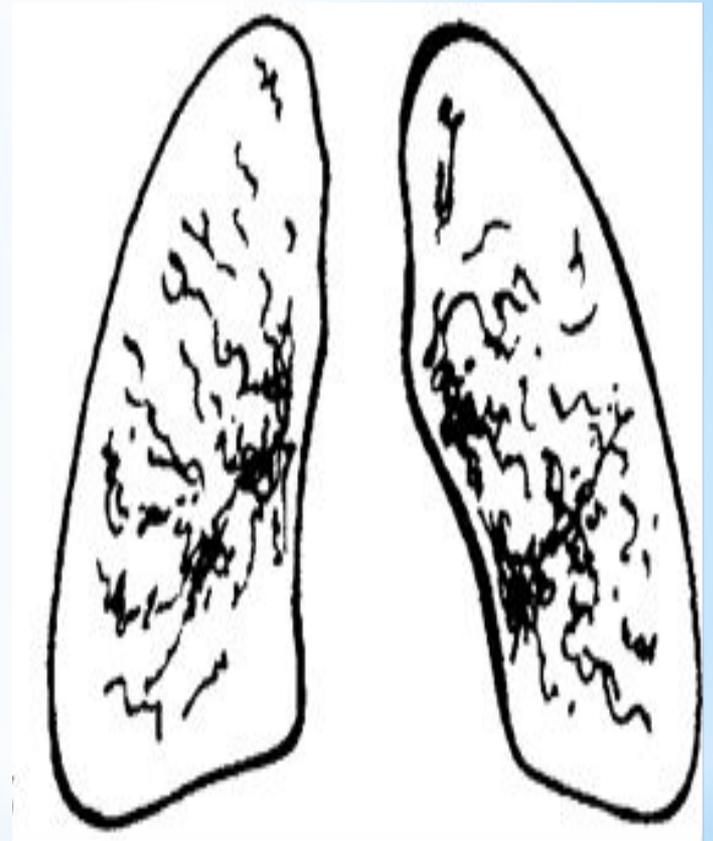
ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит, системная склеродермия, дерматомиозит и др.

* *Диагностические критерии:*

- характерно формирование васкулитов (сопровождаются кровохарканьем, одышкой) и периваскулярного склероза, которые рентгенологически проявляются усиленным легочным рисунком и очаговыми тенями, напоминающими диссеминированный туберкулез легких;
- одновременное поражение нескольких органов (кожи, суставов, почек, легких, лимфатических узлов, плевры, сердца и др.);
- аллергические и аутоиммунные реакции в виде кожной сыпи, артритов, артралгий;
- данные анализа крови — высокое содержание фибриногена, β - и γ -глобулинов, значительное повышение СОЭ;
- часто возникает астматический компонент заболевания;
- рентгенологически — двустороннее симметричное поражение, как правило, в нижних и прикорневых отделах легких .
- вовлечение в процесс плевры (плеврит) двусторонний со склонностью к быстрому рассасыванию (ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит);
- возможно формирование тонкостенных полостей (МБТ-);
- на фоне кортикостероидной терапии коллагенозное поражение легких быстро регрессирует.



© 2008 Elsevier Inc.



Спасибо за внимание!!!

