

## Синдром легочной диссеминации

А.С.Шальмин, Е.Н.Разнатовская

Запорожский государственный медицинский университет (ректор — профессор Ю.М.Колесник)  
Запорожье, Украина

В статье изложено состояние проблемы диагностики синдрома легочной диссеминации. Показаны перспективные пути разрешения данной проблемы.

**Ключевые слова:** синдром легочной диссеминации.

### Введение

Синдром легочной диссеминации (СЛД) — это клиничко-рентгенологический синдром, который характеризуется рядом клинических признаков и наличием на рентгенограмме легких двухсторонних диссеминированных теней. В большинстве случаев при отсутствии специфических жалоб и клинических признаков объединяет данную группу заболеваний именно наличие рентгенологического синдрома легочной диссеминации, не указывая на существо процесса.

Цель исследования было изучить клиничко-диагностические особенности синдрома легочной диссеминации.

### Классификация СЛД

Для обозначения этой группы болезней наиболее распространенными терминами являются диссеминированные заболевания легких, гранулематозные болезни легких, интерстициальные болезни легких, диффузные паренхиматозные болезни легких. Все заболевания этой группы по этиологии и патогенезу разделяют следующим образом:

1. Инфекционные:
  - диссеминированный туберкулез легких;
  - легочные микозы;
  - паразитарные;
  - респираторный дистресс-синдром;
  - СЛД при ВИЧ-инфицировании.
2. Неинфекционные:
  - пневмокозиозы;
  - экзогенные аллергические альвеолиты;
  - лекарственные;
  - радиационные;
  - посттрансплантационные.
3. Неустановленной природы:
  - идиопатический фиброзирующий альвеолит;

- саркоидоз;
- гистиоцитоз Х;
- альвеолярный протеиноз;
- идиопатический легочной гемосидероз;
- некротизирующие васкулиты (гранулематоз Вегенера, синдром Churg-Strauss);
- синдром Гудпасчера.

4. Системные заболевания, при которых нередко развивается СЛД, с прогрессированием и формированием диффузного легочного фиброза с дыхательной недостаточностью:

- ревматические болезни (ревматоидный полиартрит, системная красная волчанка, дерматомиозит, синдром Шегрена);
- болезни печени (хронический гепатит, первичный билиарный цирроз);
- болезни крови (аутоиммунная гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, хронический лимфолейкоз, эссенциальная криоглобулинемия);
- тиреодит Хашимото;
- Miastenia gravis;
- болезни кишечника (болезнь Уиппла, язвенный колит, болезнь Крона, болезнь Вебера-Кристиана);
- хронические болезни сердца (с левожелудочковой недостаточностью, с шунтированием слева направо);
- хроническая почечная недостаточность;
- системные васкулиты и др.

Среди инфекционных заболеваний с наличием СЛД самое значимое место занимает диссеминированный туберкулез легких, который подтверждается обнаружением микобактерий туберкулеза в мокроте. Появлению микозов обычно предшествует формирование иммунодефицита. Тщательно собранный эпидемиологический анамнез имеет большое значение в диагностике паразитарного поражения легких.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Для респираторного дистресс-синдрома характерно наличие септицемии, тяжелой травмы или интоксикации. СЛД при ВИЧ-инфицировании характеризуется наличием распространенного инфекционного процесса, который вызван атипичными микроорганизмами.

### Диагностика СЛД

В диагностике группы неинфекционных заболеваний СЛД большое значение имеет анамнез, знание экологических факторов, сведения об употреблении лекарств.

Что касается группы заболеваний СЛД неустановленной природы, то более приблизиться к правильному диагнозу позволит знание характерных клинических признаков этих заболеваний. Идиопатический фиброзирующий альвеолит начинается с тяжелой прогрессирующей одышки. При саркоидозе диагностика СЛД нередко является случайной находкой при рентгенологическом исследовании, характерна эффективность кортикостероидной терапии, биопсия лимфатических желез. При гистиоцитозе Х умеренная одышка сочетается с рецидивирующими пневмотораксами. При альвеолярном протеинозе клиническую картину определяет накопление в альвеолах белковолипидного вещества. Для легочного гемосидероза характерно кровохарканье. У больных с некротизирующими васкулитами кровохарканье сочетается с лихорадкой и присоединением вторичной инфекции. Для синдрома Гудпасчера характерно кровохарканье в сочетании с признаками гломерулонефрита.

В диагностике СЛД большое значение имеют:

1. тщательное исследование анамнеза и клинической симптоматики заболевания: анамнез заболевания (факторы экологической агрессии, курение, наследственность, сопутствующие заболевания и связанный с ними прием медикаментов, оценка развития симптомов, анализ архивных рентгенограмм); наличие основных клинических симптомов СЛД (одышка, кашель, кровохарканье, поражение плевры и внелегочные симптомы);

- рентгенодиагностика (главная рентгенологическая методика при СЛД, которая позволяет оценить не только распространенность процесса, но и проследить за его динамикой, — это компьютерная томография (КТ);

- функциональные методы диагностики;

- иммунологические методы диагностики СЛД способствуют установлению этиологии, позволяют качественно и количественно характеризовать иммунодефицит;

- микробиологические методы способствуют установлению этиологического диагноза инфекционного СЛД;

- бронхологические методы позволяют провести осмотр бронхиального дерева, произвести лаваж с подсчетом клеточных элементов, а также различные виды биопсий, в том числе и трансбронхиальную биопсию легких;

- исследования биопсийного материала (ранняя и точная диагностика большинства СЛД невозможна без исследования биопсийного материала).

### Клинические особенности СЛД

Заболевания СЛД различной природы, поэтому обусловлены множеством клинических проявлений. В литературе предложено группировать клинические признаки по характеру следующим образом.

1. Клиника стертая или отсутствует: гематогенно-диссеминированный туберкулез в фазе уплотнения, обызвествления; пневмокониоз I стадии, карциноматоз, саркоидоз, коллагеноз (ранняя фаза).

2. Преобладают признаки легочного поражения: острый гематогенно-диссеминированный туберкулез, бронхогенная туберкулезная диссеминация, острая пневмония, бронхолит, карциноматоз (прогрессирование), пневмокониоз (II-III стадии), коллагеноз (прогрессирование), пневмопатия в результате аспирации, застойное легкое, отек.

3. Преобладают общие клинические симптомы, признаки поражения системы крови, сердечно-сосудистой системы: лейкоз, лимфогранулематоз, ретикулез, коллагеноз, гемосидероз.

Рентгенологически по характеру диссеминации заболевания СЛД разделяют:

1. Милиарный (очаги размером 1-2 мм): острые вирусные пневмонии, милиарный туберкулез легких, лимфогематогенный туберкулез легких, пневмокониозы, саркоидоз, венозный застой в легких при заболеваниях сердца.

2. Мелкоочаговый (очаги размером 3-4 мм): хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, мелкоочаговая пневмония различной этиологии, пневмокониозы, саркоидоз, болезни соединительной ткани.

3. Среднеочаговый (очаги размером 5-8 мм): острые пневмонии различной этиологии, метастазы опухолей, саркоидоз.

4. Крупноочаговый (очаги размером 9-12 мм): острые пневмонии различной этиологии, отек легких при вдыхании различных веществ, отек легких при болезнях сердца, метастазы опухолей, саркоидоз.

По данным литературы, СЛД составляет около 20,0% болезней легких. М.М.Илькович

(1998) указывает на то, что диагностические ошибки у больных с СЛД составляют до 80,0% случаев, а адекватная специализированная помощь оказывается через 1,5-2 года после появления первых признаков, что отрицательно влияет на эффективность лечения.

### Клиническое наблюдение

Представляем клинический случай СЛД больного, который находился на стационарном лечении в диагностическом отделении КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС, историю болезни которого мы рецензировали.

Больной Б., 48 лет. По имеющимся данным, туберкулезом ранее не болел. На ФГ 2009-2010 гг. — органы грудной полости (ОГП) без патологии. Из анамнеза: на протяжении 13 лет страдает рассеянным склерозом. По данному поводу неоднократно получал лечение. С 09.09.2011 по 15.09.2011 г. находился на лечении в урологическом отделении. Поступил с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания, умеренные боли в поясничной области, слабость, субфебрильную температуру тела (данные жалобы отмечает в течение последних суток). Ранее к урологу не обращался. Установлен диагноз: хронический пиелонефрит в стадии нестойкой ремиссии. Хроническая почечная недостаточность 0-1 ст. Двухстороннее диффузное поражение верхних отделов легких неясного генеза. Рассеянный склероз. Новообразование левой почки?

Получал симптоматическое лечение.

Проведено обследование: УЗИ органов брюшной полости (11.09.2011): увеличение правой почки и ее паренхимы, левая почка бугристая, контур неровный, эктазия чашечно-лоханочной системы I ст. двухсторонняя. Обзорная внутривенная урография: почки отчетливо не прослеживаются, функция снижена. Контрастирование ЧЛС справа удовлетворительное, слева удовлетворительное. Теней, подозрительных на конкременты, не выявлено. Компьютерная томография органов брюшной полости: диффузные изменения надпочечников. Кисты печени. Диффузные изменения паренхимы почек.

15.09.2011 г. проведена фибробронхоскопия: субатрофический эндобронхит. В анализе аспирата из бронхов: МБТ не обнаружено, материал представлен клетками эпителия бронхов, встречаются скопления клеток с признаками умеренной гиперплазии, клеток с признаками озлокачествления не обнаружено. В мокроте: МБТ (-).

Рентгенообследование ОГП (РГ, ТГ, КТ): в верхних долях легких отмечается убывающая к диафрагме диссеминация, элементы кото-

рой локализируются в задних отделах, на фоне усиленного за счет интерстициального компонента легочного рисунка. Корни тяжисты перибронхиальными «муфтами». Заключение: легочная диссеминация.

Направлен на консультацию фтизиатра. После дообследования в анализе мокроты: МБТ (-). В анализе мочи: МБТ (-), обнаружены скопления клеток с признаками эпировой вакуолизации. Для дифференциальной диагностики направлен в диагностическое отделение КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС. Диагноз при поступлении (20.09.2011 г.): Синдром диссеминации.

Больному проведен полный комплекс дообследования. На основании этого установлен клинический диагноз: канцероматоз легких.

За время нахождения больного в отделении отмечалось наличие упорной высокой лихорадки неправильного типа, резистентной к антибиотикам. В анализе мочи на атипичные клетки выявлено на фоне тканевых клочков скопления полуразрушенных клеток, цитологически не определяемых, при повторном обследовании — встречаются группы клеток с признаками атипии. УЗИ органов брюшной полости (ОБП) (04.10.2011 г.): эхо-признаки диффузных изменений почек, очагового поражения левого надпочечника. Отмечалось нарастание нефротического синдрома, азотемии; в анализе мочи выявлены эритроцитурия, лейкоцитурия, протеинурия; нарастание анемии, увеличенная СОЭ, анизоцитоз, пойкилоцитоз; увеличение гамма-глобулина, гиподиспротеинемия.

Анализируя рентгенологическую динамику за время нахождения больного Б. в стационаре за месяц, отмечалось нарастание легочной диссеминации.

Диагноз заключительный клинический: Канцероматоз легких. Острая почечная недостаточность в стадии полиурии. Диссеминированный туберкулез легких? Рассеянный склероз с явлениями гемипареза. 21.10.2011 г. констатирована смерть больного.

Патологоанатомический диагноз:

1. Светлоклеточная аденокарцинома почек с прорастанием опухоли в паранефральную клетчатку, с распространенными метастазами в печень, легкие, поджелудочную железу, парааортальные лимфатические узлы.

2. Паренхиматозная дистрофия и застойное венозное полнокровие внутренних органов. Альвеолярный отек легких. Кахексия.

Непосредственной причиной смерти больного Б. послужила полиорганная недостаточ-

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ность в результате обширного метастатического процесса злокачественного новообразования почек.

Имеет место совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Анализируя причины неблагоприятного течения болезни и смертельного исхода, необходимо отметить объективные факторы, способствующие их развитию: развитие аденокарциномы почки с распространенными метастазами, что нашло подтверждение при патологоанатомическом исследовании; наличие рассеянного склероза.

Усугубляли неблагоприятное течение и исход заболевания и субъективные факторы: тяжесть состояния больного на этапе лечения в КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС; особенности клинического течения заболевания.

Для верификации диагноза онкопатологии почки необходимо было дополнительно про-

вести дообследование: магниторезонансную томографию; ангиографическое исследование (почечная рентгеноконтрастная ангиография); пункционную биопсию почек.

## Выводы

Учитывая вышеизложенное, проблема ранней диагностики заболевания, которое скрывается под общим диагнозом синдром легочной диссеминации, является чрезвычайно актуальной, последствия которого зависят от своевременной диагностики и лечения.

Таким образом, диагностика синдрома легочной диссеминации является актуальной и сложной проблемой современной фтизиопульмонологии. Основными ее компонентами при синдроме легочной диссеминации являются изучение анамнеза, оценка клинической симптоматики, рентгенологическое, функциональное и лабораторное исследование, биопсия.

## Литература

1. Пособие по дифференциальной диагностике туберкулеза и других заболеваний легких / Под ред. А.К.Германа. — Запорожье: Премьер, 2001. — 168 с.
2. Илькович М.М. Интерстициальные болезни легких. В кн. «Заболевания органов дыхания» / М.М.Илькович. — СПб., 1998. — С. 109-318.
3. Oliveri Ed. D. Interstitial lung diseases / Ed. D.Oliveri, R.M.du Bois. — Eur.Resp.Monograph. — Vol. 5. — 2000 p.
4. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International Consensus Statement // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 161. — P. 646-664.

**О.С.Шальмін, О.М.Разнатовська. Синдром легеневої дисемінації. Запоріжжя, Україна.**

**Ключові слова:** синдром легеневої дисемінації.

*У статті викладений стан проблеми діагностики синдрому легеневої дисемінації. Показано перспективні шляхи вирішення даної проблеми.*

**A.S.Shalmin, E.N.Raznatovskaya. Pulmonary syndrome dissemination. Zaporizhzhya, Ukraine.**

**Key words:** pulmonary syndrome dissemination.

*The article describes the current situation on the problem of diagnosis of pulmonary syndrome of dissemination. The perspective ways of solution of this problem were given.*

*Надійшла до редакції 03.01.2012 р.*