

УДК 616.24-033:611-018.5-079.4

© М.М. Савула, Н.М. Лопушанська, О.О. Прохоренко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ЛЕГЕНЕВИХ ДИСЕМІНАЦІЯХ**

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ЛЕГЕНЕВИХ ДИСЕМІНАЦІЯХ – 3 метою в'ясування особливостей диференційної діагностики серед 83 хворих із синдромом легенево дисемінації відібрано 74 з найчастішими захворюваннями: туберкульоз легень – 18, сарко доз II стадії – 18, інтерстиціальні захворювання легень (ІЗЛ) – 25, карциноматоз – 8, хронічні запальні процеси на тлі ХОЗЛ – 5. Встановлено, що етіологічна діагностика природи дисемінованих процесів у легенях можлива лише після детального аналізу анамнезу, результатів клінічних, лабораторних, інструментальних, функціональних і рентгенологічних досліджень. Ознаки дихальної недостатності, пневмофіброз, бульозні утвори в легенях свідчать про пізню діагностику інтерстиціальних захворювань легень. Своєчасне застосування комп'ютерно томографії і, за необхідності, біопсійних методів, сприяло б більш ранньому розпізнаванню цих процесів. У зв'язку з поліетіологічністю легеневої дисемінації, х диференційна діагностика все частіше стає мультидисциплінарною проблемою.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛЕГОЧНЫХ ДИССЕМИНАЦИЯХ – С целью выяснения особенностей дифференциальной диагностики среди 83 больных с синдромом легочной диссеминации отобраны 74 с наиболее частыми заболеваниями: туберкулез легких – 18, саркоидоз II стадии – 18, интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – 25, карциноматоз – 8, хронические воспалительные процессы на фоне ХОЗЛ – 5. Установлено, что этиологический диагноз природы диссеминированных процессов в легких возможен лишь после детального анализа анамнеза, результатов клинических, лабораторных, инструментальных, функциональных и рентгенологических исследований. Признаки дыхательной недостаточности, пневмофиброза, бульозные образования в легких свидетельствуют о поздней диагностике интерстициальных заболеваний легких. Своевременное применение компьютерной томографии и, при необходимости, биопсийных методов, может способствовать более раннему распознаванию этих процессов. В связи с полиэтиологичностью легочных диссеминаций, их дифференциальная диагностика все чаще становится мультидисциплинарной проблемой.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF LUNG DISSEMINATIONS – With the purpose to determine the peculiarities of differential diagnostics process, (there were chosen 74 patients with syndrome of lung dissemination from 83 available. There were the following patient distribution: lung tuberculosis – 18, sarcoidosis (stage II) – 18, interstitial lung disease – 25, cancer dissemination – 8, chronic inflammation associated with COPD – 5) was established that etiology of dissemination diagnostics is possible only after detailed analysis of anamnesis, results of clinical, laboratory, instrumental, functional and X-ray tests. The signs of respiratory failure, lung fibrosis, lung cysts are the evidence of late established diagnosis of interstitial lung disease. Performed timely CT-scan and biopsy are useful for more early diagnostics. Because of lung dissemination very different etiology, the differential diagnostics became multidisciplinary problem.

**Ключові слова:** синдром легенево дисемінації, діагностика.

**Ключевые слова:** синдром легочной диссеминации, диагностика.

**Key words:** syndrome of lung dissemination, diagnostics.

**ВСТУП** До рентгенологічного синдрому легенево дисемінації відносять гетерогенну групу захворю-

вань, яка охоплює близько 200 нозологій [ 2]. Вони становлять 20 % від всіх захворювань легень, половина з них – нечітко етіологі. Тривають дискусії щодо класифікації і термінології цих захворювань ще до цього часу [ 1, 5]. Підкреслено труднощі діагностики, зумовлені схожістю клінічних симптомів, близькістю результатів більшості стандартних методів дослідження. Це, зокрема, стосується інтерстиціальних захворювань легень (ІЗЛ), при яких діагностичні помилки після первинного обстеження сягають 75 % [4, 6]. Визнано високу інформативність комп'ютерно томографії (КТ), біопсійні методи мають велике значення на початкових стадіях захворювання, яке знижується на завершальному етапі [3, 5].

Метою роботи стало порівняння результатів клініко-лабораторних, інструментальних і рентгенологічних досліджень у хворих із легенево дисемінаціями різної природи.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Спостерігали 83 хворих (41 чоловік і 42 жінки віком від 23 до 72 років), у яких після стандартного обстеження (мікроскопічні пошуки кислотостійких бактерій, цитологічне дослідження харкотиння) не отримано етіологічного підтвердження діагнозу. У 9 пацієнтів певні захворювання (тромбоемболія віток легенево артерії, негоспітальна пневмонія, залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу, застійні явища в легенях) встановлено лише в поодиноких випадках (у 1-2 чол.), тому вони не включені в подальший аналіз. Серед інших 74 хворих виділено 5 груп із захворюваннями: дисемінований туберкульоз легень – 18, сарко доз II стадії – 18, карциноматоз – 8, хронічні запальні процеси на тлі ХОЗЛ – 5 та ІЗЛ – 25. Останню групу склали хворі з діагнозом ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту і неспецифічно інтерстиціально пневмонії – 18, ІЗЛ, що розвинулося на ґрунті гіперсенситивного пневмоніту (ГП) – 2, або системного захворювання сполучно тканини (СЗСТ) – 3, гістіоцитозу Х – 2.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** Аналізуючи названі 5 груп пацієнтів, можна відмітити, що серед хворих на туберкульоз була однакова кількість чоловіків і жінок, при карциноматозі і сарко дозі II стадії переважали чоловіки, при ІЗЛ – жінки. Серед хворих на туберкульоз і карциноматоз половина осіб були віком понад 60 років, при сарко дозі і ХОЗЛ переважали хворі віком від 40 до 59 років, при ІЗЛ однаково часто (по 40 %) – від 20 до 39 і від 40 до 59 років. Результати обстежень наведено в таблицях 1, 2, 3.

Зміни в загальному аналізі крові при всіх захворюваннях були виражені не різко. Найменше відхилень від норми (табл. 1) констатовано при сарко дозі. Прискорена ШОЕ найчастіше встановлена при туберкульозі (в поєднанні з лімфопенією), ХОЗЛ і карциноматозі, при якому у половини пацієнтів виявлені й інші зміни гемограми. Серед хворих на ІЗЛ найчастіше був лейкоцитоз (39,1%), дещо рідше висока ШОЕ (30,4 %).

Таблиця 1. Найчастіші зміни в загальному аналізі крові

№ з/п	Хвороби	Кількість хворих	Лейкоцитоз	Лімфопенія	Прискорена ШОЕ
1	Туберкульоз	16	7 (43,7 %)	8 (50 %)	10 (62,5 %)
2	Сарко доз	16	3 (18,7 %)	2 (12,5 %)	2 (12,5 %)
3	Карциноматоз	6	3 (50 %)	3 (50 %)	3 (50 %)
4	ХОЗЛ	5	1 (20 %)	1 (20 %)	3 (60 %)
5	Інтерстиціальні хвороби легень	23	9 (39,1 %)	5 (21,7 %)	7 (30,4 %)

Таблиця 2. Рентгенологічна характеристика процесу

№ з/п	Захворювання	Кількість хворих	Розмір вогнищ				Переважаюча локалізація (відділи легень)			Смуго-сті тіні	Порожнини		Збільшені лімфатичні вузли	Симптом "матового скла"
			малі	середні	великі	поліморфні	верхні і середні	нижні	тотально		розпад леген. тканини	тонкостінні були		
1	Туберкульоз	18	9 (50 %)	2 (11,1 %)	0	7 (38,8 %)	9 (50 %)	0	9 (50 %)	6 (33,3 %)	8 (44,4 %)	3 (16,6 %)	4 (22,2 %)	0
2	Сарко доз	18	5 (27,7 %)	4 (22,2 %)	2 (11,1 %)	7 (38,8 %)	5 (27,7 %)	6 (33,3 %)	7 (38,8 %)	6 (33,3 %)	0	1 (5,5 %)	15 (83,3 %)	2 (11,1 %)
3	Карциноматоз	8	6 (75 %)	0	0	2 (25 %)	1 (12,5 %)	2 (25 %)	5 (62,5 %)	2 (25 %)	0	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	0
4	ХОЗЛ	5	3 (60 %)	0	0	2 (40 %)	3 (60 %)	0	2 (40 %)	5 (100 %)	0	2 (40 %)	1 (20 %)	0
5	Інтерстиціальні хвороби	25	16 (64 %)	1 (4 %)	0	8 (32 %)	3 (12 %)	10 (40 %)	12 (48 %)	24 (96 %)	0	17 (68 %)	8 (32 %)	8 (32 %)

Таблиця 3. Проба Манту

№ з/п	Хвороби	Кількість хворих	Розмір папули (мм)		
			до 5	5-15	Більше 15
1	Туберкульоз	17	8 (47 %)	8 (47 %)	1 (6 %)
2	Сарко доз	17	13 (76,4 %)	3 (17,6 %)	1 (5,9 %)
3	Карциноматоз	6	1 (16,6 %)	5 (83,3 %)	0
4	ХОЗЛ	5	3 (60 %)	2 (40 %)	0
5	Інтерстиціальні хвороби легень	19	6 (31,5 %)	11 (57,9 %)	2 (10,5 %)

Великого значення при встановленні діагнозу надають рентгенологічному обстеженню (табл. 2). Всупереч традиційним уявленням, що дисемінація у верхньо-середніх відділах легень і поліморфізм вогнищ характерні для туберкульозу, видно, що ці ознаки (як і малі вогнища з тотальним х розповсюдженням) можливі при всіх перелічених захворюваннях. Тому при встановленні діагнозу туберкульозу враховували також явища інтоксикації, наявність розпаду легеневої тканини (44,4 %), одночасне ураження мозкових оболонок (2 хворих), появу росту мікобактерій при культуральному дослідженні.

Задовільний загальний стан, помітне збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ) – 83,3 %, негативна або сумнівна реакція на туберкулін – 76,4 % були зазвичай ознаками сарко дозу.

Невелике збільшення ВГЛВ, виявлене за допомогою КТ, було також при інших захворюваннях. При карциноматозі це розглядали як ознаки метастазування. Для підтвердження цього діагнозу проводили цитологічне дослідження харкотиння, бронхоскопію, пошуки первинно пухлини в інших органах.

Деяке збільшення ВГЛВ (у 2 з елементами звапнення) виявили також у 8 осіб із ІЗЛ. Це були хворі, у яких ІЗЛ розвинулося на ґрунті ревматоїдного поліарт-

риту, ГП, особи, які в минулому перенесли туберкульоз. Однак при встановленні діагнозу ІЗЛ враховували також ознаки смугастого або комірчастого пневмосклерозу, наявність бульозних змін переважно в нижніх відділах легень (68 % хворих), картину "стільниково" легень, симптом "матового скла" (32 %). При гістіоцитозі Х мали значення співіснуючий нецукровий діабет, виражена себорей, рецидивний пневмоторакс. Хворі цієї групи скаржилися на наростаючу задишку, об'єктивно – "целофанові хрипи", у частини – деформація фаланг у вигляді "барабанних паличок", переважно рестриктивний тип дихально недостатності, попереднє неефективне лікування антибіотиками або протитуберкульозними препаратами. Тривалий кашель, лікування в минулому з приводу "бронхіту", зловживання курінням, ознаки бронхообструкції, емфіземи, певне поліпшення стану на тлі застосування бронхолітиків і антибіотиків були більше властиві для запальних процесів на тлі ХОЗЛ. У 2 хворих на ХОЗЛ виявлені одиничні тонкостінні були. Слід відмітити, що бульозні утвори в окремих випадках встановлені також у пацієнтів інших груп (табл. 2), особливо старшого віку.

Фібробронхоскопія дозволила підтвердити діагноз активного туберкульозу легень у 2 хворих, у яких виявлено свіжий туберкульоз бронха. В той же час

післятуберкульозні зміни в бронхіальному дереві встановлені у 2 пацієнтів з ІЗЛ і по одному – при сарко дозі та ХОЗЛ. Деформації бронхів (при сарко дозі в 3 випадках розширення шпор) константовано у третини, запальний процес різного ступеня – у половини хворих всіх груп.

Результати проби Манту (табл. 3) не завжди були інформативними. Всупереч традиційним уявленням про згасання чутливості до туберкуліну при злоякісних процесах, проба Манту була позитивною у 5 із 6 хворих на карциноматоз. Негативні або сумнівні реакції на туберкулін найчастіше констатовані при сарко дозі (76,4 %), але також у 8 (47 %) із 17 пацієнтів з дисемінованим туберкульозом легень. Тому в сучасних умовах результати цієї проби можуть мати лише допоміжне значення.

Вагому інформацію отримано при КТ. Лише за допомогою у 21 (25,3 %) хворого із 83 вдалося виявити збільшені ВГЛВ, а у 12 (14,4 %) виключити їх збільшення. У 21 (25,3 %) пацієнта виявлено тонкостінні бульозні утвори, у 6 (7,3 %) – дрібні деструкції легеневої тканини, у 10 (12 %) – симптом “матового скла”, що істотно допомогло встановити клінічний діагноз. КТ з внутрішньовенним контрастуванням (2) не внесла додатково корисно для діагностики інформації. Суперечливими були також висновки патогістологів на підставі вивчення матеріалу, отриманого при пункційній (2) і хірургічній (1) біопсії легень.

Отже, діагностика природи дисемінованих процесів можлива лише на підставі комплексного обстеження і співставлення його результатів з клінічною картиною захворювання.

**ВИСНОВКИ** 1. Встановлення природи захворювання у осіб з синдромом легеневої дисемінації можли-

ве після детального аналізу анамнезу, результатів клінічних, лабораторних, інструментальних, функціональних і рентгенологічних досліджень, в т. ч. КТ.

2. Про пізню діагностику ІЗЛ свідчить наявність у всіх хворих цієї групи ознак дихальної недостатності, вираженого пневмофіброзу, а у 68 % із них також бульозних утворів в легенях. Своєчасне застосування КТ і, за необхідності, біопсійних методів, сприяло б більш ранньому і точному діагностуванню цих процесів.

3. У зв'язку з поліетіологічністю дисемінованих процесів в легенях, їх диференційна діагностика все частіше стає мультидисциплінарною проблемою.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веллс А.У., Хирани Н. Интерстициальные заболевания легких: клинические рекомендации Британского торакального общества совместно с Торакальным обществом Австралии и Новой Зеландии и Ирландским торакальным обществом. Часть 1 и часть 11 // Пульмонология. – 2009. – № 4. – С. 11-57. и № 5. – С. 9-63.
2. Диссеминированные процессы в легких / Под ред. Н.В. Путова. – М: Медицина, 1984. – 224 с.
3. Фещенко Ю.І., Гаврисюк В.К., Моногарова Н.Е. Ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії: класифікація, діагностика, лікування (проект національної угоди) // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 3. – С. 38-46.
4. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких. – [http://old.consilium-medicum.com/.../05\\_06/3\\_stml](http://old.consilium-medicum.com/.../05_06/3_stml).
5. Dempsey O.J. Clinical review: idiopathic pulmonary fibrosis – past, present and future // Respiratory medicine. – 2006. – Vol. 100. – P. 1871-1885.
6. Flaherty K.R., King T.E.Ir., Raghu G. Idiopathic interstitial pneumonia: what is the effect of a multidisciplinary approach to diagnosis? // Am. J. Resp. Crit.Care.Med. – 2004. – 170. – P. 904-910.

Отримано 14.05.10