

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Ибадова О.А.¹, Шодикулова Г.З.², Нажмиддинов А.Ш.³

¹Ибадова Ольга Александровна – ассистент;

²Шодикулова Гуландом Зикрияевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой;

³Нажмиддинов Алишер Шавкат угли – резидент магистратуры,

кафедра внутренних болезней № 3,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: проведен ретроспективный анализ историй болезни 84 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией: 7 - с экзогенным аллергическим альвеолитом, 12 - с системной склеродермией, 23 пациента с идиопатическим легочным фиброзом и 6 - с лекарственной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии и аллергологии, а также в отделении интенсивной терапии центральной больницы Самаркандского городского медицинского объединения за период 2020-2021 гг. Установлено, что при проведении дифференциальной диагностики неспецифической интерстициальной пневмонии от других заболеваний легких необходимо особое внимание уделить анамнезу, клинической картине и КТ-признакам, в целом применить мультидисциплинарный подход с участием пульмонолога, рентгенолога, ревматолога и морфолога.

Ключевые слова: интерстициальные болезни лёгких, неспецифическая интерстициальная пневмония, мультидисциплинарный подход, альвеолит, «матовое стекло», «сотовое лёгкое».

Введение. В последнее время резко возрос интерес ряда отечественных и зарубежных исследователей к проблеме своевременной диагностики и лечения заболеваний органов дыхания [2,3,9]. В свете возникшей пандемии коронавируса, при которой, вследствие поражения дыхательных путей летальные исходы возникают из-за развившейся тяжелой формы интерстициальной пневмонии, данное направление приобретает особую актуальность. «Интерстициальные болезни легких» (ИБЛ) - на сегодняшний день наиболее распространенный в мире термин для обозначения группы заболеваний легких [1,3,4]. Это понятие предполагает преимущественное поражение интерстиция легочной ткани, с вовлечением воздухоносных путей в патологический процесс. «Диффузные паренхиматозные болезни легких» - акцент на паренхиматозном поражении, то есть альвеолите [5,6]. Интерстициальные болезни легких можно разделить на заболевания с известной этиологией, неустановленной природы и вторичные при системных заболеваниях [3,4]. Неспецифическая интерстициальная пневмония – второй по частоте (после ИЛФ) вариант интерстициальных пневмоний, встречающийся в 14-35% случаев биопсий при ИИП [11]. Рис 1.



Рис. 1. Неспецифическая интерстициальная пневмония в структуре идиопатических интерстициальных пневмоний

НСИП может выступать как самостоятельное заболевание неизвестной природы, но чаще бывает проявлением системных заболеваний соединительной ткани, лекарственных поражений легких или следствием диффузного альвеолярного повреждения, например после перенесенных тяжелых форм гриппа. A.L. Katzenstein и R.F Fiorelli [8] выделили три группы НСИП – с преобладанием воспаления

(клеточный), имеет более благоприятный прогноз, обычно лучше отвечает на лечение; с преобладанием фиброза (фиброзный) и смешанный без преобладания, то есть наличие альвеолита и фиброза в близких пропорциях. НСИП возникает преимущественно у женщин (3:1), в большинстве - не курящих (70%) в любом возрасте, но зачастую большинство случаев приходится на вторую половину жизни [4,2,12].

Цель исследования. Выявление и установление дифференциально-диагностических критериев неспецифической интерстициальной пневмонии и других заболеваний легких.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 84 пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (НСИП), 23 пациента с ИЛФ, 7 - с экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА), 6 - с лекарственной пневмонией (ЛП) и 12 - с системной склеродермией (ССД) находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии и аллергологии и отделении интенсивной терапии Центральной больницы самаркандского городского медицинского объединения за период 2020-2021 гг. У всех пациентов выполнен необходимый объем обследования с применением клинико-лабораторных методов, а также рентгенографии, компьютерной томографии высокого разрешения (ВРКТ). Были подключены специалисты узкого профиля, такие как пульмонологи, ревматологи, морфологи и рентгенологи.

Результаты исследования. Результаты проведенного нами мультидисциплинарного исследования свидетельствуют о том, что особое внимание необходимо уделять анамнезу, клинической картине и КТ-признакам. В частности, в анамнезе при НСИП выявлялся артралгический синдром, начало заболевания до 40 лет; при ИЛФ - начало заболевания после 50 лет, в анамнезе - длительное курение; при ЭАА - экспозиция с потенциальным аллергеном; при ССД - синдром Рейно; при ЛП - прием амиодарона, циклофосфана, метотрексата или иммунобиологических препаратов. В клинике НСИП - чаще некурящие женщины; при ИЛФ - чаще мужчины, с клиническими симптомами пальцы - «барабанные палочки», ногти - «часовые стекла»; при ЭАА - усиление одышки, лихорадка после контакта с аллергеном; при ССД - так называемый CREST-синдром, а именно: кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия и телеангиоэктазия; при ЛП - появление респираторных симптомов совпадает с приемом лекарственного препарата. КТ-признаки при НСИП - «матовое стекло», преимущественно базальная и перикостальная локализация, симметричные субплевральные зоны сохраненной паренхимы умеренные ретикулярные изменения; при ИЛФ - «сотовое легкое», выраженные ретикулярные изменения с преимущественной субплевральной и базальной локализацией; при ЭАА - «матовое стекло», непораженные субплевральные полоски (subpleural sparing), равномерное распределение с захватом верхних долей дольковые участки пониженной прозрачности; внутридольковые узелки; при хроническом течении - утолщение междольковых и внутридольковых перегородок, субплевральные «соты»; при ССД - идентичны НСИП в сочетании с дилатацией пищевода, расширением легочной артерии; при ЛП - идентичны НСИП.

Необходимо отметить, что немало важно, при системной склеродермии характерно появление синдрома Рейно, дилатации пищевода за счет склероза перизофагеальной клетчатки средостения, которые часто на много лет опережает паренхиматозные поражения. Системные заболевания соединительной ткани, экзогенный аллергический альвеолит и лекарственные поражения легких могут иметь рентгенологический паттерн НСИП. КТ-картина включает набор возможных уже описанных выше рентгенологических проявлений. Эти симптомы могут выявляться раньше, чем поражение паренхимы легких. Еще одним рентгенологическим признаком ССД является дилатация легочной артерии, отражающая тяжелую легочную гипертензию, развивающуюся примерно у 20% ССД.

Хронические и подострые формы ЭАА рентгенологически дифференцировать с НСИП весьма трудно. С.І. Silva и соавт. [10,12,13] на основании сравнительного анализа КТ-данных у 66 пациентов считают, что для ЭАА более типично появление центрилобулярных очажков и отсутствие доминирования нижнедолевой локализации поражения, дольковых участков повышенной прозрачности с воздушными ловушками, лишенных сосудов. При этом пациенты с ЭАА не всегда способны идентифицировать пусковой аллерген. Важным диагностическим тестом, облегчающим дифференциальный диагноз ЭАА от ИИП, считается цитологический анализ жидкости бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Появление более 50% Т-лимфоцитов в клеточном осадке свидетельствует (с определенными оговорками) в пользу диагноза ЭАА.

При ЛП - метотрексат, циклофосфамид, и амиодарон - это препараты, которые наиболее часто вызывают пневмопатии по типу НСИП. Обозримая хронологическая связь приема препарата с развитием интерстициального процесса в легких обычно облегчает правильную интерпретацию диагноза. В практике описаны случаи задержки лекарственной болезни на несколько лет после завершения лечения. Для лекарственно-индуцированной НСИП не существует четких дифференциальных отличий от НСИП как самостоятельного заболевания.

Было установлено, что до появления крупных сравнительных исследований ошибочная диагностика НСИП была весьма распространенной. Так, в 1999 г. Т. Johkoh и соавт. [7,9,13] оценили соответствие рентгенологического и морфологического диагнозов у 129 пациентов с ИИП. Оказалось, что два независимых рентгенолога правильно поставили диагноз ИЛФ у 71% пациента, диагноз

облитерирующего бронхолита с организуемой пневмонией – в 79% случаев, десквamatной интерстициальной пневмонией – у 63% больных, в то время как верная интерпретация НСИП имела место только у 9 % пациентов. В дальнейшем несколько исследований показали, что принципиальными различиями на КТВР ИЛФ и НСИП являются выраженность сотовой дегенерации, типичной для ИЛФ и «матового стекла» (признак НСИП). Довольно характерный для НСИП симптом, не встречающийся при ИЛФ – присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Сложнейшей задачей является дифференцировка НСИП от десквamatной интерстициальной пневмонии (ДИП) [4,5]. Для последней характерно возникновение почти исключительно у активно курящих (чаще мужчин), тогда как НСИП в большинстве случаев развивается у некурящих женщин. Для ДИП в большей степени, чем для НСИП, характерны воспалительные изменения в крови – увеличение СОЭ более 50 мм/ч и повышение СРБ, а также возрастание уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ). В жидкости БАЛ на фоне увеличенного общего цитоза обычно находят бурые макрофаги и умеренную эозинофилию и нейтрофилию, в то время как для НСИП свойственны умеренный лимфоцитоз и/или нейтрофилия. При КТ грудной клетки, как и при НИП, выявляют двухсторонние зоны «матового стекла», с локализацией в периферических и базальных отделах легких. Тем не менее при ДИП значительные изменения могут локализоваться и в верхних отделах легких, что несвойственно НСИП. В целом для «матового стекла» при ДИП характерна мозаичная картина, когда пораженные участки чередуются с нормальной паренхимой, очень напоминая воздушные подушки при ЭАА. Ретикулярные изменения, как правило, слабо выражены, зато почти всегда находят утолщенные бронхи как результат длительного курения. ДИП хорошо отвечает на лечение системными стероидами, имеет благоприятный прогноз и нередко разрешается, не оставляя после себя следов.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования, свидетельствуют о том, что по клиническому течению неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) схожа с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ), экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА), системной склеродермией (ССД) и лекарственной пневмонией (ЛП). Весомые различия наблюдаются в морфологической картине и патологическом клеточном составе. Это дает нам возможность предположить схожесть всех интерстициальных пневмоний как последовательный процесс формирования легочного фиброза в финале. При проведении дифференциальной диагностики неспецифической интерстициальной пневмонии от других заболеваний легких следует учитывать мультидисциплинарный подход к проблеме и необходимо особое внимание уделить анамнезу, клинической картине и КТ-признакам заболевания.

Список литературы

1. Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рузиева А.А. Хроническая сердечная недостаточность у молодых пациентов с ожирением на фоне хронической обструктивной болезни легких // Достижения науки и образования, 2020. № 3 (57).
2. Аляев Б.А., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш., Каюмова М.Б., Зуфаров М.А., Очилов С.М. Оценка взаимосвязи нарушений легочной гемодинамики и качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и эффекты комплексной терапии // Кардиология Узбекистана, 2019. № 4 (54). С. 63-67.
3. Базарова С.А., Насирова А.А., Шодидулова Г.З. Оценка врачебной тактики при лечении бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких // Теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования, 2019. С. 43-47.
4. Гайбиева Ш.А. Covid-19 И Беременность, Влияние Covid-19 На Беременность // Central Asian journal of medical and natural sciences, 2021. Т. 2. № 6. С. 171-176.
5. Гостищев В.К. и др. Гомеопатия в лечении эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких // Традиционная медицина, 2014. №.2 (37) 2014. С. 18-27.
6. Давлатов С.С. и др. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких //Сборник научных трудов одарённых студентов СамМИ, 2009. Т. 29. С. 94.
7. Ибадова О.А., Аралов Н.Р. Диагностические трудности и различия в терминологии идиопатической фиброзирующей болезни легких// Научно-методический журнал «Достижения науки и образования». №2(56), 2020. Иваново. С. 63-68.
8. Ибадова О.А., Аралов Н.Р., Курбанова З.П. Роль сурфактантного белка D (SP-D) в иммунном ответе при неспецифической интерстициальной пневмонии // Научно-методический журнал «Достижения науки и образования». №4(58), 2020. Иваново. С. 45-50.
9. Курбаниязов З.Б. и др. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // Проблемы биологии и медицины, 2014. № 3. С. 79.

10. Курбаниязов З.Б. и др. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких // Актуальные вопросы современной пульмонологии. Материалы конференции, 2018. С. 107.
11. Махматмурадова Н.Н., Аралов Н.Р., Сафарова М.П. Клинико-иммунологическая характеристика неспецифической интерстициальной пневмонии // Научно-методический журнал «Достижения науки и образования». №13 (54), 2019. Иваново. С. 117-120.
12. Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш., Бадритдинова М.Н. Особенности легочной гемодинамики, ремоделирования и диастолической функции правого желудочка и режимы комплексной терапии у больных хронической обструктивной болезни легких // Новый день в медицине, 2020. №2 (30/2). С. 291-294.
13. Рахманов К.Э. и др. Значение химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза легких // Материалы научно-практической конференции с международным участием "Паразитарные и инфекционные болезни в краевой патологии центрально-азиатского региона". Самарканд, 2018. С. 72.
14. Ризаев Ж.А., Гадаев Г.А., Абдуллаев Д.Ш. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у боль с хронической сердечной недостаточностью // Медицинский журнал Узбекистана, 2017. № 1. С. 108-111.
15. Ризаев Ж.А., Раимкулова Д.Ф. Особенности течения пневмонии, ассоциированной с кариесом зубов, у детей // Тиббиёт ва спорт Medicine and Sport, 2020. С. 3.
16. Ризаев Ж.А., Рахимова Д.А., Жумаев С.Ю. Особенности поражения тканей пародонта у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2020. № 3. –С. 63-65.
17. Стреляева А.В. и др. Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных // Хирургическая практика, 2014. № 1. С. 43-50.
18. Тешаев Ш.Ж. Морфометрические показатели семенников крыс и их изменения при воздействии хлората магния и которана // Морфология, 2008. Т. 133. № 2. С. 133.
19. Шамсиев А.М. и др. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // Проблемы современной науки и образования, 2017. № 37 (119).
20. Шамсиев А.М., Базаров Б.Б., Байбеков И.М. Патоморфологические изменения бронхов и легких при инородных телах у детей // Детская хирургия, 2009. № 6. С. 35-37.
21. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Гаффаров У.Б. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и легких у детей // Детская хирургия, 2008. № 5. С. 46-47.
22. Шодиккулова Г.З. Влияние L-аргинина на дисфункцию эндотелия у больных с врожденным пролапсом митрального клапана / Казанский Медицинский Журнал, 2014. №3. Стр. 326-331.
23. Ярмухамедова С.Х., Шодиккулова Г. Параметры внутрисердечной гемодинамики и структурно-функционального состояния миокарда при монотерапии больных эссенциальной гипертонией моксонидином // Академический журнал Западной Сибири. 2012. № 3. С. 33-34.
24. Shodikulova G.Z. Assessment of activity of matrix metalloproteases 2 and 9 in their interconnection with the level of magnesium ions in the blood of patients with congenital prolapsed of mitral valve. // Medical and Health Science Journal. Volume 14. Czech, 2013/14/1. P. 87-90.
25. Shodikulova G.Z., Toirov E.S., Babamuradova Z.B. Clinical biochemical features in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia.// Austria Vienna European Science Review January-February. №1-2 2016. P. 129-131.