



JOURNAL OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК:616. 24-002.25

Махматмуродова Наргиза Негматуллаевна

ассистент кафедры внутренних болезней №4 Самаркандского
Государственного медицинского института. г. Самарканд, Узбекистан

Ибадова Ольга Александровна

ассистент кафедры внутренних болезней №3 Самаркандского
Государственного медицинского института. г. Самарканд, Узбекистан

Закирьяева Парвина Адилевна

ассистент кафедры внутренних болезней №4 Самаркандского
Государственного медицинского института. г. Самарканд, Узбекистан

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

For citation: Makhmatmuradova N. N. Ibadova O.A. Zikriyeva P.A. Differential diagnostics of non-specific interstitial pneumonia. Journal of cardiorespiratory research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 50-52



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2020-2-7>

АННОТАЦИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, 24 пациента с идиопатическим легочным фиброзом, 8 - с экзогенным аллергическим альвеолитом, 12 - с системной склеродермией и 6 - с лекарственной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии и аллергологии Самаркандского городского медицинского объединения в 2010-2019 гг. Установлено, что при проведении дифференциальной диагностики неспецифической интерстициальной пневмонии и других заболеваний легких необходимо особое внимание уделить анамнезу, клинической картине и КТ-признакам.

Ключевые слова: неспецифическая интерстициальная пневмония, заболевания легких, дифференциальная диагностика, признаки.

Makhmatmuradova Nargiza Negmatullaevna

Samarqand davlat tibbiyot institutining 4-sonli ichki
kasalliklar kafedrası assistenti. Samarqand sh., O'zbekiston

Ibadova Olga Aleksandrovna

Samarqand davlat tibbiyot institutining 3-sonli ichki
kasalliklar kafedrası assistenti. Samarqand sh., O'zbekiston

Zikriyeva Parvina Adilovna

Samarqand davlat tibbiyot institutining 4-sonli ichki
kasalliklar kafedrası assistenti. Samarqand sh., O'zbekiston

NOSPETSIFIK INTERSTITSIAL PNEVMONIYANING DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKASI

ANNOTATSIYA

2010-2019 yillar davomida Samarqand shahridagi tibbiyot birlashmasi pulmonologiya bo'limida nospetsifik interstitsial pnevmoniya bilan 82 ta, idiopatik fibrozi bilan 24 ta, ekzogen allergenli alveolitli 8 ta, tizimli sklerodermiya 12 ta va dori pnevmoniyasiga chalingan 6 ta stasionar davolanishda bo'lgan bemorlar kasallik tarixlari retrospektiv tahlili o'tkazildi. Nospetsifik interstitsial pnevmoniya va boshqa kasalliklarni, differentsial diagnostikasi anamnez, klinik belgilar va KT belgilariga alohida e'tiborni qaratish lozimligi aniqlanadi.

Kalit so'zlar: nospetsifik interstitsial pnevmoniya, o'pka kasalliklari, differentsial diagnostika, belgilar.

Makhmatmuradova Nargiza Negmatullaevna

assistant of the Department of Internal Medicine No. 4 of the
Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan

Ibadova Olga Alexandrovna

assistant of the Department of Internal Medicine No. 3 of the
Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan

Zikriyeva Parvina Adilovna

assistant of the Department of Internal Medicine No. 4 of the Samarkand State Medical Institute. Samarkand, Uzbekistan

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

ANNOTATION

A retrospective analysis of case histories of 82 patients with nonspecific interstitial pneumonia, 24 patients with idiopathic pulmonary fibrosis, 8 with exogenous allergic alveolitis, 12 with systemic scleroderma and 6 with drug pneumonia was carried out in hospital treatment in the pulmonology department of the Samarkand city medical hospital in 2010-2019 years. It has been established that in the differential diagnosis of nonspecific interstitial pneumonia and other lung diseases, particular attention should be paid to the anamnesis, clinical presentation and CT signs.

Keywords: nonspecific interstitial pneumonia, lung disease, differential diagnosis, signs.

Актуальность. Резко возрос интерес ряда отечественных и зарубежных исследователей к проблеме своевременной диагностики и лечения заболеваний органов дыхания [2,3,9]. Особенно в свете возникшей проблемы пандемии коронавируса, при которой, вследствие поражения дыхательных путей летальные исходы возникают из-за развившейся тяжелой формы интерстициальной пневмонии. «Интерстициальные болезни легких» (ИБЛ) - на сегодняшний день наиболее распространенный в мире термин для обозначения группы заболеваний [1,3,4]. Это понятие предполагает преимущественное поражение интерстиция легочной ткани, с нередким 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]. 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); с преобладанием фиброза (фиброзный) и смешанный без преобладания, то есть наличие альвеолита и фиброза в близких пропорциях. Клеточный вариант НСИП имеет более благоприятный прогноз, обычно лучше отвечает на лечение, чем фиброзный. НСИП может возникать у женщин (более двух третей), не курящих (70%) в любом возрасте, но большинство случаев приходится на вторую половину жизни [4,2,12].

Цель исследования. Изучение дифференциально-диагностических признаков неспецифической интерстициальной пневмонии и других заболеваний легких.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (НСИП), 24 пациента с ИЛФ, 8 - 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 Самаркандского городского медицинского объединения за период 2010-2019 гг. У всех пациентов выполнен необходимый объем обследования с применением клинико-лабораторных методов, а также рентгенографии, компьютерной томографии высокого разрешения (ВРКТ).

Результаты исследования. Результаты проведенного 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, «барабанные палочки» на кистях; при ЭАА - усиление одышки, лихорадка после контакта с аллергеном; при ССД - склеродактилия; при ЛП - появление респираторных симптомов совпадает с приемом лекарственного препарата. КТ-признаки при НСИП - «матовое стекло», преимущественно базальная 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 полосы (subpleural sparing), равномерное распределение с захватом верхних долей дольковые участки пониженной прозрачности; внутридольковые узелки; при хроническом течении – субплевральные «соты», утолщение междольковых и внутридольковых перегородок; при ССД - идентичны НСИП в сочетании с дилатацией пищевода, расширением легочной артерии; при ЛП - идентичны НСИП.

Необходимо отметить, что при системной склеродермии характерно появление синдрома Рейно, дилатации пищевода за счет склероза перизофагальной клетчатки средостения, которые часто на много лет опережают паренхиматозные поражения. Системные заболевания соединительной ткани, лекарственные поражения легких и экзогенный аллергический альвеолит могут иметь рентгенологический паттерн НСИП. Соответственно 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. C.I. Silva и соавт. [10,12,14] 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 - циклофосфамид, метотрексат 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.

Нами было установлено, что до появления крупных сравнительных исследований ошибочная диагностика НСИП была весьма распространенной. Так, в 1999 г. T. Johkoh и соавт. [7,9,14] 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, дескваматной 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 дескваматной 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 бурные макрофаги и умеренную эозинофилию и нейтрофилию, в то время как для НСИП свойственны умеренный лимфоцитоз и/или нейтрофилез. 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). При проведении дифференциальной диагностики неспецифической интерстициальной пневмонии и других заболеваний легких следует учитывать мультидисциплинарный подход к проблеме и необходимо особое внимание уделить анамнезу, клинической картине и КТ-признакам заболевания.

Список литературы/ Iqtiboslar/References

1. Аверьянов А.В., Лесняк В.Н., Коган Е.А. Редкие заболевания легких: диагностика и лечение. // Изд-во МИА, Москва. – 2016. – 245 с.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Симонова, И.И. К вопросу о системном воспалении при хронической обструктивной болезни легких стабильного течения / И.И. Симонова, М.В. Антонюк, Л.В. Веремчук и др. // Здоровье. Медицинская экология. Наука. -2016. - Том 67, №4. - с. 44-54.
6. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких // Consilium medicum. - 2003. - Том 5. Ч № 4. - С.176-181.
7. Interstitial lung diseases. Ed. by D.Oliveri, R.M.du Bois. Eur.Resp.Monograph. 2000. - Vol.5. - Mon.14. 288 p.
8. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International Consensus Statement // Am.J.Respir.Crit.Care Med. - 2000. - Vol. 161. - P. 646-664.
9. Johkoh T., Muller N.L., Colby T.V. et al. Nonspecific interstitial pneumonia: correlation between thin-section CT findings and pathologic subgroups in 55 patients // Radiology. – 2002. – Vol. 225. – P. 199-204.
10. Katzenstein A.L., Fiorelli R.F. Nonspecific interstitial pneumonia/fibrosis: histologic features and clinical significance // Am. J. Surg. Pathol. – 1994. – Vol. 18. – P. 136-147.
11. Makhmatmuradova N.N., Safarova M.P. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease // Международная научно-практическая интернет-конференция «Тенденции и перспективы развития науки. – 2019. - Выпуск №44. – Украина. - с. 510-512.
12. Silva C.I., Muller N.L., Fujimoto K. et al. Acute exacerbation of chronic interstitial pneumonia: high-resolution computed tomography and pathologic findings // J. Thorac. Imaging. – 2007. – Vol. 22. – P. 221-229.
13. Souza C.A., Muller N.L., Lee K.S. et al. Idiopathic interstitial pneumonias: prevalence of mediastinal lymphnode enlargement in 206 patients: AJR. Am. J. Roentgenol. – 2006. – Vol. 186. – P. 995-999.
14. Travis W.D., Hunninghake G., King T.E. Jr. et al. Idiopathic nonspecific interstitial pneumonia: report of an American Thoracic Society project // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2008. – Vol. 177. – P. 1338-1347.