
ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАСПОЗНАВАНИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Г.А. Сташук, С.Э. Дуброва
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Диффузные заболевания легких (ДЗЛ) представляют собой большую неоднородную группу заболеваний воспалительной, опухолевой и другой природы и имеют двустороннюю распространенную локализацию: это идиопатический фиброзирующий альвеолит, экзогенный аллергический альвеолит, саркоидоз, пневмокониозы, диссеминированный туберкулез, легочные диссеминации опухолевой природы и др. Этиология значительной части этих заболеваний недостаточно изучена. Распознавание различных форм ДЗЛ в настоящее время является сложным вопросом пульмонологии и лучевых методов исследования. Диагностические ошибки в этой группе болезней составляют 50-75%, больные поздно начинают лечение, что делает прогноз заболевания неблагоприятным, с летальным исходом, сравнимым с таковым при раке легкого.

Для оптимизации диагностики ДЗЛ нами разработана программа лучевых методов исследования, которая апробирована более чем на 150 больных с диагнозом, подтвержденным клинико-рентгенологическими и гистологическими методами. Программа включает обзорную рентгенографию или цифровую флюорографию, рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) с применением высокого разрешения. При повторном исследовании больного роль рентгенографии сокращалась, и в оценке динамики изменений в легочной ткани, лимфатических узлов средостения возрастало значение компьютерной томографии, позволяющей объективно характеризовать эффективность проводимой терапии. Так, на ранних стадиях заболевания пациенты с наличием активных проявлений болезни хорошо отвечают на специфическую терапию, что сопровождается положительной рентгенологической картиной и КТ-динамикой. На поздних же стадиях заболевания у пациентов с преимущественным фиброзом и «сотовым легким» проводимая терапия неэффективна, изменений КТ- и рентгенологической картины не отмечено.

Все ДЗЛ имеют хроническое и острое течение, фазовый характер. В зависимости от рентгенологической картины в легких, мы считаем целесообразным выделить три основные группы больных: с преимущественно интерстициальным поражением легкого (без формирования гранулем), с преимущественно очаговым и с кистовидным типом поражения.

Общими рентгенологическими признаками ДЗЛ являются, как правило, двусторонние интерстициальные изменения, уплотнение легочной ткани по типу «матового стекла», наличие мелких очагов, утолщение стенок бронхов, а на поздних стадиях патологического процесса – формирование интерстициального фиброза и картины «сотового легкого».

Каждое из ДЗЛ имеет свои наиболее характерные признаки, и их дифференциальная диагностика базируется на комплексной оценке клинических, рентгенологических, функциональных и лабораторных методах исследования и данных биопсии, которые должны быть получены при отсутствии признаков сотового легкого.

Идиопатический фиброзирующий альвеолит (обычная интерстициальная пневмония) на ранних стадиях процесса при рентгенографии и КТ ха-

рактируется диффузными интерстициальными изменениями, занимающими преимущественно кортикальные и наддиафрагмальные зоны легких, и отсутствием очагов.

Экзогенный аллергический альвеолит в острой стадии представляет собой двустороннее диффузное уплотнение легочной ткани по типу «матового стекла» в субплевральных зонах, с преимущественной локализацией в средних и нижних долях, наличием в зонах инфильтрации множественных мелких очагов.

Для саркоидоза типично наличие множественных мелких очагов в средних отделах легких, на уровне корней, утолщение стенок крупных бронхов с образованием перибронхиальных инфильтратов, увеличение лимфатических узлов средостения и корней легких.

Основными признаками силикоза в начальной стадии являются множественные мелкие очаги, расположенные в задних сегментах верхних долей легких. В дальнейшем могут формироваться силикомы и увеличиваться лимфатические узлы средостения и корней легких, с наличием в них обызвествлений.

Диссеминированный туберкулез при острых гематогенных диссеминациях отличается наличием мономорфных мелких очагов, равномерно занимающих все легочные поля, отсутствием полостей деструкции. Для хронических гематогенных диссеминаций характерны преимущественное поражение верхних долей легких, полиморфный характер очагов, наличие инфильтратов и полостей деструкции. При лимфогенных диссеминациях преобладают изменения в средних отделах легких, имеются множественные очаги по ходу сосудов и бронхов, часть из которых формируют небольшие инфильтраты, наблюдается увеличение лимфатических узлов средостения и корней легких.

Поражение легких при диссеминациях опухолевой природы, вызванных гематогенным метастазированием, отличается наличием хаотично расположенных моно- или полиморфных очагов, отсутствием интерстициальных изменений. При лимфогенном пути метастазирования преобладают интерстициальные изменения в легочной ткани, увеличиваются лимфатические узлы средостения и корней легких.

Бронхиолоальвеолярный рак локализуется преимущественно в средних и нижних отделах легкого и характеризуется наличием множественных очаговых образований различных размеров, массивными диффузными интерстициальными изменениями, характерной ячеистой структурой, видимыми просветами бронхов в зонах инфильтрации.

Системные заболевания соединительной ткани также сопровождаются легочными проявлениями: диффузным усилением и деформацией легочного рисунка, преимущественно в нижних и средних отделах, наличием участков уплотнения по типу «матового стекла», очаговыми и плевральными изменениями.

Таким образом, ДЗЛ требуют комплексного клинико-рентгенологического обследования больного, причем их дифференциальная диагностика эффективна лишь на ранних стадиях патологического процесса.