





































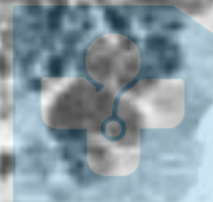
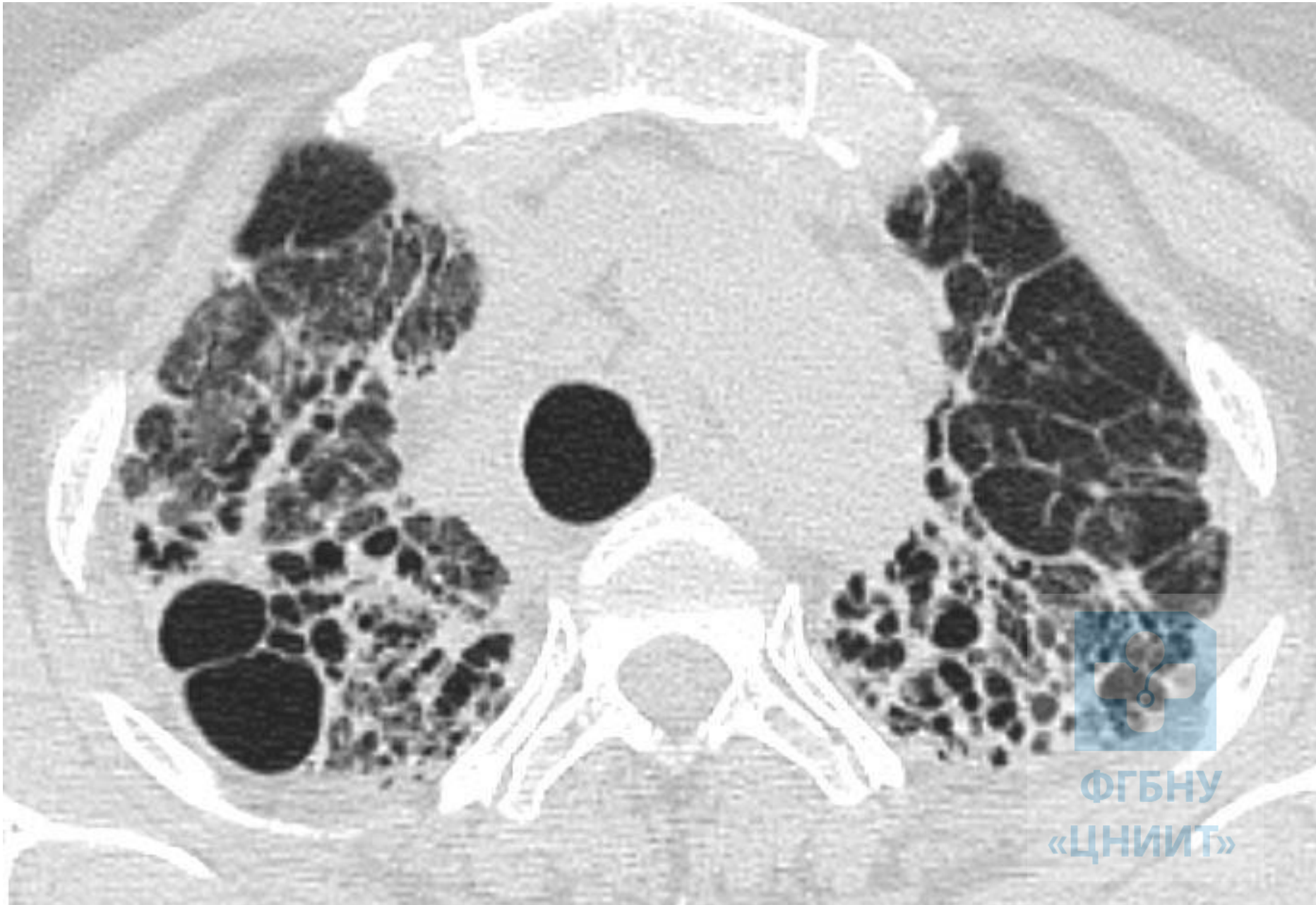




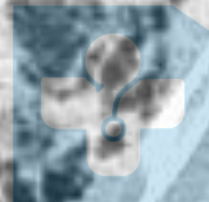
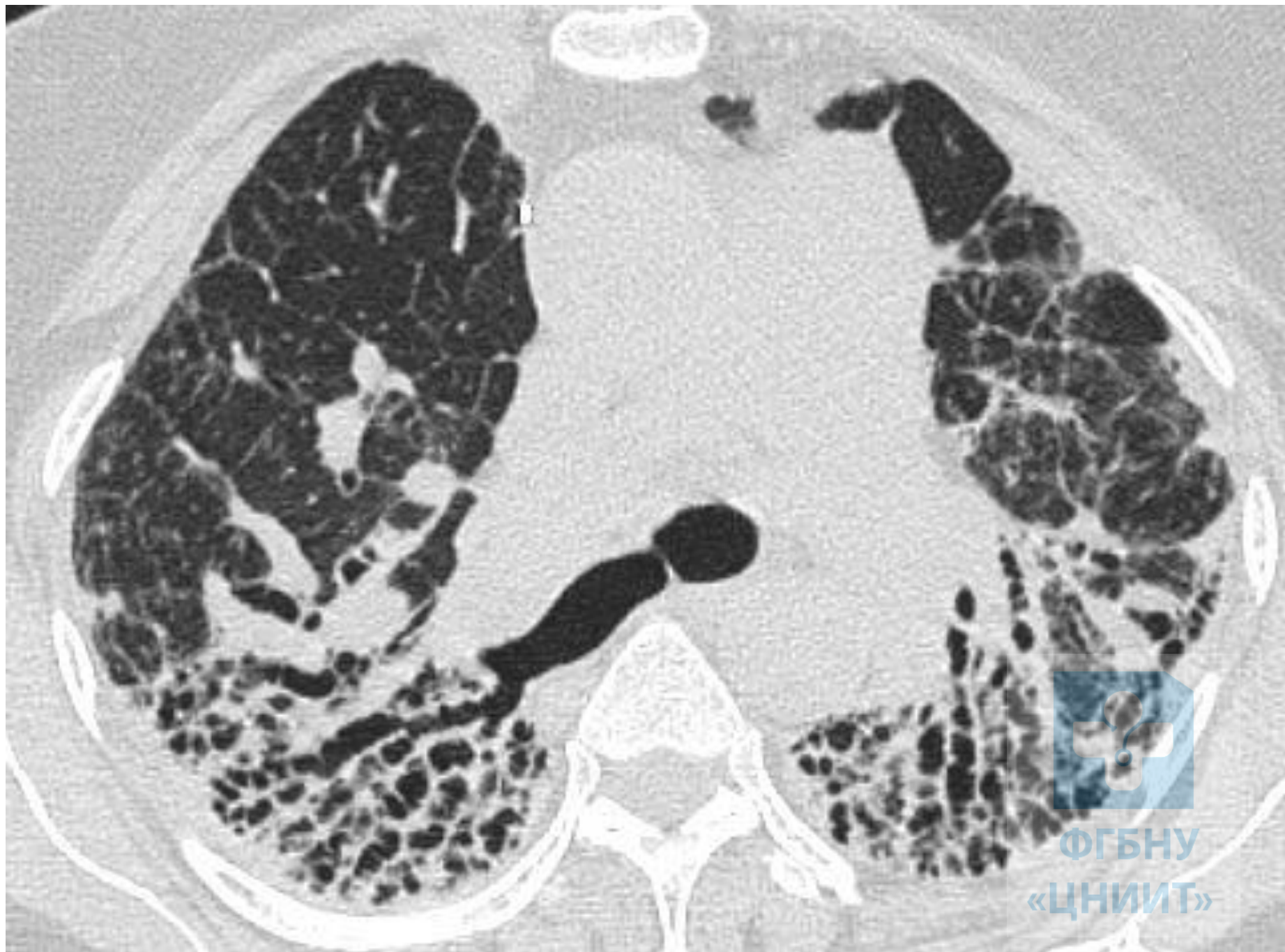
# Клинический пример

- Пациентка, 54 лет, бухгалтер, работает по профессии
- Одышка беспокоит в течение 10 лет, постоянно неуклонно прогрессирует
- Изменения в легких на R-грамме выявлены впервые при прохождении мед.обследования по месту работы 6 лет назад
- По месту жительства выполнена открытая биопсия легкого, установлен диагноз саркоидоза (морфологического описания и самих гистологических препаратов не представлено). Адекватного лечения не назначалось

# РКТ ОГК

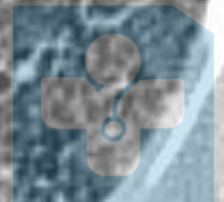


ФГБНУ  
«ЦНИИТ»



ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

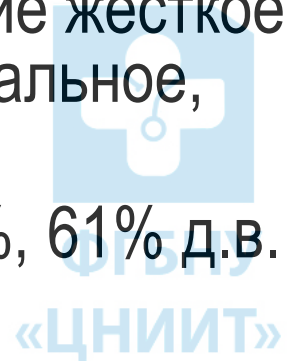




ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

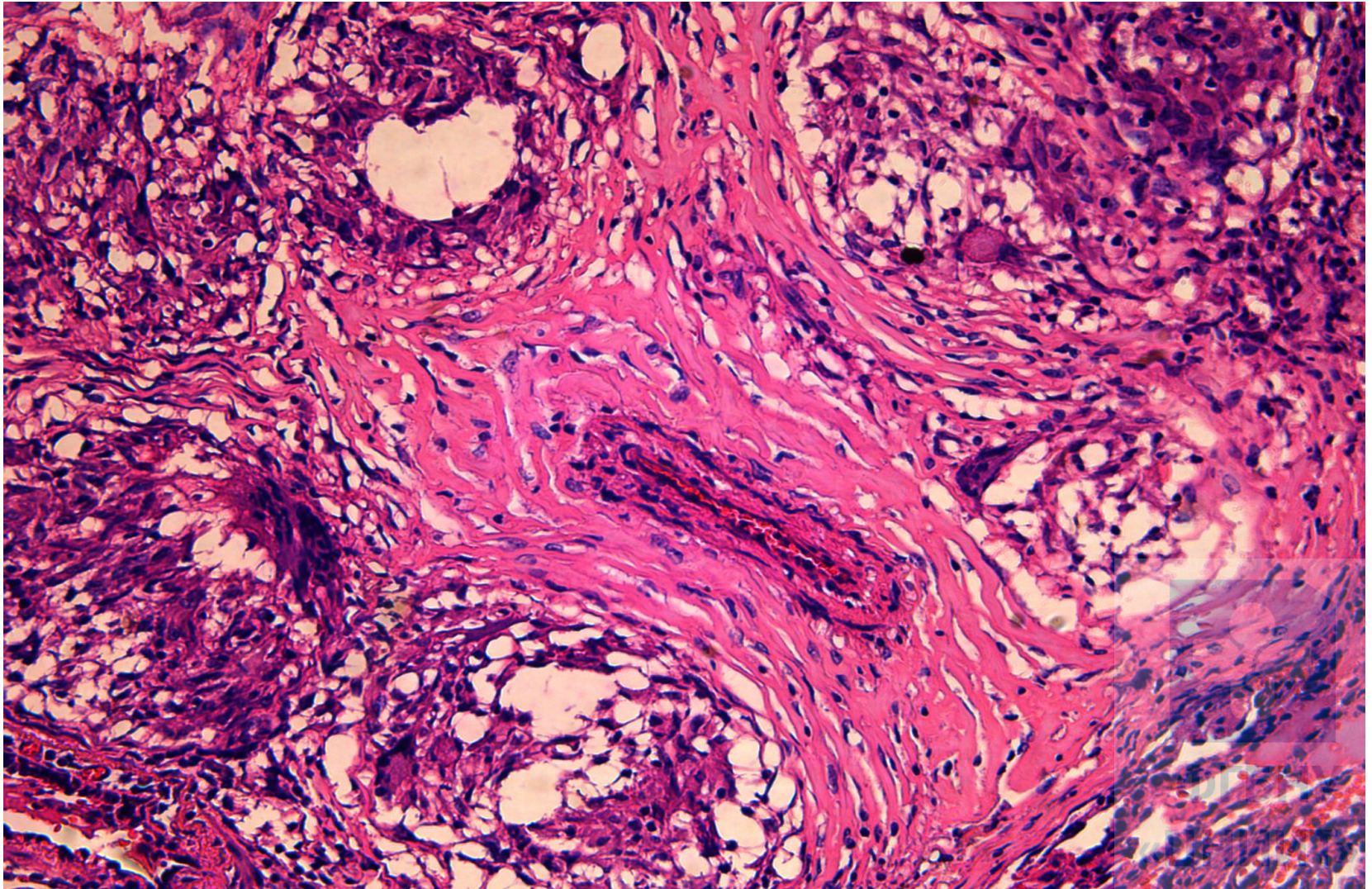
# Дополнения

- Уточнение анамнеза – много лет работает в старом помещении, где стены поражены плесенью
- При поступлении – состояние средней тяжести, которое обусловлено дыхательной недостаточностью 3 степени
- Одышка в покое, SaO<sub>2</sub>- 91. После нагрузки в 10 шагов SaO<sub>2</sub>- 86.
- Акроцианоз, кожные покровы бледные, влажные. Деформация ногтевых пластин в виде «часовых стекол»
- ЧСС 135 в мин, АД 140/90
- Аускультация легких: в нижних отделах дыхание жесткое, хрипов нет. В верхних отделах слева – бронхиальное, справа – амфорическое
- ЖЕЛ 54%, ОФВ<sub>1</sub>-49%, МСВ<sub>75,50,25</sub> – 45%,41%, 61% д.в.
- DLCO- 22; DLCO/VA- 48





# Запрос и пересмотр гистологических препаратов





# Клинический диагноз

- Гиперчувствительный пневмонит (ЭАА),  
хронический вариант течения. ДН2.



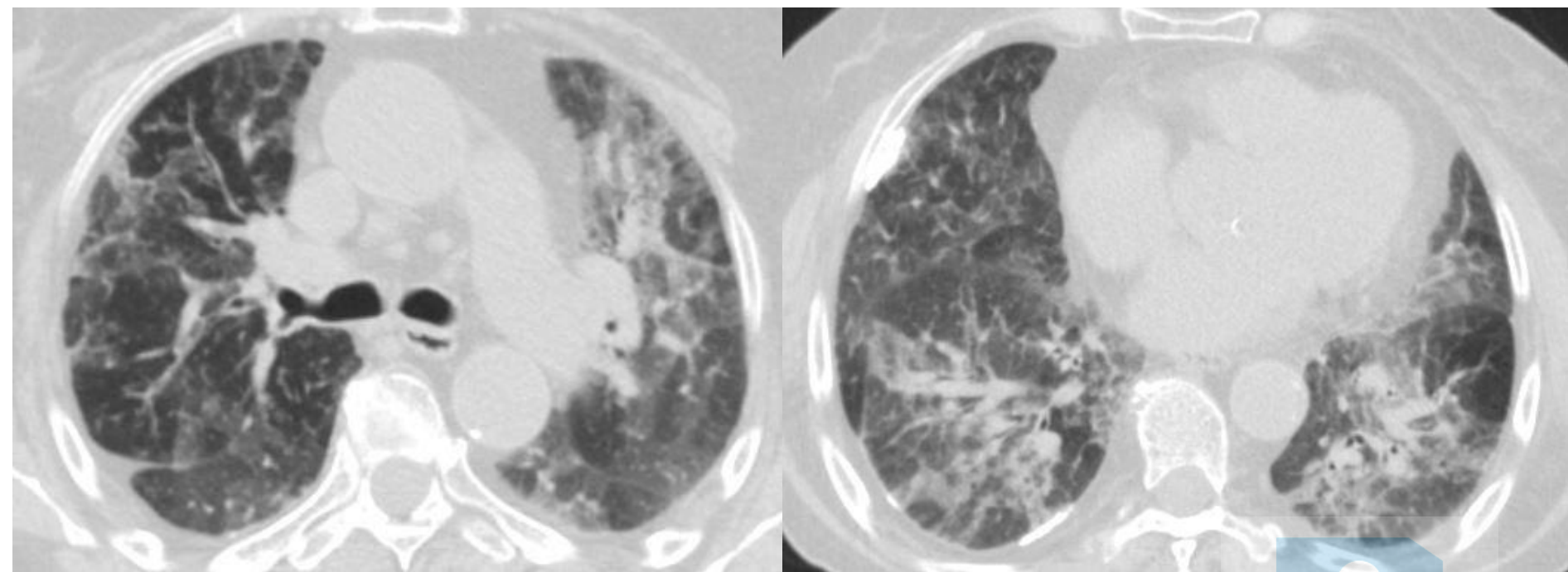
ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Картина неспецифической интерстициальной пневмонии

- Отличительные признаки – симптом «матового стекла»
- Преобладание изменений в субплевральных и базальных отделах
- Участки консолидации, ретикулярные изменения
- Редко - тракционные бронхоэктазы
- Отсутствие или незначительное распространение фиброза

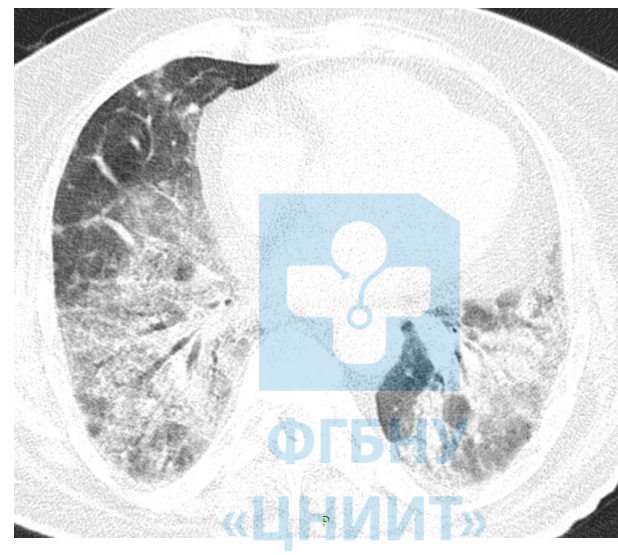
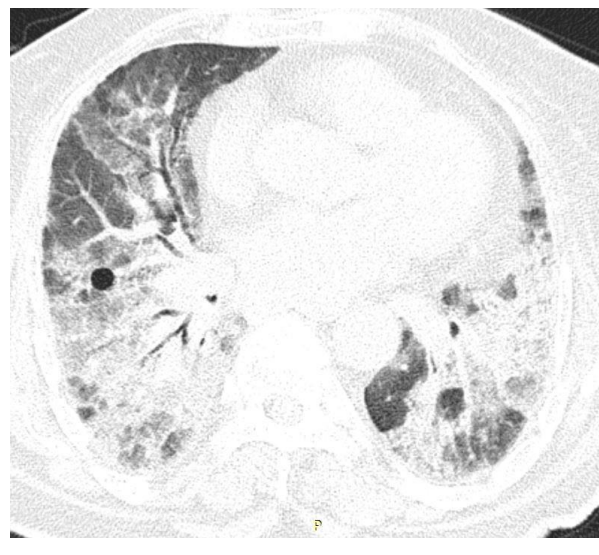
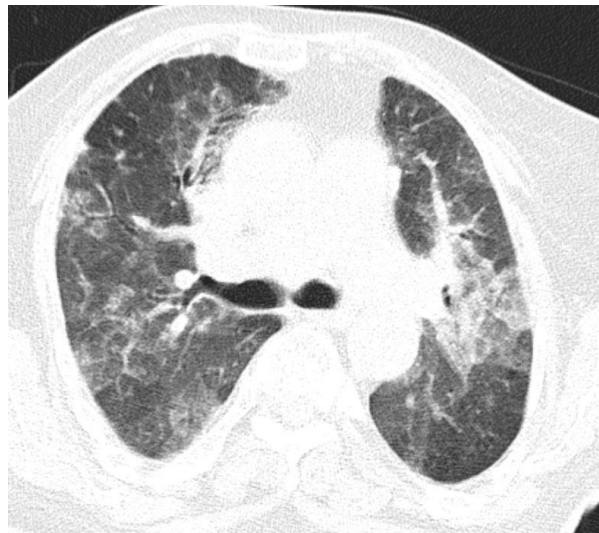


ФГБНУ  
«ЦНИИТ»



ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Неспецифическая интерстициальная пневмония



# Неспецифическая интерстициальная пневмония

- Чувствительность КТ ВР не более 60%, поэтому рекомендуется морфологическая верификация процесса
- Клиническая картина: одышка – ведущий симптом заболевания, но интенсивность ее ниже при ОИП, часто могут отмечаться симптомы интоксикации (повышение температуры тела, слабость).
- Положительный эффект от применения ГКС



# ИЗЛ протекающие с картиной НИП

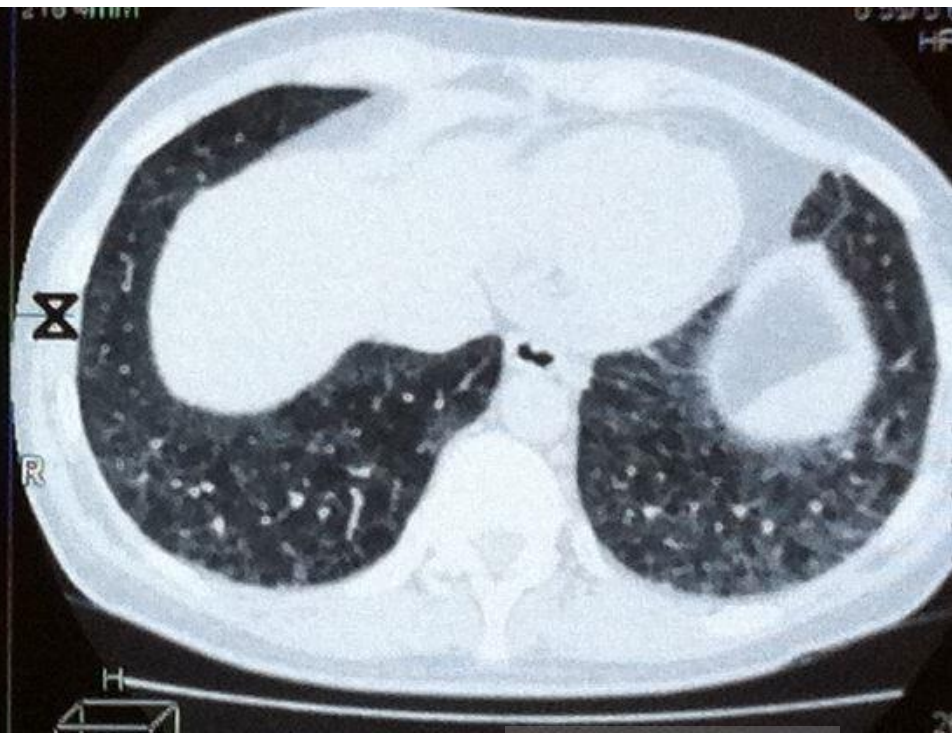
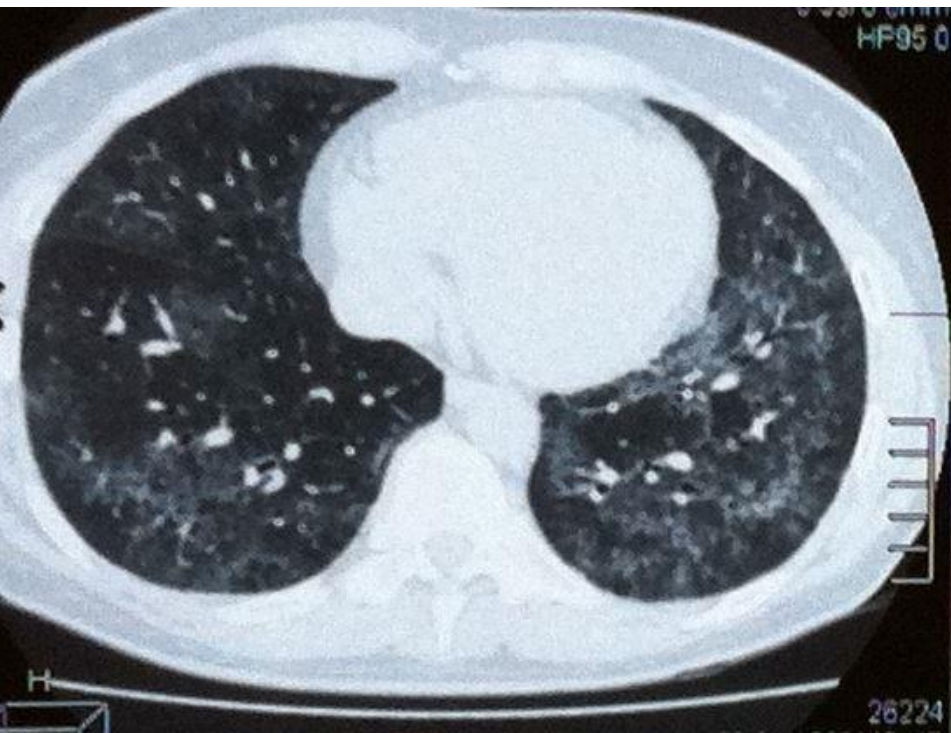
- ИНИП
- ГП (острый вариант течения)
- Лекарственные поражения легких
- Токсический альвеолит (поражения легких от вдыхания дымов, паров, газов)
- Поражения легких при РА, дерматомиозите, СКВ
- Пневмоцистная пневмония

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

- Пациентка 43 лет
- Профессия экономист
- Жалобы: одышка в течение 7 лет. Изменения в легких на R-грамме выявлены впервые 7 лет назад. Диагноз – не устанавливался. Терапия не назначалась.
- Одышка при незначительной нагрузке, SaO<sub>2</sub>-91, при аускультации – жесткое дыхание, двусторонняя крепитация в нижних отделах легких
- ЖЕЛ:64%д.в., ОФВ1:63, МСВ 75,50,25:  
45%д.в., 41%д.в., 61%д.в., DLCO-52, DLCO\VA-48







ФГБНУ  
«ЦНИИТ»





ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# ДОПОЛНЕНИЯ

- К анамнезу: заболевание началось с артралгий, позже присоединилась одышка
- При опросе: доминирующая жалоба сильная боль, онемение в пальцах кистей. К одышке пациентка адаптировалась
- При осмотре: деформация кистей рук в виде «пальцев птицы», синдром Рейно, «кисетный рот», блестящая «натянутая» кожа на голенях и предплечьях

# Клинический диагноз

- Системная склеродермия. Синдром Рейно.
- «Стартовая терапия»: преднизолон 20 мг, метотрексат 25 мг. Состояние несколько улучшилось. Направлена для дальнейшего наблюдения и лечения у ревматолога

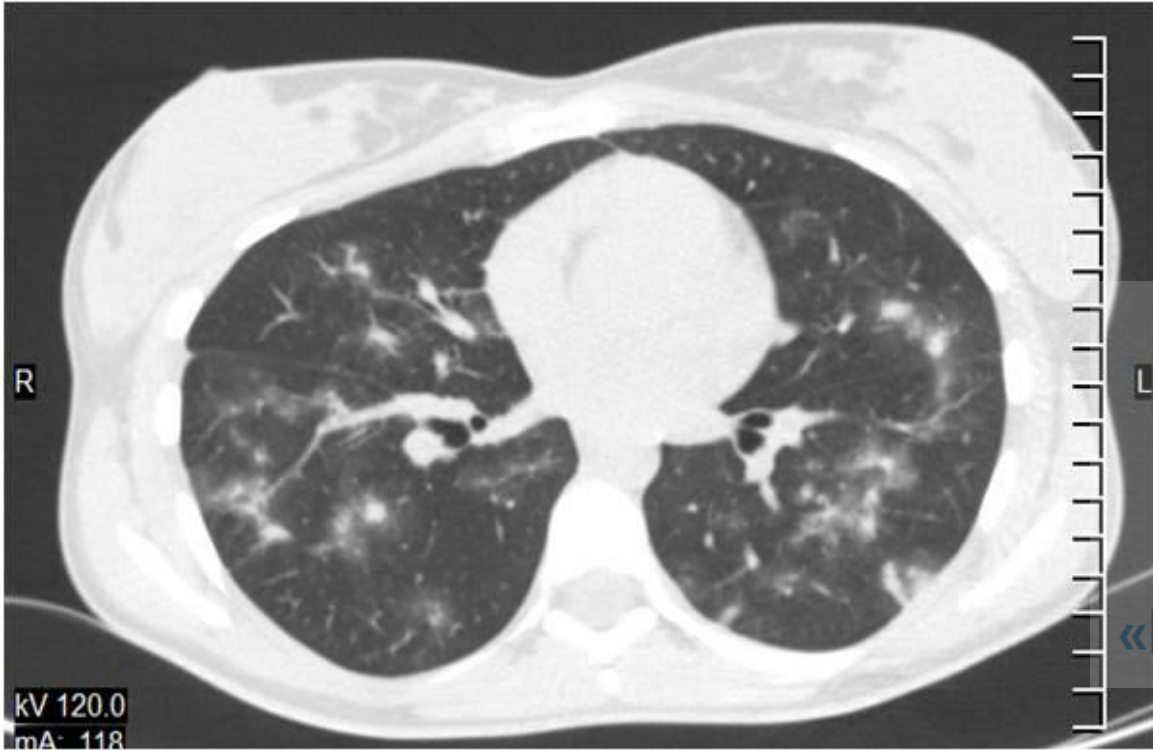


ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Клинический пример

- Пациент 23 лет
- Поступил в состоянии средней тяжести
- Высокий интоксикационный синдром: лихорадка  $38\text{C}^{\circ}$ , апатия, слабость
- Аускультативно в легких ослабление везикулярного дыхания в средних отделах легких, больше слева
- АД 100/60 мм.рт.ст., ЧСС 100 уд. в мин.





ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Дополнения

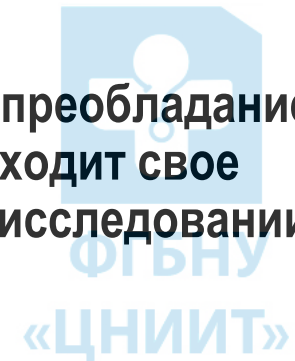
- Считает себя больным в течение 2 недель
- Заболел остро в жаркое время года после купания в реке
- В это же время помогал родителям заготавливать сено для животных
- Гемограмма: СОЭ 85 мм/ч., эозинофилия 12 %.
- Функционально: МСВ 50% д.в., другие показатели ФВД в норме, РаО<sub>2</sub> – 62 мм.рт.ст. , DLCO - 71% д.в.
- Гемограмма: СОЭ 85 мм/ч., эозинофилия 12 %.
- Бронхоскопия: БАЛ: лимфоцитов 34%, нейтрофилов 10%, эозинофилов 2%.
- Морфология ЧБЛ: наличие в просветах альвеол макрофагов с примесью лимфоцитов и единичных эозинофильных лейкоцитов, утолщение межальвеолярных перегородок за счет отека. Заключение – ЭАА, активная фаза.

# Экзогенный токсический альвеолит

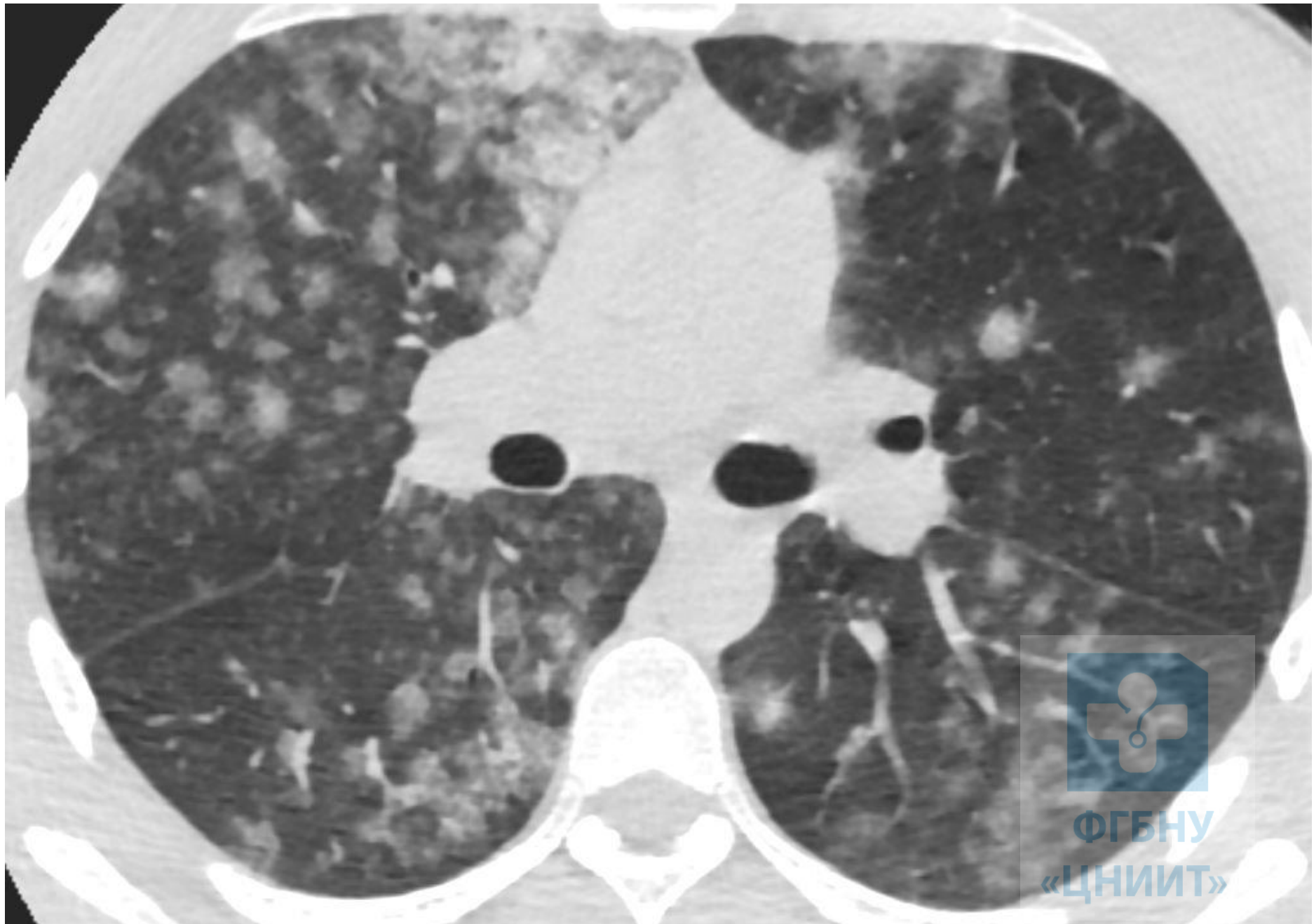
## Этиологические факторы (токсические вещества):

- органические растворители (нефть и нефтепродукты, керосин, толуол, трихлорэтилен, ацетон, формальдегиды, эфиры)
- Гербициды, инсектициды
- Раздражающие газы (аммиак, хлор, сероводород)
- Пластмассы (полиуретан)
- Газы, образующиеся при горении, порох
- Пары металлов (ртуть, кадмий, марганец, кобальт, никель)
- Органические растворители оказывают прямое токсическое, раздражающее действие и повреждающее действие на легочную ткань (на альвеолоциты)

**В патогенезе развития данного вида альвеолита характерно преобладание деструктивных изменений над аллергическими, что находит свое отражение в клинической картине и при гистологическом исследовании**

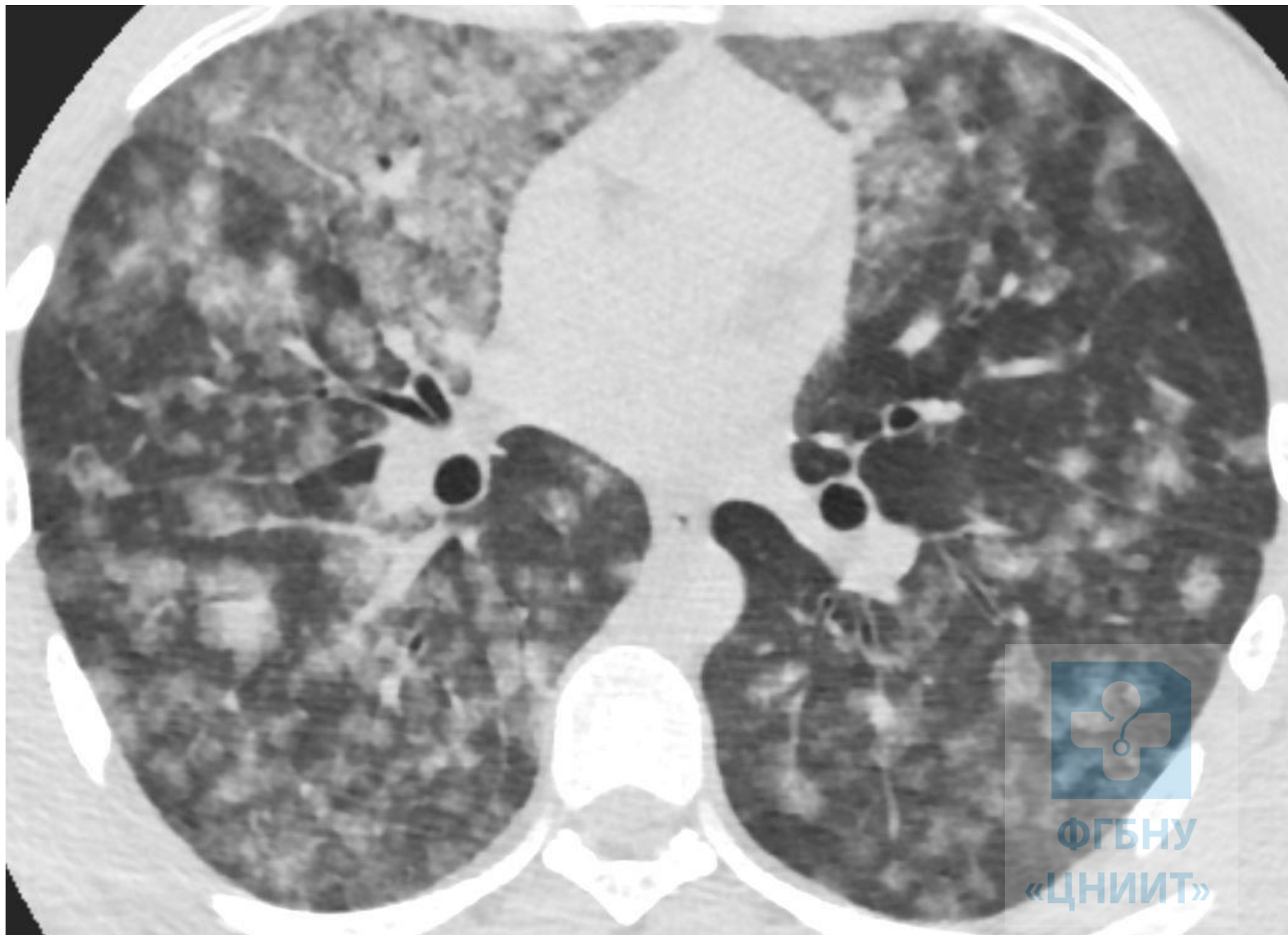






ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

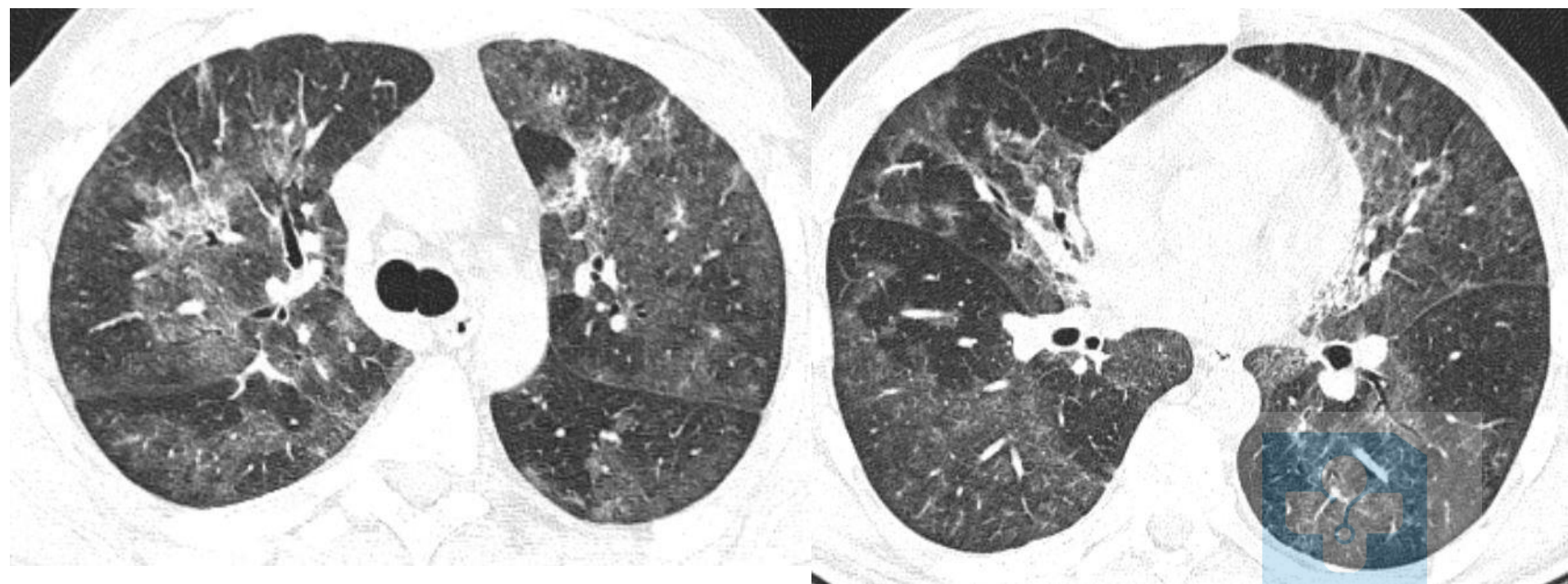




ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Клинический пример

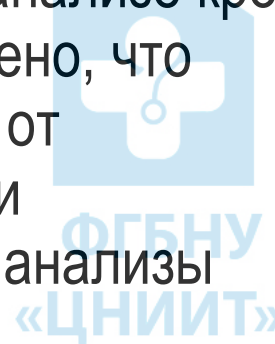
- Пациентка 36 лет, бухгалтер по профессии, работает в небольшом кабинете на деревообрабатывающем предприятии, имеет постоянный контакт с древесной пылью
- Заболела около 3 недель назад: появилась одышка, которая постепенно, но постоянно нарастала и субфебрилитет, рефрактерный к применению жаропонижающих препаратов
- Поступила в состоянии средней тяжести: одышка при незначительной физ.нагрузке, лихорадка 38-39С, кашель с небольшим кол-вом мокроты, SaO<sub>2</sub>-90, после нагрузки снижение до 87.
- Аускультативно в легких дыхание ослабленное, везикулярное
- Исследование ФВД и диффузионной способности легких выполнить невозможно из-за тяжести состояния пациентки
- В клиническом анализе крови обращает на себя внимание ускоренная СОЭ до 180 мм/ч, формула крови не изменена



ФГБНУ  
«ЦНИИТ»

# Дополнения

- Заподозрен ГП (легкое деревообработчика), назначена О2 терапия, сГКС препараты 20 мг/сутки, небулайзерная аэрозольтерапия бронхо- и муколитиками
- Состояние пациентки продолжало ухудшаться, лихорадка сохранялась, ДН прогрессировала, уровень СОЭ стал выше 200 мм/ч. Присоединены антибактериальные препараты фторхинолоновой группы с отрицательной динамикой
- Заподозрен БАР (аденокарцинома). Срочно выполнена бронхоскопия в условиях ОРИТ, в жБАЛ обнаружена пневмоциста
- Обращено внимание на несоответствие инициалов в анализе крови на ВИЧ. При выяснении всех обстоятельств, установлено, что пациентка взята на учет по поводу ВИЧ инфекции, но от дальнейшего обследования и лечения отказалась. При госпитализации скрыла данный факт, и предоставила анализы своего отца, подвергнув бланк фотошопу



# ИЗЛ сопровождающиеся синдромом диссеминации

- Гранулематозные болезни легких: саркоидоз, ГП (подострый вариант течения), туберкулез, нетуберкулезные микобактериозы
- Гемосидероз
- Системные и легочные васкулиты
- Опухоли легких (первичное или метастатическое поражение)
- Лекарственные поражения легких

# Заключение

- Если все исследования выполнены, но сохраняются сомнения в правильности диагноза
- Если нет сомнений в диагнозе, но отсутствует ответ на терапию



**морфологическая верификация**

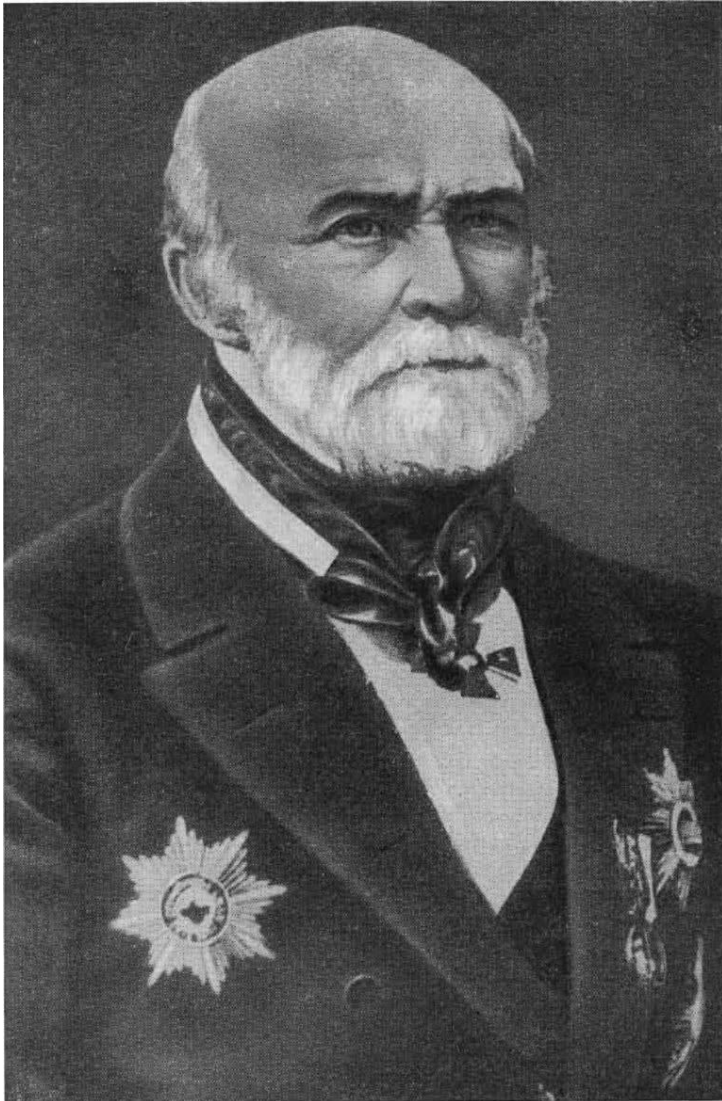


- Если нет противопоказаний для выполнения инвазивных методов исследования
- Если риск от применения биопсии не превышает пользу от правильно установленного диагноза





# Благодарю за внимание



*„Учиться и жить есть  
одно и то же.“*

Николай Иванович Пирогов



ФГБНУ  
«ЦНИИТ»