

Внебольничная пневмония: диагностика и дифференциальная диагностика*

А.И. Синопальников

Дифференциальная диагностика Вирусные респираторные инфекции

Весьма важной и одновременно непростой задачей является разграничение вирусных респираторных инфекций и собственно пневмонии (рисунок). Вирусные респираторные инфекции, и прежде всего эпидемический грипп, безусловно, рассматриваются как ведущий фактор риска воспаления легких. Однако вызываемые вирусами патологические изменения в легочной ткани называть пневмонией не следует и, более того, необходимо четко от нее отграничивать, поскольку подходы к лечению этих состояний принципиально различны. С этой точки зрения представляется не вполне удачным распространенный термин “вирусно-бактериальная пневмония”, поскольку собственно бактериальная пневмония качественно отличается от вирусного поражения легких (чаще всего интерстициального).

Очевидно, что дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии (ВБП) не ограничивается разграничением собственно пневмонии и вирусных респираторных инфекций, поскольку большое число заболеваний

органов дыхания проявляется неспецифичными очагово-инфильтративными изменениями на рентгенограмме.

Туберкулез легких

Особого внимания заслуживает дифференциальная диагностика ВБП с очагово-инфильтративным туберкулезом легких. В этом контексте (с учетом сложившейся неблагоприятной эпидемиологической ситуации в нашей стране) чрезвычайно актуально звучат слова Роберта Хэгглина: “Надо поставить за правило – каждый легочный процесс считать туберкулезным до тех пор, пока не будет совершенно точно выявлена его принадлежность к другой

“Каждый легочный процесс следует считать туберкулезным до тех пор, пока не будет доказана его принадлежность к другой группе заболеваний” (Р. Хэгглин).

группе заболеваний”¹. Впрочем, изложение вопросов дифференциальной диагностики ВБП и туберкулеза легких выходит за рамки настоящей статьи, поэтому автор отсылает читателя к публикациям обзорного характера, посвященным этой проблеме^{2, 3}.

Злокачественные новообразования

Чрезвычайно важным для клинициста (особенно при обследовании больного с медленно разрешающейся пневмонией) является исключение злокачественного новообразования.

Эндобронхиальная опухоль может вызвать полную или частичную обструкцию бронха, приводя к развитию так называемой постобструктивной пневмонии. При этом в большинстве случаев рентгенологические признаки ателектаза отсутствуют, поскольку воздухоносные респираторные отделы оказываются заполненными воспалительным экссудатом. У больных с эндобронхиальной опухолью небольших размеров рентгенологические признаки уменьшения объема легочной ткани могут быть выражены в минимальной степени или отсутствовать вовсе, поскольку в этих случаях дистальные отделы легкого сохраняют адекватную вентиляцию.

Некоторые типы рака легкого могут манифестировать легочными инфильтратами. Наиболее характерно это для **бронхиолоальвеолярного рака (БАР)**. В каждом третьем случае БАР манифестирует лобарной консолидацией легочной ткани, причем иногда визуализируется воздушная бронхограмма, что усиливает уверенность в диагнозе пневмонии (крупозной пневмонии). При бронхоскопии отсутствует эндобронхиальный рост опухолевых масс. Для диагностики опухолевого процесса используются браш-биопсия, цитогамма жидкости бронхиолоальвеолярного лаважа и трансbronхиальная биопсия.

Лимфома также может манифестировать преимущественно внутригрудным процессом. Так, паренхиматозные легочные поражения встречаются при лимфогранулематозе примерно в каждом 10-м случае (реже – при неходжкинской лимфоме). Важно при этом подчеркнуть, что практически всегда такой паренхиматозный процесс сочетается с прикорневой

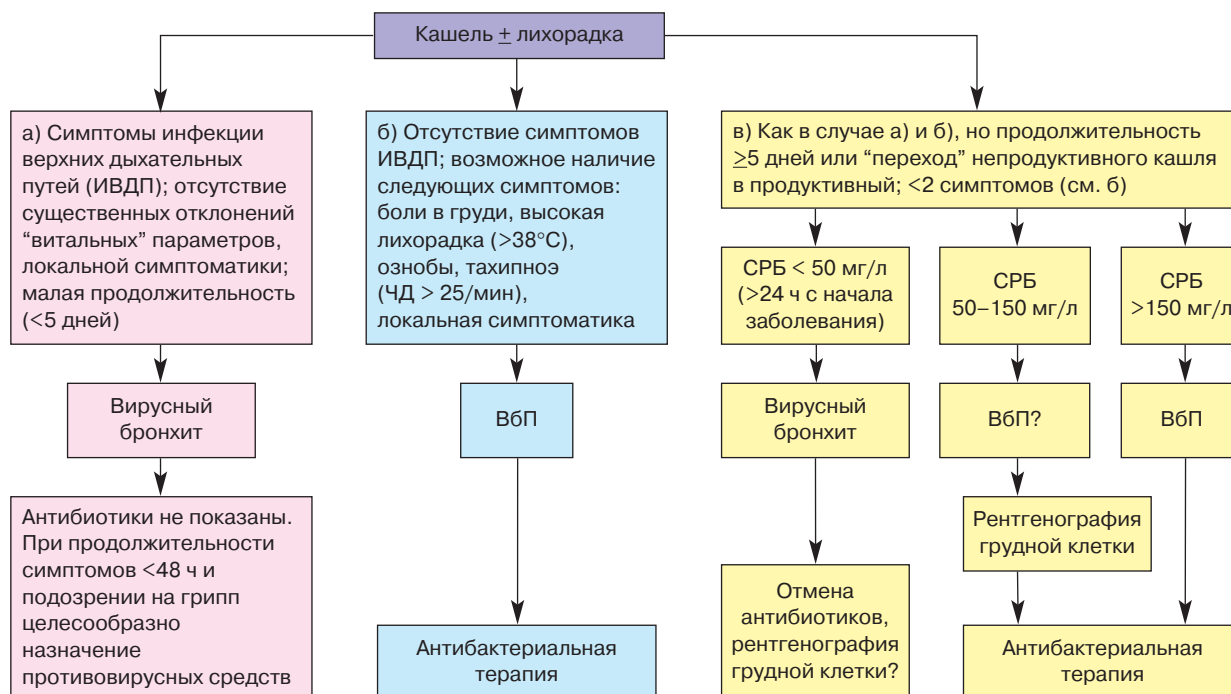
Александр Игоревич Синопальников – профессор, начальник кафедры пульмонологии с курсом фтизиатрии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ.

* Окончание статьи. Начало см. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2003. № 3. С. 7–10.

¹ Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1993. С. 382.

² Мишин В.Ю. // Врач. 2002. № 2. С. 6.

³ Мишин В.Ю. // Чучалин А.Г. и др. Пневмония. М., 2002. С. 280.



Алгоритм дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и вирусных респираторных инфекций. СРБ – С-реактивный белок. (По Orquist A. // ERJ. 2002. V. 20. Suppl. 36. P. 40.)

или медиастинальной лимфаденопатией.

В редких случаях причиной медленного разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких могут быть и **доброкачественные опухоли**, например аденома бронха.

Курильщики в возрасте старше 40 лет и больные из других групп риска развития рака легкого в случаях медленного регресса пневмонической инфильтрации, безусловно, подлежат фибробронхоскопическому исследованию.

Тромбоз легочной артерии

У лиц с наличием факторов риска глубокого венозного тромбоза (хирургическое вмешательство, травма, застойная сердечная недостаточность, беременность, ожирение, варикозная болезнь, длительный постельный режим и др.) и развитием очагово-инфильтративных изменений в легких следует исключать тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) и инфаркт легкого.

В ряду характерных рентгенологических проявлений ТЭЛА, осложненной развитием инфаркта легкого, фи-

гурирует и инфильтрация, представленная сегментарными/полисегментарными гомогенными затемнениями, прилежащими основанием к диафрагме или костальной плевре, а вершиной обращенными к корню (признак Hampton). Данный рентгенологический симптом обнаруживается спустя различное время после эмболического эпизода (от 12 ч до нескольких дней). Для инфаркта легкого не характерны воздушная бронхограмма и образование полостей распада. Исходом инфаркта легкого часто является остаточный пневмоплеврорфиброз – так называемый синдром “тающего кубика льда”.

Вероятность ТЭЛА весьма высока у больных с известными факторами риска венозного тромбоза, одышкой, тахипноэ, плевральными болями, нарушениями газового состава крови (гипоксемия, гипокапния), не находящими другого объяснения.

Особое значение в диагностике ТЭЛА имеют визуализация “причинного” тромба в системе глубоких вен нижних конечностей и нижней полой вены (рентгеноконтрастная венография, импедансная плетизмография, дуплексная ультразвуковая диагнос-

тика), перфузионное (перфузионно-вентиляционное) сканирование легких и селективная ангиопульмонография.

Гранулематоз Вегенера

Гранулематоз Вегенера, как правило, характеризуется образованием множественных (иногда транзиторных) легочных инфильтратов, поражением верхних дыхательных путей (синусит) и почек. В каждом третьем случае рентгенологически визуализируются сегментарные или лобарные инфильтративные изменения.

Поражения легких при гранулематозе Вегенера (чаще – узловатое затемнение, реже – фокусная или массивная инфильтрация, плевральный выпот, ателектаз, альвеолярные геморрагии) встречаются в 70–85% случаев и могут ошибочно расцениваться как пневмония, особенно у лихорадящих пациентов. Однако наличие внелегочных проявлений заболевания заставляет изменить трактовку диагноза. В 2/3 случаев при гранулематозе Вегенера развивается гломерулонефрит; кроме того, в патологический процесс вовлекаются верхние дыхательные пути (хронический синусит, средний отит), центральная или пери-

ферическая нервная система (20–34% случаев), кожа (40%), суставы (60%).

Другие системные васкулиты

Реже в круг дифференциальной диагностики при ВБП включаются и другие системные васкулиты: синдром Churg–Strauss (некротизирующий гранулематозный васкулит, для которого обязательно наличие синдромов аллергического ринита, бронхиальной астмы, гиперэозинофилии периферической крови); микроскопический полиартериит (при котором, в отличие от узелкового периартериита, нередко описывается многофокусная альвеолярная инфильтрация и, напротив, практически не встречается полиневрит); синдром Гудпасчера (своеобразная комбинация легочных геморрагий и гломерулонефрита с появлением антител к базальной мембране клубочков почек и альвеол).

Волчаночный пневмонит

В 1–4% случаев у больных системной красной волчанкой развивается волчаночный пневмонит, сопровождающийся кашлем, одышкой, болями в груди, гипоксемией и лихорадкой.

Преимущественная распространенность заболевания среди женщин в возрасте 20–30 лет, прогрессирующий характер течения и полиорганность поражения (кожа, суставы, почки и др.), обнаружение антинуклеарных антител и антител к ДНК позволяют правильно оценить конкретную клиническую ситуацию.

Облитерирующий бронхиолит с организуемой пневмонией

Облитерирующий бронхиолит с организуемой пневмонией в типичных случаях развивается у лиц в возрасте 60–70 лет. Заболевание характеризуется такими симптомами, как многонедельный кашель, лихорадка, одышка, слабость и многофокусная альвеолярная инфильтрация.

Диагностика заболевания чрезвычайно важна, поскольку большинство

больных хорошо отвечает на системную глюкокортикостероидную терапию. Для постановки диагноза часто приходится прибегать к открытой или торакоскопической биопсии легкого (специфический признак – своеобразные гранулематозные “пробки” в просвете дистальных бронхов с распространением на альвеолярные ходы и альвеолы – так называемые тельца Masson).

Хроническая эозинофильная пневмония

Хроническая эозинофильная пневмония (синдром Carrington) – идиопатическое заболевание, развивающееся преимущественно в среднем возрасте, в 2 раза чаще у женщин. Приблизительно у половины пациентов имеются клиничко-анамнестические признаки атопии и/или симптомокомплекс бронхиальной астмы.

Симптомы заболевания (лихорадка, кашель, одышка, свистящие хрипы, ночное потоотделение, похудание) могут развиваться в течение недель и месяцев, прежде чем будет заподозрен

Курильщики в возрасте старше 40 лет и больные из других групп риска развития рака легкого в случаях медленного регресса пневмонической инфильтрации, безусловно, подлежат фибробронхоскопическому исследованию.

правильный диагноз. Эозинофилия периферической крови встречается у абсолютного большинства пациентов.

Рентгенологическая картина представлена, как правило, двусторонней “пятнистой” инфильтрацией, преимущественно в периферических и базальных отделах легких. Для хронической эозинофильной пневмонии характерен быстрый ответ на лечение системными глюкокортикостероидами (регресс клинических проявлений заболевания наступает уже через 1–2 дня, а исчезновение рентгенологических изменений – спустя 7–10 дней).

Токсические реакции на прием лекарственных средств

В редких случаях приходится проводить дифференциальный диагноз

между ВБП и токсическими реакциями на прием лекарственных средств.

Токсичность, связанная с приемом цитостатиков (например, метотрексата), как правило, манифестирует диффузными интерстициальными изменениями в легких и не создает особых проблем в дифференциальной диагностике с собственно пневмонией.

Напротив, при приеме амиодарона наряду с интерстициальными (ретикуло-нодулярными) диффузными изменениями могут визуализироваться и локализованные легочные инфильтраты. Отчетливый регресс инфильтративных изменений в легких на фоне отмены препарата и назначения системных глюкокортикостероидов убеждает в правильности диагноза.

Другие заболевания

Очевидно, что приведенный перечень заболеваний, с которыми следует дифференцировать ВБП, не является исчерпывающим. Достаточно вспомнить, что, согласно Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ, 1992 г.), из рубрики “Пневмония” исключены заболевания, вызываемые физическими (например, лучевой пневмонит) или химическими (например, бензиновая пневмония) факторами. Воспалительные процессы в легких, вызываемые облигатными патогенами бактериальной или вирусной природы, рассматриваются в рамках соответствующих нозологических форм (Ку-лихорадка, чума, брюшной тиф, корь, краснуха, грипп и др.) и также исключены из рубрики “Пневмония”. Указанные заболевания (при наличии соответствующих анамнестических или эпидемиологических данных) также следует включать в круг дифференциальной диагностики у пациента с предположительным диагнозом “внебольничная пневмония”.

Подходы к этиотропному лечению ВБП

Хотелось бы остановиться на подходах к этиотропному лечению ВБП. Выбор антибиотика для лечения

взрослых больных ВБП зависит от возраста пациента, степени тяжести пневмонии, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний.

При этом в случаях нетяжелого течения ВБП у лиц моложе 60 лет без сопутствующих заболеваний предпочтение следует отдавать пероральным формам амоксициллина или макролидов с улучшенными фармакокинетическими характеристиками: кларитромицин (Клацид СР), азитромицин и др.; в качестве альтернативных препаратов используются респираторные фторхинолоны – левофлоксацин и др.

При нетяжелой ВБП у больных старше 60 лет и/или при наличии сопутствующих заболеваний препаратами выбора являются пероральные амоксициллин/клавуланат или цефуроксим аксетил; альтернативой служат респираторные фторхинолоны.

В случае госпитализации пациента с ВБП (по медицинским или социальным показаниям) в терапевтическое отделение назначаются парентеральные β -лактамы антибиотики (бензилпенициллин, ампициллин, цефалоспорины II–III поколения), в качестве альтернативных средств применяются респираторные фторхинолоны.

Наконец, в случаях тяжелого течения ВБП пациента госпитализируют в отделение интенсивной терапии, а терапией выбора является комбинация β -лактамоного антибиотика для внутривенного введения (цефалоспорины II–III поколения, амоксициллин/клавуланат) с макролидами для внутривенного введения (эритромицин, кларитромицин, спирамицин). Приемлемой альтернативой может быть монотерапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин внутривенно).

Более подробно лечение внебольничной пневмонии будет рассмотрено в следующем номере журнала. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Кардиология”

Подписку можно оформить
в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода
по каталогу агентства “Роспечать” – 44 руб.,
на один номер – 22 руб.

Подписной индекс 81609.



Научно-популярный журнал “Легкое СЕРДЦЕ” –

это журнал для тех, кто болеет, и не только.

Издание предназначено для людей, болеющих сердечно-сосудистыми заболеваниями и желающих больше узнать о своем недуге. В журнале в популярной форме для больных, а также их родственников и близких рассказывается об особенностях течения различных сердечно-сосудистых заболеваний, современных методах лечения и лекарствах, мерах профилактики, методах самоведения и самонаблюдения на фоне постоянного контроля со стороны доктора. Журнал также будет интересен здоровым людям, заботящимся о своем здоровье и интересующимся достижениями современной медицины.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 30 руб., на один номер – 15 руб. **Подписной индекс 81611.**