

по клинической биохимии. Красноярск. Красноярское книжное изд-во, 1962.—3. Котляров И. И. а) В кн.: Новые и модифицированные методы определения белков. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1960; б) В кн.: Сборник научных работ кафедры биохимии Красноярского мед. ин-та. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1961; в) В кн.: Сборник научных работ по клинической биохимии. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1966.—4. Кудрявцев Ю. Н. Вопр. ревмат., 1971, 4.—5. Риттер А. Я. В кн.: Сборник научных работ кафедры биохимии Красноярского мед. ин-та. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1961.—6. Старостина И. С. В кн.: Материалы научной конференции, посвященной 40-летию освобождения Дальнего Востока от белогвардейцев и интервентов. Хабаровск, Хабаровское книжное изд-во, 1962.—7. Черкасова Т. И. В кн.: Вопросы клинической биохимии. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1971.—8. Шапарова Э. Д. В кн.: Сборник научных работ по клинической биохимии. Красноярск, Красноярское книжное изд-во, 1966.—9. Leendertz G. Biochem. Zeitschr., 1926, 167, 411.—10. Pöltner K. Klin. Wochenschr., 1954, 8, 12.

Поступила 17 июня 1981 г.

УДК 616.24—002.5—079.4:616.24—002.182

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ДИССЕМИНАЦИЙ

*Р. И. Слепова, М. И. Архипов, В. И. Казакова*

*Кафедра туберкулеза (зав.—проф. Ф. Т. Красноперов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Из 93 больных с легочными диссеминациями, направленных для уточнения этиологии заболевания, у 18 установлен диссеминированный туберкулез легких, а у остальных 75 — неспецифические диссеминации легких. Среди них наибольшую группу составили больные саркоидозом (22), бластоматозным процессом (16), неспецифическими заболеваниями (13), пневмококкозом (10). У 14 пациентов констатированы редкие формы легочных диссеминаций. При выяснении природы легочных диссеминаций следует учитывать клинико-рентгенологические особенности заболевания в сопоставлении с данными лабораторного и функционального обследования больного. В сложных случаях необходимо прибегать к пункционной или открытой биопсии легкого.

**Ключевые слова:** легочные диссеминации, дифференциальная диагностика.

Патоморфоз клиники и течения туберкулеза привел к резкому снижению острых и генерализованных форм его. Вместе с тем за последние годы отмечается рост неспецифических легочных заболеваний, в частности диссеминированных процессов различной этиологии. Сходство клинико-рентгенологических изменений при этих видах патологии затрудняет дифференциальную диагностику и нередко является причиной ошибок. Нами обследовано 93 больных (возраст — от 11 до 72 лет), направленных в Республиканский противотуберкулезный диспансер для уточнения диагноза заболевания.

На практике при наличии диссеминированных процессов прежде всего предполагается диссеминированный туберкулез, как наиболее известное заболевание. 65 из 93 больных были направлены в диагностическое отделение с диагнозом диссеминированного туберкулеза легких, у остальных было два диагноза — диссеминированный туберкулез и саркоидоз под вопросом, либо диагноз отсутствовал.

В результате обследования специфическая этиология процесса определена у 18 больных, а у 75 диагностирована неспецифическая диссеминация легких. Среди последних саркоидоз установлен у 22 больных, бластоматозный процесс — у 16 (карциноматоз — у 10, аденоматоз — у 3, метастатические опухоли щитовидной железы — у 1 и семиномы — у 2), неспецифические воспалительные заболевания (затяжные и хронические пневмонии) — у 13, пневмококкоз — у 10; у остальных 14 больных выявлены редко встречающиеся диссеминации: у 4 — коллагеновые заболевания (в том числе у 2 синдром Хаммана—Рича и у 2 — идиопатический гемосидероз), у 4 — кардиоваскулярные изменения (у 3 — застой легких и у 1 — болезнь Аэрза), у 2 — ретикулогистиоцитоз, у 1 — кокцидиомидный микоз и у 1 — состояние после бронхографии.

При проведении дифференциальной диагностики мы уделяли большое внимание тщательно собранному анамнезу и особенностям течения заболевания, полу, возрасту, профессиональному маршруту больного. Во всех случаях использовали многосетевое рентгено-томографическое обследование, ставили иммуноаллергические пробы; в комплекс лабораторного обследования включали гемограмму, биохимические показатели (белковые фракции, С-реактивный белок и сиаловые кислоты), бактериологическое и цитологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов. Применяли также инструментальные методы исследования: бронхоскопию с биопсией слизистой, в необходимых случаях производили бронхографию. Несмотря на такое широкое обследование пациентов, в ряде случаев приходилось прибегать к пункционной или открытой биопсии легкого и цито-гистологическому анализу.

Трудности в диагностике диссеминированного туберкулеза были обусловлены такими факторами, как отрицательные туберкулиновые пробы (12), невыявление микобактерий туберкулеза в мокроте и отсутствие полостей распада (18), а также мало выраженная обратная динамика или полное ее отсутствие, несмотря на специфическую терапию. Рентгенологическое исследование, как правило, выявляло у этих больных поражение верхнекортикальных отделов легкого с преобладанием теней небольших размеров и увеличением их густоты в передне-заднем направлении. Туберкулезную этиологию диссеминаций удалось подтвердить с помощью пробы Коха (6), обнаружением микобактерий туберкулеза методом посева (9), а также положительной динамикой под влиянием специфической терапии, более интенсивной, чем на предыдущих этапах. У 1 больного с атипичной среднебазальной локализацией очаговых теней пришлось применить открытую биопсию легкого.

Значительную группу больных с неспецифическими легочными диссеминациями составляли страдающие саркоидозом Бека II—III стадии. Следует отметить, что с повышением осведомленности врачей о саркоидозе улучшилось и выявление этих больных. Так, если в 1971—1975 гг. в направительных диагнозах саркоидоз значился лишь в 5 случаях, то в последующие 5 лет это число возросло в 7 раз; стала отмечаться даже гипердиагностика саркоидоза легких.

У большинства больных саркоидозом клинико-рентгенологическая картина была типичной и не вызвала особых затруднений в диагностике. Преобладали лица в возрасте до 40 лет; 13 из 22 составляли женщины. Почти все больные были выявлены флюорографически, так как заболевание протекало у них бессимптомно. Обращало на себя внимание характерное несоответствие между общим удовлетворительным состоянием и определяемой рентгенологически обширностью поражения легочной ткани и внутриторакальных лимфоузлов. У 9 пациентов диагностические трудности были связаны с отсутствием увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. У таких больных диагноз устанавливали на основании мало выраженной клинической картины, туберкулиновой анергии, отсутствия профессиональных вредностей в анамнезе. У 5 больных была проведена морфологическая верификация заболевания после биопсии легкого или лимфоузлов. У остальных диагноз подтвержден данными длительного клинического наблюдения и эффективностью кортикостероидной терапии.

Легочная диссеминация бластоматозной этиологии была диагностирована у 16 больных. Чаще карциноматоз, по нашим данным, наблюдался у женщин. 11 из 16 больных были старше 55 лет. В отличие от диссеминированного туберкулеза и саркоидоза при карциноматозе общая и легочная симптоматика проявлялась рано. На первый план выступала одышка, которая быстро нарастала. Почти все больные жаловались на слабость, потливость, боли в груди, мучительный кашель. По мере прогрессирования перечисленных симптомов ухудшалась и рентгенологическая картина — увеличивались количество и интенсивность очаговых теней.

По характеру очагов милиарный и мелкоочаговый карциноматоз мало отличался от диссеминаций другой этиологии, в частности от туберкулеза. При крупноочаговой диссеминации (метастазы семиномы) очаги имели округлую форму с довольно четкими ровными контурами и число их поддавалось подсчету, что не характерно для туберкулеза. Кроме того, для крупноочаговой диссеминации, в отличие от карциноматоза, типична меньшая выраженность легочной симптоматики.

Следует отметить, что далеко не во всех случаях при рентгенологическом исследовании определялось столь характерное для нетуберкулезных диссеминаций апико-каудальное распространение очаговых теней. Встречались больные с тотальными поражениями всех легочных полей, что затрудняло дифференциальную диагностику. Однако отсутствие увеличения густоты очаговых теней в передне-заднем направлении при многослойной томографии указывало скорее всего на карциноматоз.

Немаловажное значение в диагностике бластоматозного процесса имели лабораторные исследования. Так, у 10 из 16 больных, несмотря на лечение, отмечалось зна-

чительное (45—60 мм/ч) увеличение СОЭ с тенденцией к нарастанию, выраженная диспротеинемия, высокие показатели содержания сиаловых кислот и С-реактивного белка. Существенную помощь оказывало также цитологическое исследование мокроты, которое в половине случаев позволило обнаружить атипичные клетки. У 4 больных была произведена биопсия лимфатического узла и легкого, у 3 диагноз установлен на аутопсии.

В диагностике неспецифических воспалительных заболеваний большую роль играли анамнестические данные и особенности течения процесса. Так, у 9 из 13 больных имелась склонность к простудным заболеваниям, периодически появлялся кашель с мокротой, нередко наблюдалось кровохарканье. Больные были в возрасте преимущественно 50 лет и старше, преобладания того или иного пола не отмечено. При бронхоскопическом обследовании больных этой группы часто выявлялся катаральный эндобронхит со значительным количеством гнойной мокроты. При изучении функции внешнего дыхания у половины из них установлены выраженные функциональные нарушения по обструктивному типу, особенно у больных с хронической пневмонией. Отчетливый терапевтический эффект после массивного антибактериального лечения подтвердил правильность диагноза у 10 больных. У 2 лиц этиология определена на основании морфологического исследования пунктата легкого.

При диагностике пневмокониозов решающее значение имел профессиональный маршрут, достоверность диагноза была установлена при длительном динамическом наблюдении.

Что касается редких легочных диссеминаций, то симптомов, патогномичных для каждого из них, не было выявлено. Однако при ряде заболеваний встречались некоторые особенности. Так, для идиопатического гемосидероза характерными являлись кровохарканье, гипохромная анемия, молодой возраст больных; для эозинофильной распространенной пневмонии — эозинофилия крови (18—35%), резкое ухудшение самочувствия, связанное с бесконтрольным приемом антибактериальных препаратов; для коллагенозов — системность поражения. У 2 больных природа легочных диссеминаций (ретикулогистиоцитоз, коллагеноз) была определена с помощью биопсии легкого с последующим гистологическим исследованием материала и у 2 пациентов диагноз (застой легких и кокцидиоидный микоз) был установлен на аутопсии.

Таким образом, при выяснении этиологии диссеминированных процессов в легких с помощью цито-гистологического исследования диагноз был уточнен у 26 больных, микробиологическим методом — у 9. Клинико-рентгенологический диагноз совпал с данными аутопсии у 11 больных (карциноматоз, застой легких). У 37 пациентов диагноза подтвердили положительные результаты лечения. Длительное динамическое наблюдение, проведенное в основном за больными пневмокониозом и в ряде случаев саркоидозом, позволило уточнить диагноз у 12 больных. У 4 больных диагноз (кокцидиомикоз, карциноматоз) был установлен только на аутопсии.

Поступила 9 июня 1981 г.

УДК 616.125—009.3—08

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И ГЕМОДИНАМИКА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Л. И. Узбекова, И. П. Арлеевский*

*Кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. А. Лушникова-Щербатенко) Казанского  
ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** У 49 больных изучена структура систолы желудочков и легочная реограмма при фибрилляции предсердий и после восстановления синусового ритма. Фибрилляция предсердий сопровождается снижением сократительной функции миокарда и легочной гипертонии. После реверсии синусового ритма фазовые сдвиги структуры систолы и симптомы легочной гипертонии достоверно уменьшились, часть показателей нормализовалась. Лучшие результаты достигнуты при применении электроимпульсной терапии, что позволяет считать этот метод более выгодным по сравнению с хинидинотерапией.