

# Дифференциальный диагноз очаговых образований в легких

- Очаговые образования – рентгенологически определяемый в легком единичный дефект округлой формы в проекции легочных полей.
- Края могут быть гладкими или неровными, отчетливыми, для того, чтобы определить контур дефекта и позволить измерить его диаметр в двух проекциях.
- Окружающая легочная паренхима должна выглядеть относительно нормальной
- Внутри дефекта возможны кальцификаты, полости небольшого размера. Если большая часть дефекта занята полостью, следует предположить рекальцифицированную кисту или туберкулезную каверну. Эти нозологические единицы не включаются в понятие «очаговое поражение».

# Причины очаговых образований в легких.

<p>Злокачественные 20-40%</p>	<p>Бронхогенный рак (лидирующая причина) Альвеолярно-клеточный рак Метастаз другого онкологического поражения в легкое Бронхиальная аденома</p>
<p>Доброкачественные 60-80%</p>	<p>Инфекционная гранулема (лидирующая причина) Доброкачественные опухоли Неинфекционная гранулема Инфаркт легкого Эхинококковая киста</p>

# Общие подходы к очаговым образованиям

- Значительная часть ОО является злокачественными
- ОО требуют быстроты в обследовании, так как быстрая резекция бронхолегочных раковых опухолей дает 50% 5-летнюю выживаемость.
- Все ОО легких следует считать потенциально злокачественными до тех пор, пока не будет доказана их доброкачественность

# Косвенные признаки доброкачественности ОО

- Наличие кальцификатов (высоко достоверный показатель) Наличие кальцификата в центре тени делает диагноз доброкачественности абсолютным. Кальцификат, не выявленный на простой рентгенограмме, может быть выявлен на КТ.
- Стабильность ОО, то есть отсутствие роста в течение 2 и более лет. Высоко достоверный признак.
- Наблюдение за ОО возможно только в следующих ситуациях
  - Высоких или крайне высокий риск оперативного вмешательства – ИБС, ХОБЛ.
  - Отказ пациента
- Во всех случаях решение о наблюдении принимается только на консилиуме. Тактика наблюдения является опасной для пациента во всех остальных случаях.

# Сбор анамнеза при ОО в легком

- Уточняются
  - Перенесенные инфекции дыхательных путей
  - Гриппоподобные состояния
  - Пневмонии (особое внимание прикорневым)
- Уточняется наличие
  - Хронического кашля
  - Мокроты
  - Кровохаркания
  - Снижения массы тела
  - Лихорадки

# Сбор анамнеза при ОО в легком

- Вопросы раздела социального и профессионального анамнеза
  - Курение
  - Алкоголь
  - Путешествия в Среднюю Азию, Юго-Восточную Азию (эхинококкоз, микозы)
  - Работа с камнем, рудой, песком.
- Вопросы по перенесенным заболеваниям
  - Тромбофлебиты
  - Наличие синдрома «запор-понос» (рак прямой кишки и метастазы)
  - Гематурия (рак почки)
  - Выделения из соска (рак молочной железы)

# Физикальное обследование

- Принципиальным является поиск
  - Лимфоаденопатий (метастазы)
  - Телеангиэктазий (артерио-венозные фистулы в легком)
  - Гепатоспленомегалия (ответ ретикулоцитарной ткани на рак)
  - Уплотнение при ректальном исследовании
  - Уплотнение яичек



# Специальных лабораторных тестов нет!

- Имеют значение косвенные признаки интоксикации (СОЭ, лейкоцитоз, анемия)
- В ряде случаев возможно тестирование на специальные онкоантитела (истинная ценность метода не установлена)

# Визуализирующие методы

- Простая рентгенограмма позволяет выявить синдром.
- Томография. Компьютерная томография является предпочтительным методом исследования, так как позволяет рассчитать плотность образования)
- Пункционная биопсия легкого под рентгеноскопическим контролем в 2 проекциях. Получение биоптата делает диагноз абсолютным.
- Сцинтиграфическое исследование с галлием-67 не обладает преимуществом перед КТ

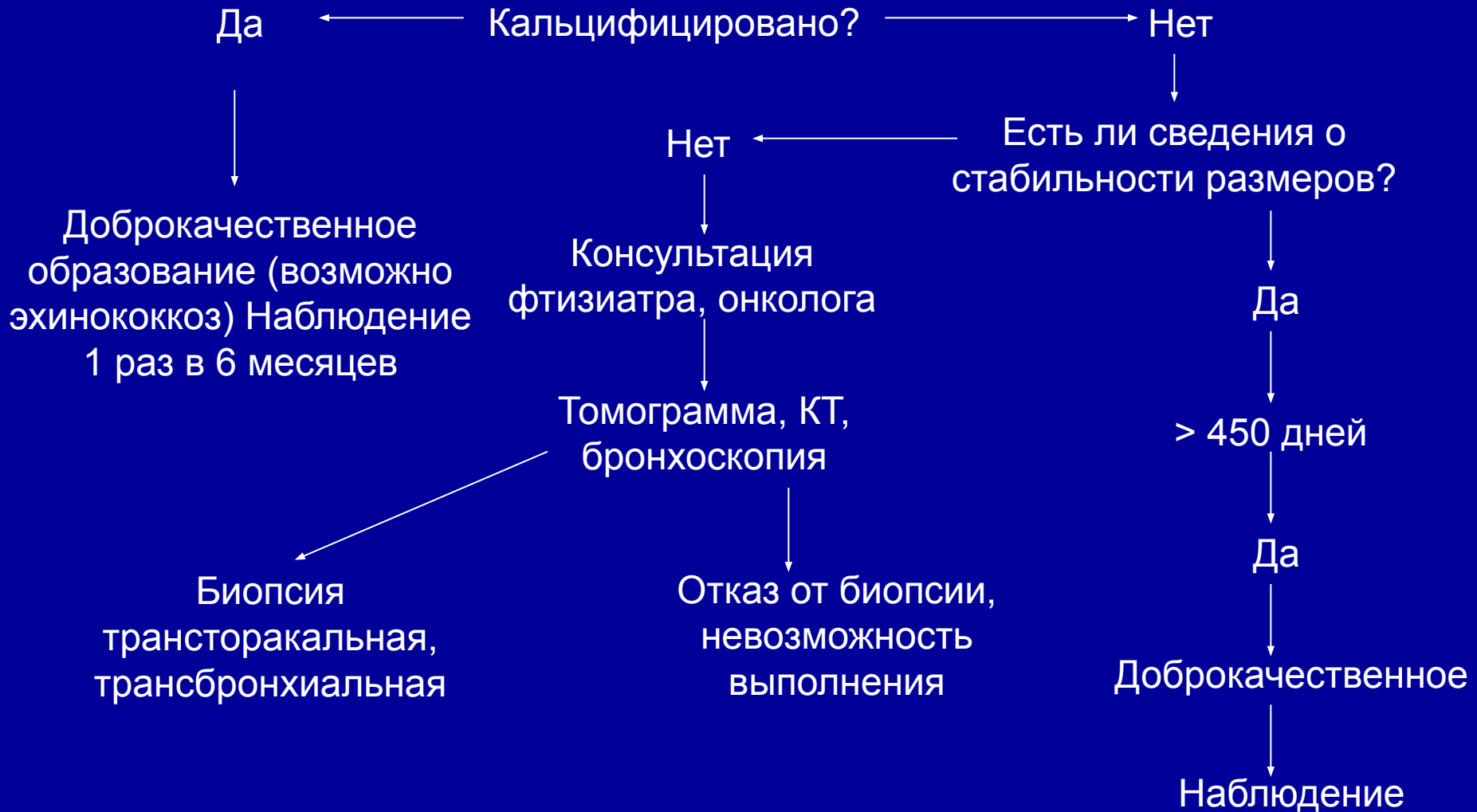
# Фибробронхоскопия

- Этот метод целесообразен всегда, однако информативен только при бронхогенных раках.

# Торакотомия

- Цели:
  - Получить биоптат, который не удалось получить другим методом
  - Провести радикальную резекцию первичной опухоли легкого (в отсутствии метастазов)
  - Удалить одиночный метастаз другой опухоли
- Вопрос о торакотомии ставит терапевт перед торакальным хирургом при невозможности получить биоптат любым другим методом. Это справедливо в случаях не обнаружения опухоли.
- При этом учитываются факторы высокого риска:
  - Возраст старше 65 лет
  - Легочная гипертензия
  - Декомпенсация ХСН или СД
  - Нарушение в системе свертывания крови
  - Нарушения психики
  - Тяжелая ИБС

# Алгоритм рассуждений при ОО





# Дифференциальный диагноз пневмоний

- В реальной практике дифференциальный диагноз начинают проводить при пневмонии, плохо поддающейся лечению.
- Дифференциальный ряд –
  - Туберкулез
  - Перифокальная пневмония (бронхогенный или бронхо-альвеолярный рак, лимфома)
  - Проявление васкулита
  - Проявление альвеолита
  - Эозинофильная пневмония
  - Тромбоэмболия легочной артерии

# Дифференциальный диагноз

Заболевание	Диагностические мероприятия
1. Рак легкого	КТ, томография грудной клетки, исследование мокроты, плевральной жидкости, экссудата на атипичию, бронхоскопия с биопсией, биопсия периферических л/у, УЗИ печени, биопсия легкого
2. Метастазы в легкое	КТ, томограмма, плевральная жидкость на атипичные клетки, поиск первичной опухоли, биопсия периферических л/у, УЗИ печени, биоптат из зоны затемнения
3. Туберкулез	КТ, томография, анализ мокроты на ВК (включая метод флотации), анализ плеврального экссудата, бронхоскопия и биопсия, реакция Манту, промывные воды
4. ТЭЛА	Изотопное сканирование легких, клиновидная тень на рентгенограмме, ЭКГ, накопление меченого фибриногена, ангиопульмонография
5. Альвеолиты	Определение давления в ЛА, $pO_2$ , $pCO_2$ , КТ



- При нетипичном течении пневмонии особенно при множественных очагах или при нескольких очагах обсуждается вероятность
  - Бактериального эндокардита трикуспидального клапана
  - Тромбоза ушка правого предсердия (при мерцательной аритмии)
  - УЗИ вен голени
- Особая группа риска такой пневмонии – наркоманы, длительно лежащие больные.

**Рецидивирующие пневмонии, обусловленные ТЭЛА, требуют установки кава-фильтра, если источник эмболии – вены голени, или проведения тромболитической терапии стрептокиназой.**

**Как правило используют введение стрептокиназы в легочную артерию через катетер Свана-Ганца по 1000 Ед/час с ангиографическим контролем растворения тромбов.**

