



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.24.002.055.2

ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ С МУЛЬТИДИСТИПЛИНАРНЫМ ПОДХОДОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Закирьяева Парвина Одилевна <https://orcid.org/0000-0003-3657-9256>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) выступает одним из проявлений идиопатической интерстициальной пневмонии, отличаясь отсутствием специфических признаков в клинической, рентгенологической и морфологической диагностике. Клиническое наблюдение свидетельствует о том, что при отсутствии характерных гистологических признаков НСИП, ценность проведения биопсии легких как диагностического инструмента существенно снижается. В этом случае решающую роль играют другие инструментальные методы, главным образом мультиспиральная компьютерная томография. Данное клиническое наблюдение подтвердило эффективность использования мультидисциплинарного подхода, включающего специалистов разных областей, при постановке диагноза НСИП

Ключевые слова: неспецифическая интерстициальная пневмония, дифференциальная диагностика, признаки, ретроспективный разбор

MULTIDISTIPLINAR YONDASHUV BILAN O'ZIGA XOS BO'LMAGAN INTERSTITSIAL PNEVMONIYANI TASHXISLASH (KLINIK KUZATUV)

Zakiryaeva Parvina Odilovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Nonspesifik interstitsial pnevmoniya (nsip) idiomatik interstitsial pnevmoniyaning namoyon bo'lishidan biri bo'lib, klinik, rentgenologik va morfologik diagnostikada o'ziga xos belgilar yo'qligi bilan ajralib turadi. Klinik kuzatuv shuni ko'rsatadiki, NSIPNING xarakterli gistologik belgilari bo'lmasa, diagnostika vositasi sifatida o'pka biopsiyasining qiymati sezilarli darajada kamayadi. Bunday holda, boshqa instrumental usullar, asosan multispiral kompyuter tomografiyasi hal qiluvchi rol o'ynaydi. Ushbu klinik kuzatuv nsip tashxisini qo'yishda turli sohalardagi mutaxassislarni o'z ichiga olgan multidisipliner yondashuvdan foydalanish samaradorligini tasdiqladi

Kalit so'zlar: o'ziga xos bo'lmagan interstitsial pnevmoniya, differentsial diagnostika, belgilar, retrospektiv tahlil

DIAGNOSIS OF NONSPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA WITH A MULTIDISCIPLINARY APPROACH (CLINICAL OBSERVATION)

Zakiryaeva Parvina Odilovna

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

Nonspecific interstitial pneumonia (NSIP) is one of the manifestations of idiopathic interstitial pneumonia, characterized by the absence of specific signs in clinical, radiological and morphological diagnostics. Clinical observation indicates that in the absence of characteristic histological signs of NSIP, the value of lung biopsy as a diagnostic tool is significantly reduced. In this case, other instrumental methods play a crucial role, mainly multidisciplinary computed tomography. This clinical observation confirmed the effectiveness of using a multidisciplinary approach, including specialists from different fields, when making a diagnosis of NSIP.

Keywords: nonspecific interstitial pneumonia, differential diagnosis, signs, retrospective analysis

Актуальность

Неспецифическая интерстициальная пневмония занимает второе место по распространенности среди интерстициальных пневмоний, уступая лишь инфекционной интерстициальной пневмонии, и диагностируется в 14-35% случаев при биопсии при интерстициальном увеличении легких [11]. НСИП может проявляться как самостоятельное заболевание с неизвестной этиологией, однако чаще всего является следствием системных заболеваний соединительной ткани, лекарственных реакций или результатом диффузного альвеолярного повреждения, например, вызванного перенесенными тяжелыми формами гриппа. Katzenstein и R.F Fiorelli [8] выделили три группы НСИП – с преобладанием воспаления (клеточный); с преобладанием фиброза (фиброзный) и смешанный без преобладания, то есть наличие альвеолита и фиброза в близких пропорциях. Клеточный вариант НСИП имеет более благоприятный прогноз, обычно лучше отвечает на лечение, чем фиброзный. НСИП может возникать у женщин (более двух трети), не курящих (70%) в любом возрасте, но большинство случаев приходится на вторую половину жизни [4,2,12].

Цель исследования: Изучение дифференциально-диагностических признаков неспецифической интерстициальной пневмонии и иных заболеваний легких.

Материал и метод исследования

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (НСИП), 24 пациента с ИЛФ, 8 - с экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА), 6 - с лекарственной пневмонией (ЛП) и 12 - с системной склеродермией (ССД) находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии и аллергологии Самаркандского городского медицинского объединения за период 2010-2019 гг. У всех пациентов выполнен необходимый объем обследования с применением клинко-лабораторных методов, а также рентгенографии, компьютерной томографии высокого разрешения (ВРКТ).

Материалы и способы исследования. Нами произведен ретроспективный разбор историй болезни 100 пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (НСИП), 24 пациентов с ИЛФ, 8 - с экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА), 6 - с лекарственной пневмонией (ЛП) и 12 - с системной склеродермией (ССД), находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии и аллергологии Самаркандского городского медицинского объединения за период 2010-2019 гг. У всех пациентов осуществлён необходимый объём обследования с использованием клинко-лабораторных способов, а также рентгенографии, компьютерной томографии высокого разрешения (ВРКТ).

Результат и обсуждение

Результаты проведённого изыскания показывают, что особое внимание нужно обращать анамнезу, клинической картине и КТ-признакам. В частности, в анамнезе при НСИП определялся артралгический синдром, старт болезни до 40 лет; при ИЛФ - начало заболевания после 50 лет, в анамнезе - продолжительное курение; при ЭАА - экспозиция с возможным аллергеном; при ССД - синдром Рейно; при ЛП - прием амиодарона, циклофосфана, метотрексата либо иммунобиологических препаратов. В клинике НСИП - чаще некурящие женщины; при ИЛФ - чаще мужчины, «барабанные палочки» на кистях; при ЭАА - усиление одышки, лихорадка после контакта с аллергеном; при ССД - склеродактилия; при ЛП - появление респираторных симптомов совпадает с приёмом лекарственного средства. КТ-признаки при НСИП - «матовое стекло», преимущественно базальная локализация, симметричные субплевральные зоны

сохраненной паренхимы умеренные ретикулярные изменения; при ИЛФ - «сотовое легкое», выраженные ретикулярные изменения с преобладающей субплевральной и базальной локализацией; при ЭАА - «матовое стекло», непоражённые субплевральные полосы (subpleural sparing), равномерное распределение с захватом верхних долей дольковые участки пониженной прозрачности; внутридольковые узелки; при хроническом течении – субплевральные «соты», утолщение междольковых и внутридольковых перегородок; при ССД - идентичны НСИП в сочетании с дилатацией пищевода, расширением лёгочной артерии; при ЛП - идентичны НСИП.

Следует подчеркнуть, что при системной склеродермии свойственно возникновение синдрома Рейно, дилатации пищевода по причине склероза перизофагеальной клетчатки средостения, которые зачастую на много лет предвещают паренхиматозные поражения. Системные болезни соединительной ткани, лекарственные поражения легких и экзогенный аллергический альвеолит могут иметь рентгенологический паттерн НСИП. Соответственно КТ-картина включает комплект возможных уже описанных выше рентгенологических проявлений. Данные симптомы способны обнаруживаться раньше, нежели поражение паренхимы легких. Еще одним рентгенологическим признаком ССД является дилатация легочной артерии, отображающая тяжелую легочную гипертензию, развивающуюся приблизительно у 20% ССД. Хронические и подострые формы ЭАА рентгенологически дифференцировать с НСИП весьма тяжело. С.І. Silva и соавт. [10,12,14] на основе сравнительного анализа КТ-данных у 66 пациентов считают, что для ЭАА более типично появление центрилобулярных очажков и отсутствие доминирования нижнедолевой локализации поражения, дольковых участков повышенной прозрачности с воздушными ловушками, лишенных сосудов. При этом пациенты с ЭАА не всегда в состоянии выявить пусковой аллерген. Важным диагностическим тестом, облегчающим дифференциальный диагноз ЭАА от ИИП, считается цитологический анализ жидкости бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Появление свыше 50% Т-лимфоцитов в клеточном осадке указывает (с определенными оговорками) в пользу диагноза ЭАА.

При ЛП - циклофосфамид, метотрексат и амиодарон –это медикаменты, которые чаще всего вызывают пневмопатии по типу НСИП. Очевидная хронологическая связь приема препарата с развитием интерстициального процесса в легких обычно упрощает корректную интерпретацию диагноза. В практике описаны случаи задержки лекарственной болезни на несколько лет после окончания лечения. Для лекарственно индуцированной НСИП не существует конкретных дифференциальных отличий от НСИП как самостоятельного заболевания.

Нами было установлено, что до появления крупных сравнительных исследований ошибочная диагностика НСИП была весьма обыденной. Так, в 1999 г. Т. Johkoh и соавт. [7,9,14] оценили соответствие рентгенологического и морфологического диагнозов у 129 пациентов с ИИП. Оказалось, что два независимых рентгенолога правильно поставили диагноз ИЛФ у 71% пациента, диагноз облитерирующего бронхиолита с организующейся пневмонией – в 79% случаев, дескваматной интерстициальной пневмонией – у 63% больных, в то время как верная интерпретация НСИП имела место только у 9 % пациентов. В дальнейшем несколько исследований показали, что принципиальными различиями на КТВР ИЛФ и НСИП являются выраженность сотовой дегенерации, типичной для ИЛФ и «матового стекла» (признак НСИП). Довольно характерный для НСИП симптом, не встречающийся при ИЛФ – присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Наисложнейшей проблемой считается дифференцировка НСИП десквамативной интерстициальной пневмонии (ДИП)[4,5]. Для последней типично проявление почти исключительно у активно курящих (чаще мужчин), в то время как НСИП в большинстве случаев развивается у некурящих женщин. Для ДИП в большей степени, нежели для НСИП, характерны воспалительные изменения в крови – увеличение СОЭ более 50мм/ч и повышение СРБ, а еще возрастание уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ). В жидкости БАЛ на фоне возросшего общего цитоза обыкновенно обнаруживают бурные макрофаги и умеренную эозинофилию и нейтрофилию, в то время как для НСИП свойственны умеренный лимфоцитоз и/или нейтрофилез. При КТ грудной клетки, как и при ИИП, обнаруживают двухсторонние зоны «матового стекла», с локализацией в периферических и базальных отделах легких. Тем не менее при ДИП значительные перемены способны находиться и в верхних отделах легких, что нехарактерно для НСИП. В целом для «матового стекла» при ДИП типична мозаичная картина, когда пораженные

участки чередуются с обычной паренхимой, очень напоминая воздушные подушки при ЭАА. Ретикулярные изменения, как правило, слабо выражены, зато почти всегда находят утолщённые бронхи как следствие длительного курения. ДИП хорошо реагирует на лечение системными стероидами, имеет хороший прогноз и зачастую разрешается, не оставляя после себя следов.

Заключение

Следовательно, осуществлённые нами Изыскания указывают на то, что по клиническому Протеканию неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) Аналогична идиопатическому легочному фиброзу(ИЛФ), Экзогенному аллергическому альвеолиту (ЭАА), системной склеродермии(ССД) и лекарственной пневмонии(ЛП). При осуществлении дифференциальной диагностики неспецифической интерстициальной пневмонии и других недугов легких стоит учитывать мультидисциплинарный подход к вопросу и необходимо особое внимание уделить анамнезу, клинической картине и КТ-признакам болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Неспецифическая интерстициальная пневмония и обычная интерстициальная пневмония: сравнительная картина и диагностическая точность тонкосрезовой КТ.Макдональд С.Л., Рубенс М.Б., Ханселл Д.М., Копли С.Дж., Десаи С.Р., Дюбуа Р.М., Николсон А.Г., Колби ТВ, Уэллс А.У.
2. Неспецифическая интерстициальная пневмония против обычной интерстициальной пневмонии: различия в гистограмме плотности КТ высокого разрешения.До К.Х., Ли Дж.С., Колби ТВ, Китайчи М., Ким Д.С.
3. Овчаренко С.И., Сон Е.А., Осадчая В.А., Капустина В.А. Мультидисциплинарный подход к диагностике неспецифической интерстициальной пневмонии (клиническое наблюдение). //Пульмонология. 2019. Т. 29. № 1. С. 106-111.
4. Петров Д.В., Черняев А.Л., Тюрин И.Е., Гаус О.В. Клинико-рентгеноморфологический обычной интерстициальной пневмонии при гиперчувствительном пневмоните. //Практическая пульмонология. 2017. № 4. С. 52-57.
5. Петрова Д.В., Корнилова Т.А., Цеймах И.Я., Крамарь И.П., Белякова И.И., Соснова О.Л., Шойхет Я.Н. Особенности клинического течения идиопатических интерстициальных пневмоний в зависимости от морфологического варианта. //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. Т. 118. № 3. С. 47-51.
6. Conti C, Montero-Fernandez A, Borg E, Osadolor T, Viola P, De Lauretis A, Stock CJ, Bonifazi M, Bonini M, Caramori G, Lindahl G, Blasi FB, Nicholson AG, Wells AU, Sestini P, Renzoni E. Mucins MUC5B and MUC5AC in Distal Airways and Honeycomb Spaces: Comparison among Id-iopathic Pulmonary Fibrosis/Usual Interstitial Pneumonia, Fibrotic Nonspecific InterstitialPneu-monitis, and Control Lungs. Am J Respir Crit Care Med. 2016 Feb 15; 193(4):462-4.
7. Юдин А.А., Юдин А.Л., Татаринова В.К., Афанасьева Н.И., Григорьев С.П. Острая интерстициальная пневмония на фоне декомпенсированной застойной сердечной недостаточности: принципы лечения на примере клинического случая. //Лечебное дело. 2017. № 2. С. 88-95.
8. Закирьяева П.О., Неспецифическая интерстициальная пневмония: дифференциация интерстициального заболевания легких от аутоиммунных заболеваний. Journal of cardiorespiratory research. №4.1. 2022г. page no.:42-46.
9. Закирьяева П.О., влияние пульс-терапии с высокими дозами кортикостероидов на выживаемость пациентов с covid-19. Дата публикации 2022г. Journal of cardiorespiratory research. Том 3. Номер 2. Страницы 47-55.
10. Ахатова В.П., Закирьяева П.О., Благоприятное влияние снижения массы тела на дыхательную функцию у пациентов с интерстициальным заболеванием легких с ожирением. Journal of cardiorespiratory research. Volum 4 №3, 2023 г. 2022. page no.:31-34. <https://tadqiqot.uz/index.php/cardio/article/view/8235/7831>

Поступила 20.03.2025