

Г. Л. Гуменюк

СУЧАСНІ АЛГОРИТМИ ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ДУ "Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Саркоїдоз здатний вражати всі без винятку органи і системи, у зв'язку з чим проблема його діагностики і терапії має мультидисциплінарний характер. Однак враховуючи те, що ураження легень і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів зустрічається в 95 % випадків і має специфічні епідеміологічні та клінічні особливості, саркоїдоз органів дихання умовно розглядається як окрема форма захворювання, що має індивідуальні коди в Міжнародній класифікації хвороб (Judson M. A. et al., 2014). У більшості країн світу саркоїдоз з ураженням паренхіми легень займає перше місце в структурі інтерстиціальних захворювань легень — ІЗЛ (Tinelli C. et al., 2005; Valeyre D. et al., 2010). У 1999 році Американським торакальним товариством (ATS) спільно з Європейським респіраторним товариством (ERS) і Всесвітньою асоціацією саркоїдозу та інших гранулематозних уражень (WASOG) було прийнято міжнародну угоду з діагностики та лікування саркоїдозу. Положення «Statement on Sarcoidosis» передбачає обов'язкову верифікацію саркоїдозу органів дихання за допомогою біопсії легень.

Положення було прийнято в 1999 році, коли можливості комп'ютерної томографії (КТ) були дуже обмежені. В даний час КТ за результатом морфологічної діагностики патологічних змін у легенях успішно конкурує з патогістологічними методами. У зв'язку з цим значно звужені і показання для проведення біопсії легень і медіастинальних лімфовузлів при багатьох ІЗЛ. Зокрема, у новому Положенні ведення ідіопатичного фіброзу легень (2011) застосування хірургічної біопсії легень не передбачено у більшості хворих. Вимагають перегляду показання до проведення біопсії і при саркоїдозі. У літературі описані КТ-патерни саркоїдозного ураження паренхіми легень (Тюрин І. Е. та співав., 2010; Velthkamp M., Grutters J. C., 2014), разом із тим відсутні відомості про частоту класичних і атипичних ознак саркоїдозу при різних стадіях захворювання, не розроблений алгоритм променевої діагностики саркоїдозу.

Мета дослідження

Розробити оптимальні алгоритми виявлення хворих на саркоїдоз органів дихання.

Матеріали і методи

Дослідження проводились в клініко-функціональному відділенні Інституту. З метою вивчення клінічної та рентгенологічної семіотики саркоїдозу з ураженням паренхіми легень, ролі функціональних та лабораторних методів у діагностиці захворювання, ефективності глюкокортикостероїдної і перспектив імуносупресивної терапії, в клініці інституту обстежено 194 хворих. З них жінок було 103 (53,1 %), чоловіків — 91 (46,9 %); вік пацієнтів становив від 20 до 68 років ($38,2 \pm 0,7$ року). II стадія захворювання була діагностована у 176 (90,7 %) хворих, III стадія — у 18 (9,3 %).

Проведено вивчення клінічної семіотики саркоїдозу з ураженням паренхіми легень у 146 хворих — 69 (47,3 %) чоловіків і 77 (52,7 %) жінок у віці від 20 до 67 років ($39,8 \pm 0,9$). II стадія захворювання була діагностована у 134 (91,8 %) хворих, III стадія — у 12 (8,2 %).

Разом із загальноклінічним обстеженням застосовували додаткові методи інструментальної та лабораторної діагностики. Рентгенографію органів грудної порожнини проводили з використанням рентгенапарату «Bucky Diagnost» (Philips). Всі хворі обстежені на КТ-сканері Aquilion TSX-101A (Toshiba). Оцінку результатів комп'ютерної томографії проводили з використанням критеріїв, описаних M. Velthkamp, J. C. Grutters (2014).

Оцінку динаміки процесу в ході лікування з використанням даних КТ здійснювали за допомогою програми K-Pacs шляхом одночасного аналізу двох серій зображень, отриманих до початку лікування і після проведеної терапії. З метою об'єктивізації оцінки даних використовували метод комп'ютерної денситометрії. Щільність тканин визначали в одиницях (HU) за шкалою, запропонованою Г. Хаунсфілдом. Шкала дозволяє зіставляти коефіцієнти поглинання рентгенівського випромінювання тканин з поглинаючою здатністю води, коефіцієнт якої прийнятий за «0». Нижня межа шкали відповідає ослабленню рентгенівських променів при проходженні їх у повітрі (–1000 HU), верхня — послаблення у кістках (+1000 HU). Таким чином, щільність паренхіми зменшується, якщо показник денситометрії прагне до –1000 HU.

Результати

КТ-семіотика саркоїдозу органів дихання включала високоспецифічні симптоми: двобічна прикоренева лімфаденопатія (ЛА), типова медіастинальна ЛА — збільшення нижніх паратрахеальних лімфатичних вузлів справа, субкарінальних і аорто-пульмональних; ретикуло-вузликовий патерн, перилімфатичний розподіл вузликів (уздовж бронхо-судинних пучків, субплеврально, в міждолькових перетинках), ураження паренхіми переважно у верхніх і середніх зонах. Найбільш часто спостерігалися двобічна прикоренева ЛА (91,1 %) і ретикуло-вузликовий патерн змін (90,4 %). Класичні ознаки в різному поєднанні були присутні і дозволяли встановити діагноз у 97,2 % хворих. Частота атипичних ознак коливалася від 0,7 % (однобічна прикоренева ЛА) до 36,5 % («cluster»-симптом).

Атипичні зміни внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і паренхіми легень при комп'ютерній томографії в переважній більшості випадків поєднувалися з класичними високоспецифічними симптомами, у зв'язку з чим не створювали особливих труднощів для діагностики, і тільки у 4 (2,7 %) пацієнтів не типові КТ-симптоми були єдиним проявом захворювання і вимагали верифікації діагнозу за допомогою трансбронхіальної або хірургічної біопсії легень (відділення торакальної хірургії та інва-

зивних методів діагностики) з наступним гістологічним дослідженням біоптатів (лабораторія патоморфології інституту).

Висновки

Класичні КТ-симптоми в різному поєднанні присутні і дозволяють упевнено встановити діагноз в середньому

у 97 % хворих, в 3 % випадків верифікація діагнозу вимагає проведення трансbronхіальної або хірургічної біопсії легені. КТ органів грудної порожнини є надійним методом в діагностиці саркоїдозу органів дихання. Денситометрія паренхіми легень є об'єктивним методом оцінки даних КТ.