

# М. В. Єрмолаєва, В. І. Суярко, Д. В. Помазан, Т. Ю. Синяченко

## УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА МІКРОСКОПІЧНИЙ ПОЛІАНГІТ

Донецький національний медичний університет, м. Лиман

Особливе місце серед вісцеритів при мікроскопічному поліангіті (МПА) займає ураження легенів. За даними літератури частими проявами легеневої патології у хворих на МПА вважаються альвеолярні крововиливи, пульмональні інтерстиціальні ураження, вузлуваті запальні зміни паренхіми легенів, осередкові (рідше дифузні) пневмофіброз і гемосидероз, бронхообтураційний синдром, бронхіоліт, первинна легенева гіпертензія та «ідіопатична емфізема» з рестриктивною дихальною недостатністю.

Під наглядом перебували 116 хворих на МПА (41 % чоловіків і 59 % жінок) у середньому віці 45 років. Середні показники тривалості захворювання склали 6 років. Гострий або підгострий перебіг МПА констатований в 28 % спостережень, помірний та високий ступінь активності патологічного процесу — відповідно в 34 % і 51 %. Антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла в сироватці крові виявлені у 71 % від числа хворих, в тому числі антитіла до мієлопероксидази — у 63 %, до протеїнази-3 або до протеїнази-3 + мієлопероксидази — у 26 %.

Патологію з боку легень діагностовано у кожного другого хворого на МПА. Ці пацієнти часто скаржилися на незначний продуктивний (рідше на сухий надсадний) кашель, інспіраторну або змішану задишку, болі в грудній клітці різних локалізацій, в 14 % випадків відзначалося кровохаркання. При рентгенографії та комп'ютерній томографії легень у 33 % від числа обстежених пацієнтів з пневмопатією зареєстровано посилення легеневого рисунку, у 22 % — ділянок пневмофіброзу, у 17 % — інфільтрація легеневої тканини і/або множинні дрібні ущільнення від 2 до 16 мм в діаметрі, у 14 % — плевральні нашарування, у 7 % — ексудативний плеврит, у 4 % — дифузний пневмофіброз, у 2 % — дрібні порожнини або збіднення легеневого рисунка.

При бронхоскопії в усіх випадках відзначали дифузний бронхіт різного ступеня виразності. У 6 хворих виконана ендобронхіальна біопсія тканини легені. При світловій мікроскопії в

усіх випадках виявляли лімфогістіоцитарну інфільтрацію, в 3 — плазмоцитарну, в 2 — макрофагальну і еозинофільну з присутністю фібробластів. У 5 спостереженнях мав місце міжальвеолярний склероз, в 4 — потовщення міжальвеолярних перетинок, в 3 (у різних комбінаціях) — повнокров'я судин легені, альвеолярні крововиливи, мікробронхоектази й субплевральна емфізема, в 2 — бронхоальвеолярні кісти, фокуси карніфікації, скупчення гемосидерофагів й зменшення міжальвеолярних перетинок, по 1 — відкладення фібрину в альвеолах і скупчення зерен гемосидерину. За даними дисперсійного аналізу, наявність пневмопатії при МПА чинять вплив артрит променезап'ясткових зчленувань та інтегральна тяжкість суглобового синдрому, оцінена за індексом DAS, причому у хворих з легеневою патологією виявилися на 22 % вище параметри індексу Лансбурі.

Формування змін з боку легень достовірно залежить від вираженості периферійної нейропатії, показників в крові антитіл до мієлопероксидази та кардіоліпіну. При МПА параметри тиску в легеневій артерії склали  $(19,2 \pm 0,48)$  мм Hg, легеневого судинного опору —  $(217,4 \pm 2,74)$  дин·с·см<sup>-5</sup>, дифузійної здатності легенів —  $(10,7 \pm 0,23)$  ммоль/хв/мм Hg, розмірів правого шлуночка серця —  $(2,0 \pm 0,02)$  см, кінцево-діастолічного його розміру —  $(2,6 \pm 0,02)$  см, фракції викиду —  $(56,0 \pm 3,4)$  %.

За даними багатофакторного дисперсійного аналізу Уїлкоксона-Рао, інтегральна характеристика функції легень і гемодинаміки малого кола кровообігу щільно пов'язані з ураженням нервової системи та серця, а саме з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка, порушеннями збудливості міокарда й електричної провідності серця. У свою чергу, інтегральний стан пневмопатії чинить істотний вплив на загальні складові кардіопатії і, зокрема, на порушення провідності міокарда (атріовентрикулярну блокаду I ступеня, блокади лівої та правої ніжок пучка Гиса, скорочення інтервалу PQ).