

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В. Бекетов¹,
Н. Мухин¹, академик РАН, профессор,
Е. Попова², доктор медицинских наук, профессор,
А. Сосновская²,
Д. Коновалов³,
М. Бровко³

¹МГУ им. М.В. Ломоносова

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

³Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

E-mail: marinaamica@mail.ru

В статье представлены современные подходы к диагностике интерстициального легочного фиброза, приведено клиническое наблюдение.

Ключевые слова: пульмонология, интерстициальный (идиопатический) легочный фиброз, диффузионная способность легких, фактор переноса.

Интерстициальные болезни легких (ИБЛ) широко распространены среди лиц, прежде всего, трудоспособного возраста [1–3]. Эта гетерогенная группа заболеваний представлена в основном фиброзирующим альвеолитом (легочным фиброзом), саркоидозом, гистиоцитозом Х, альвеолярным протеинозом [3]. Объединяющей эти нозологические формы особенностью является хроническое прогрессирующее развитие легочного фиброза с формированием дыхательной недостаточности. Острые формы заболеваний характеризуются симптомами, напоминающими бактериальную пневмонию: фебрильной температурой, продуктивным кашлем, возможно, кровохарканьем. При фиброзирующем альвеолите (ФА) чаще выявляется неявная манифестация с немногочисленными неспецифическими проявлениями, среди которых – минимальная, малозаметная для пациента одышка, редкий непродуктивный кашель, утомляемость [1–4]. Это создает определенные трудности для своевременной диагностики заболевания.

Приводим клиническое наблюдение.

Большая К., 51 года, менеджер, обратилась в связи с одышкой, возникающей при умеренной физической нагрузке, малопродуктивным кашлем с отхождением слизистой мокроты, выраженной утомляемостью.

Считает себя больной с 2002 г., когда появились одышка при физической нагрузке, эпизодический сухой кашель по утрам. Диагностирована бронхиальная астма; непостоянно применяла бронхолитики с временным эффектом. Курение, в том числе пассивное, отрицает, воздействия профессиональных вредных факторов нет. С 2008 г. отмечает утолщение дистальных фаланг пальцев кистей и изменение ногтей в виде часовых стекол. С 2010 г. в связи с учащением эпизодов одышки, усилением кашля, в том числе в периоды цветения трав, начата терапия будесонидом (160 мкг) и дигидратом формотерола фумаратом

(4,5 мкг/сут) – с эффектом. Пациентка указала, что последние 4–5 лет стала отмечать частые простудные заболевания (5–6 эпизодов за год). По результатам ежегодных медицинских осмотров, включавших общие анализы крови, мочи, не выявляли патологии, на обзорных рентгенографиях органов грудной клетки находили умеренно выраженный пневмосклероз. Спирография 1 год назад: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – 78,5%, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) – 84,7%, индекс Тиффно – 88,1%, что расценивалось как умеренно выраженные рестриктивные нарушения.

На осмотре при поступлении в клинику: состояние среднетяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью. Телосложение астеническое, индекс массы тела – 18,5 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, чистые, отеков нет. Дистальные фаланги пальцев кистей, стоп утолщены по типу «барабанных палочек», ногти выпуклые («часовые стекла»). Подкожная жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, выдох несколько удлинен, крепитация в базальных отделах с обеих сторон от нижней границы легких до углов лопаток. Частота дыхания в покое – 18 в минуту, показатель SatO₂ = 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные; частота сердечных сокращений (ЧСС = Ps) – 80 в минуту. АД – 123/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Данные дополнительного обследования:

Спирометрия: ЖЕЛ – 66%, ОФВ₁ – 71%. Тест с бронхолитиком отрицательный.

Диффузионная способность легких (DL_{CO}) – 27%.

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки: В обоих легких определяется неравномерное уплотнение паренхимы по типу «матового стекла» с наличием в субплевральных отделах кистозной перестройки. Трахея и бронхи до уровня субсегментарных прослеживаются на всем протяжении, стенки бронхов без видимых изменений, просветы воздушны. Диафрагма расположена обычно. Жидкости в плевральных полостях нет. Сердце в размерах не увеличено, листок перикарда тонкий. Магистральные сосуды обычного калибра. В средостении определяется увеличенное количество лимфатических узлов в поперечнике до 10–11 мм. Заключение: КТ-картина ФА с формированием «сотового» легкого.

Выявлены также изменения лабораторных показателей: СОЭ – 38 мм/ч, лактатдегидрогеназа – 488 ед/л (норма – до 480).

Анализ полученных результатов позволил пересмотреть диагноз в пользу интерстициального заболевания легких, скорее всего, соответствующего клинической картине ФА высокой степени активности в стадии формирования «сотового» легкого. Дыхательная недостаточность III степени преимущественно рестриктивного типа.

Трудности своевременной диагностики легочного фиброза у пациентки заключались в отсутствии должного объема обследования. Такое внелегочное проявление, как пальцы Гиппократата, при относительно нетяжелом течении

Клинические проявления и объем исследований при подозрении на интерстициальную болезнь легких

Клинические проявления (>6 нед)

- одышка прогрессирующая
 - кашель малопродуктивный
 - утомляемость прогрессирующая
 - аускультативно – крепитация двусторонняя
- Возможны:
- эпизоды лихорадки
 - частые ОРВИ
 - временный эффект при применении ИКС и бронходилататоров

Объем необходимых исследований (помимо общих клинических)

- DL_{CO}
- пульсоксиметрия
- спирография
- тест 6-минутной ходьбы
- МСКТ
- исключение туберкулеза
- маммография
- биопсия легкого
- тесты для исключения системных заболеваний соединительной ткани

Примечание. ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция; ИКС – ингаляторные кортикостероиды.

легочного процесса могло насторожить, с одной стороны, в плане более подробного изучения функциональной способности легких, с другой – уточнить характер поражения легких [1–3].

Современный объем обследования больных с хронической патологией легких включает не только проведение спирографии, но и исследование DL_{CO}, применение мульти-спиральной КТ (МСКТ) [1, 2]. Так, результаты спирографии у пациентки соответствовали I степени рестриктивных нарушений, в то время как показатели DL_{CO} свидетельствовали о значительно более тяжелых изменениях, что подтверждается данными МСКТ: в обоих легких – неравномерное уплотнение паренхимы по типу «матового стекла» с наличием в субплевральных отделах кистозной перестройки.

Сочетание клинических проявлений, сохраняющихся >6 нед (среди них лидировали прогрессирующая одышка, умеренной интенсивности кашель, изначально выраженная утомляемость), позволили предположить интерстициальное заболевание легких (прежде всего, интерстициальный легочный фиброз) с соответствующим планом современного обследования (см. таблицу). Такой подход позволяет диагностировать легочный фиброз на максимально ранних стадиях, что, несомненно, поможет оптимизировать лечение этих пациентов [1, 3].

Следует отметить, что исследование DL_{CO} в последние годы получило название «трансфер-фактор», или «фактор переноса», поскольку на перенос кислорода из альвеолярного пространства в кровь оказывают влияние и другие факторы, а не только процесс диффузии [5]. В соответствии с критериями Американского торакального сообщества (ATS – American Thoracic Society) снижение этого показателя <40% от должных величин считается тяжелым респираторным нарушением, от 40 до 60% – средним, в пределах >60 и <80% – легким [4]. Фактор переноса, исследуемый в динамике, может рассматриваться как показатель прогрессирования течения заболевания. Известно, что интерстициальный легочный фиброз

может развиваться у больных, страдающих такими системными заболеваниями, как ревматоидный артрит, склеродермия, дерматомиозит, системная красная волчанка [6, 7].

Таким образом, современный комплексный подход к оценке клинических проявлений и данных дополнительного обследования позволяет улучшить диагностику хронических легочных заболеваний, среди которых легочный фиброз остается одной из самых тяжелых прогрессирующих форм [8].

Литература

1. Пульмонология. Национальное руководство. Под ред. А.Г. Чучалина / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; 800 с.
2. Фомин В.В., Попова Е.Н., Лебедева М.В. и др. Идиопатический легочный фиброз: близки ли мы к общепринятым стандартам диагностики и лечения? // Фарматека. – 2012; 5: 10–4.
3. Коган Е.А., Корнев Б.М., Попова Е.Н. и др. Интерстициальные болезни легких. Практическое руководство. Под ред. Н.А. Мухина / М.: Литерра, 2007.
4. Raghu G., Collard H., Egan J. et al. ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/ JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2011; 14 (6): 788–824.
5. Неклюдова Г.В., Черняк А.В. Клиническое значение исследования диффузионной способности легких // Пульмонология и аллергология. – 2013; 4: 54–9.
6. Сосновская А.В., Фомин В.В., Попова Е.Н. Клиническое значение сурфактантного протеина D как биомаркера фиброза легких у пациентов с системной склеродермией в зависимости от наличия гастроэзофагеального рефлюкса // Тер. арх. – 2015; 3: 42–8.
7. Бестаев Д.В. Диффузионная способность легких у больных ревматоидным артритом с интерстициальным поражением легких // Фарматека. – 2015; 4: 70–2.
8. Russell A., Ripamonti E., Vancheri C. Qualitative European survey of patients with idiopathic pulmonary fibrosis: patients' perspectives of the disease and treatment // BMC Pulm. Med. – 2016; 16 (1): 10.

DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE

V. Beketov²; Professor N. Mukhin¹, Academician of the Russian Academy of Sciences; Professor E. Popova², MD, A. Sosnovskaya²; D. Kononov³; M. Bravko³

¹M.V. Lomonosov Moscow State University

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

³Clinic of Nephrology, Visceral and Occupational Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper presents current approaches to diagnosing interstitial lung fibrosis and describes a clinical case.

Key words: interstitial (idiopathic) lung fibrosis, pulmonary diffusing capacity, transfer factor.