

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ, КАЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИК

Семендяева А. В., Шевченко Д. Ф., Закомолдина Т. В., Косов А. А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Моногарова Н.Е.
Кафедра факультетской терапии им. А.Я.Губергрица
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Контактная информация: Косов Алексей Алексеевич — студент 6 курса Лечебного факультета №2.
E-mail: olena.var@gmail.com

Ключевые слова: идиопатический легочной фиброз, диагностика, ошибки.

Актуальность исследования: идиопатический легочной фиброз (ИЛФ) — особая форма хронической прогрессирующей фиброзирующей интерстициальной пневмонии неизвестной этиологии, которая возникает преимущественно у людей старшего возраста, поражает только легкие и связана с гистологическим и/или рентгенологическим паттерном обычной интерстициальной пневмонии (ОИП). Диагностика ИЛФ требует исключения других известных причин интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ), например, профессиональных и бытовых воздействий, заболеваний соединительной ткани (ЗСТ), лекарственной токсичности.

Цель исследования: изучить причины несвоевременной диагностики и неадекватного лечения пациентов с ИЛФ.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни 72 больных с ИЛФ, находившихся на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении ДоКТМО, 6 историй болезни умерших с диагнозом ИЛФ.

Результаты: Женщин было 64%, мужчин — 36%; среди умерших — (33,3%) женщины, 4 (67,7%) мужчины. Соотношение мужчин и женщин по нашим данным составляет 1:2,03. Средний возраст больных составил 54,8 года. Преобладают в основном пациенты старше 40 лет (87,5%), при этом 23,6% — лица старше 60 лет. Среди наблюдавшихся пациентов процент курильщиков достаточно низкий — 7 (9,7%) человек, бывших курильщиков было 11,1%, в основном преобладали лица мужского пола. 23 (31,0%) пациента при поступлении в стационар имели свидетельства стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) вследствие заболеваний легких (в основном с диагнозом ХОБЛ). Из 72 пациентов 48,6% периодически обследовались в противотуберкулезном диспансере. 17,0% были направлены из туб. диспансера, где получали в течение 2-8 мес. противотуберкулезные препараты, троим была сделана открытая биопсия легких. 3 пациентов направлено для уточнения тактики лечения после морфологической верификации диагноза альвеолит. У 1 пациентки диагноз ИЛФ не подтвержден, изменения в легких носили вторичный характер, на фоне основного процесса — гормоноактивной опухоли надпочечника. Всем больным проводилась рентгенография, где у 74,0% выявлен диффузный интерстициальный процесс и «сотовое» легкое, у 80% проводилась спиральная компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). У всех пациентов были выявлены диффузные интерстициальные изменения, у 40,0% — формирование «сотового» легкого. КТВР была выполнена до поступления в пульмонологическое отделение только части больным. Всем проводилась спирометрия, бодиплетизмография проведена 51 (70,8%) пациенту. Изучена диффузионная способность легких у 4 (5,5%) больных. Сомнологическое обследование было проведено у 11. Средняя продолжительность заболевания до момента установления диагноза составила 2,8 года. Большинство пациентов было направлено с длительностью заболевания до 3 лет — 56,8%. Среди умерших пациентов с ИЛФ диагноз был поставлен при жизни 4 пациентам, 2 умершим диагноз выставлен не был.

Вывод: анализ историй болезни показал, что основными ошибками в диагностике ИЛФ являлись неполный сбор анамнеза, неправильная интерпретация данных дополнительных исследований; позднее направление в специализированные центры, а также длительная неадекватная терапия, включая противотуберкулезные препараты. У больных ИЛФ при сомнологиче-

ском обследовании установлены нарушения сатурации периферической крови, более выраженные у больных с инсулинорезистентностью. Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Визель А.А., Визель И.Ю. Идиопатический легочный фиброз: состояние проблемы. Вестник современной клинической медицины 2017;10:14–21.
2. Raghu G, Rochwerg B, Zhang Y, Cuello Garcia CA, Azuma A, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Executive Summary An Update of the 2011 Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med 2015; 192: e3–e19.
3. Wolters PJ, Blackwell TS, Eickelberg O, et al. Time for a change: is idiopathic pulmonary fibrosis still idiopathic and only fibrotic? Lancet Respir Med 2018; 6:154–60.»