



М. С. Опанасенко, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, Б. М. Конік,
В. Б. Бичковський, І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба, М. І. Калениченко,
С. М. Шалагай, М. Ю. Шамрай, В. І. Лисенко, О. К. Обремська

ДУ «Національний інститут фізотерапії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського
НАМН України», Київ

АКТУАЛЬНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ ВИДУ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ З МАНІФЕСТУЮЧИМ УРАЖЕННЯМ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Мета роботи — провести ретроспективний аналіз діагностики 47 випадків системних захворювань сполучної тканини з маніфестуючим ураженням органів дихання у хворих різного віку.

Матеріали і методи. Проведено клінічний аналіз вперше діагностованих 47 випадків системних захворювань сполучної тканини у пацієнтів, котрі перебували на лікуванні на базі відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізотерапії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» у період з 2010 до 2018 р. Серед хворих переважали жінки — 33 (70,2%). Розподіл за віком був таким: 20—29 років — 8 (16,8%) хворих, 30—39 років — 14 (29,8%), 40—49 років — 12 (25,5%), 50—59 років — 9 (19,5%), 60 років і більше — 4 (8,4%). Пацієнтів госпіталізовано з такими діагнозами: дисеміноване захворювання легень — 10 (21,3%) випадків, дисеміноване захворювання легень, ускладнене одностороннім плевритом, — 12 (25,5%), дисеміноване захворювання легень, ускладнене двобічним плевритом, — 1 (2,1%), дисеміноване захворювання легень, ускладнене одностороннім плевритом і внутрішньогрудною лімфаденопатією, — 2 (4,3%), округле утворення легень — 1 (2,1%), плеврит односторонній — 4 (8,4%), плеврит двобічний — 6 (12,9%), плеврит із перикардитом — 11 (23,4%).

Результати та обговорення. В усіх випадках ідентифіковано специфіку аутоімунного ураження. Акцентовано увагу на необхідності ранньої діагностики цієї патології та призначенні адекватного патогенетичного лікування профільними спеціалістами.

Висновки. Вперше виявлених хворих із сукупним ураженням дихальної, серцево-судинної систем та нирок без наявності в анамнезі хронічного ураження будь-якої з них слід розглядати як групу ризику щодо системних захворювань сполучної тканини. Застосування відеоторакокопічних методів діагностики з проведенням біопсії уражених тканин має бути стандартом дослідження разом з імунологічним підтвердженням при встановленні виду системних захворювань сполучної тканини. Ідентифікацію виду системних захворювань сполучної тканини слід проводити з урахуванням клінічних виявів за результатами патоморфологічного дослідження та серологічної верифікації діагнозу профільними спеціалістами, оскільки своєчасне встановлення типу нозології сприяє виявленню імунопатологічних синдромів і дає змогу запобігти формуванню імунозалежних ускладнень завдяки адекватно призначеному, патогенетично обґрунтованому лікуванню.

Ключові слова: системні захворювання сполучної тканини, ураження легень і плеври, відеоторакокопія, імунологічна діагностика.

Системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) є актуальною проблемою клінічної медицини XXI ст. Це зумовлено зростанням захворюваності, недостатнім вивченням етіології, загальних закономірностей патогенезу, своєрідністю клінічної картини з хронічним рецидивуючим перебігом і формуванням поліорганної недостатності, а також необхідністю пошуку нових методів діагностики та лікування.

До СЗСТ належать нозологічні форми, які характеризуються ураженнями різних органів і тканин, спричиненими неадекватними аутоімунними або імунокомплексними реакціями [1, 3, 4, 10]. СЗСТ викликає великий мультидисциплінарний інтерес як у науковому плані, так і в практичному, оскільки клінічно може маніфестувати ураженням одного органа-мішені або декількох органів і систем. Крім того, СЗСТ переважно вра-

жають осіб працездатного віку, що зумовлює медико-соціальне значення проблеми. СЗСТ мають хронічний прогресуючий перебіг та системний характер ураження з розвитком недостатності життєво важливих органів, негативно впливають на працездатність, зменшуючи матеріальну забезпеченість хворого, знижують якість життя на тлі зміни фізичного, психологічного, емоційного і соціального благополуччя, зменшують тривалість життя через ускладнення, багато з яких мають летальний характер, а також спричиняють великі матеріальні витрати для пацієнта, його сім'ї та країни через потребу в проведенні тривалого, часто пожиттєвого, лікування із систематичним моніторингом ефективності та безпечності терапії.

При СЗСТ переважають ураження органів дихання, котрі часто можуть передувати розвитку вираженої клінічної картини системного захворювання [2, 6, 8].

Мета роботи — провести ретроспективний аналіз діагностики 47 випадків системних захворювань сполучної тканини з маніфестуючим ураженням органів дихання у хворих різного віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено клінічний аналіз вперше діагностованих 47 випадків СЗСТ у пацієнтів, котрі перебували на лікуванні на базі відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» у період з 2010 до 2018 р. Серед хворих переважали жінки — 33 (70,2 %).

Розподіл за віком був таким:

- 20—29 років — 8 (16,8 %) хворих;
- 30—39 років — 14 (29,8 %);
- 40—49 років — 12 (25,5 %);
- 50—59 років — 9 (19,5 %);
- 60 років і більше — 4 (8,4 %).

Пацієнтів госпіталізовано з такими діагнозами:

- дисеміноване захворювання легень (ДЗЛ) — 10 (21,3 %) випадків;
- ДЗЛ, ускладнене однібічним плевритом, — 12 (25,5 %);
- ДЗЛ, ускладнене двобічним плевритом, — 1 (2,1 %);
- ДЗЛ, ускладнене однібічним плевритом і внутрішньогрудною лімфаденопатією, — 2 (4,3 %);
- округле утворення легені — 1 (2,1 %);
- плеврит однібічний — 4 (8,4 %);
- плеврит двобічний — 6 (12,9 %);
- плеврит із перикардитом — 11 (23,4 %).

Усім хворим у доопераційний період проведено загальноклінічне обстеження (загальний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження крові з визначенням ниркових показників, коагулограма, кислотно-основний стан), спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини з болюс-

ним внутрішньовенним підсиленням, електрокардіограму (ЕКГ) (діагностика порушень електричної провідності та ритму серця), доплерехокардіографічне дослідження (для виявлення стану камер серця і клапанного апарату, систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка, вираженості легеневої гіпертензії). Для гістологічної верифікації діагнозу виконано 52 інвазивні втручання, з них 50 відеоторакоскопічних (VATS) та 2 ендобронхіальні (EBUS) біопсії через тяжкий стан пацієнтів (таблиця).

Для імунологічної діагностики системної патології всім пацієнтам проведено скринінгові тести (визначення антинуклеарних антитіл (АНА)). В подальшому ідентифікацію кожного випадку захворювання здійснювали разом з ревматологом на підставі даних додаткових імунологічних досліджень (проведення серологічних тестів для підтвердження) та відповідної кількості діагностичних критеріїв, наведених у міжнародних та вітчизняних протоколах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За останні десятиліття суттєво розширились уявлення про захворювання сполучної тканини завдяки діагностичним можливостям аутоімунної патології [5]. Проте досі є труднощі з первинною діагностикою. Так, за даними нашого спостереження, динаміка виявлення СЗСТ є невтішною (рис. 1).

Т а б л и ц я
Види оперативних втручань у пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини

| Оперативні втручання | Кількість |
|--|------------|
| VATS | |
| Біопсія плеври з одного боку | 4 (7,6%) |
| Біопсія плеври з обох боків поетапно | 4 (7,6%) |
| Біопсія плеври з обох боків одномоментно | 8 (15,2%) |
| Біопсія плеври з фенестрацією перикарда та його біопсією | 11 (21,1%) |
| Біопсія легені | 8 (15,2%) |
| Біопсія легені та плеври | 12 (23,0%) |
| Біопсія легені, плеври і внутрішньогрудних лімфовузлів | 2 (3,8%) |
| Резекція S4-S5 лівої легені | 1 (1,9%) |
| EBUS-біопсія легені | 2 (3,8%) |

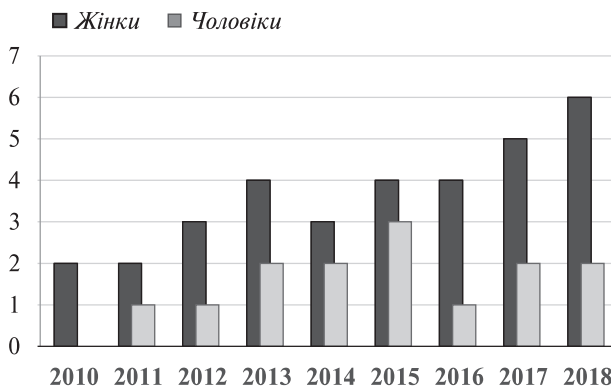
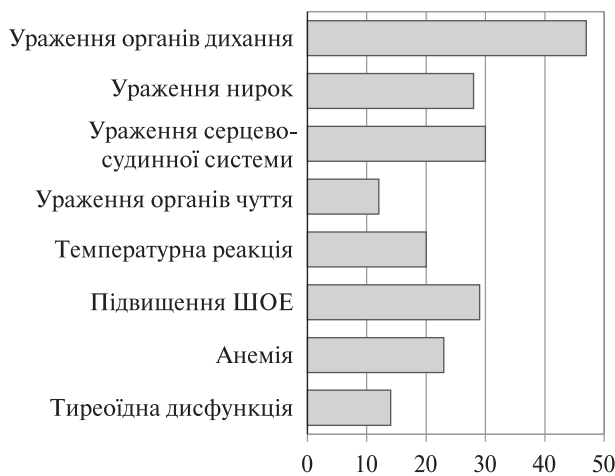


Рис. 1. Динаміка діагностування системної патології у 2010–2018 рр.



ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів.

Рис. 2. Системність ураження

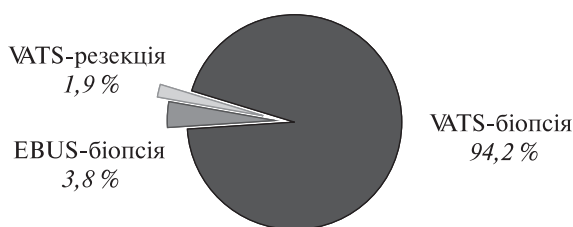


Рис. 3. Співвідношення проведених втручань

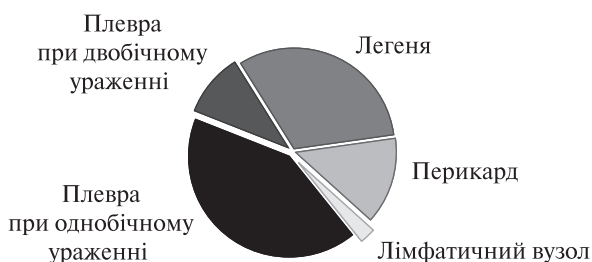


Рис. 4. Різновиди біопсій, застосовані у хворих

Аналіз історії хвороби пацієнтів, направлених на лікування до відділення, виявив, що 29 (61,7 %) з них попередньо проходили лікування за місцем проживання з приводу таких нозологій:

- саркоїдоз — 5 (10,6 %) хворих;
- туберкульоз — 7 (14,9 %);
- серцева недостатність — 8 (16,8 %);
- хронічний плеврит — 4 (8,4 %);
- пневмонія після гайморотомії — 2 (4,2 %);
- інтерстиціальна пневмонія — 2 (4,2 %);
- кіста верхньої частки лівої легені — 1 (2,1 %).

Усім хворим проведено лікування на підставі клініко-рентгенологічних даних без підтвердження кураторного випадку додатковими лабораторно-інструментальними методами. На певних етапах 25 (53,2 %) пацієнтів були консультовані ревматологами без відповідного дообстеження. Лише після виявлення неефективності проведеної терапії, пацієнтів скеровано для подальшого обстеження.

За результатами обстежень, проведених у нашій клініці, уточнено діагнози. Так, ураження серцево-судинної системи мали місце у 30 (63,8 %) пацієнтів. За даними ехокардіографії (ЕхоКГ), порушення клапанного апарату зафіксували в 11 (23,4 %) випадках, ознаки дисфункції лівого шлуночка — у 8 (16,8 %), ознаки легеневої гіпертензії — у 6 (12,7 %). За результатами ЕКГ, порушення провідності виявлено у 14 (29,8 %) госпіталізованих, порушення ритму — у 10 (9,3 %). Ураження нирок зафіксовано у 26 (55,3 %) хворих, зокрема протеїнурію — у 22 (46,8 %), підвищення рівня креатиніну — у 18 (38,3 %), мікро- і макрогематурію — у 12 (25,5 %), набряковий синдром — у 31 (65,9 %). Нестабільність температурної реакції зареєстровано у 20 (42,5 %) пацієнтів, зокрема субфебрилітет — у 12 (25,5 %), а лихоманку — у 8 (16,8 %). Також діагностовано анемію у 23 (48,9 %) хворих, підвищення ШОЕ — у 29 (61,7 %), ознаки ураження органів чуття — у 12 (25,5 %), ознаки тиреоїдної дисфункції — у 14 (29,8 %) (в анамнезі). За даними літератури, тиреоїдну дисфункцію визначають приблизно у 50 % хворих з аутоімунним ураженням [4, 10]. Системність ураження не викликає сумніву (рис. 2).

Ймовірність ураження сполучної тканини була запідозрена у 30 (63,8 %) хворих ще на етапі збору анамнезу та за результатами лабораторних і рентгенологічних досліджень. При ретельнішому опитуванні виявлено симптоми, притаманні зазначеній патології, які не були вираженими, значною мірою не порушували загального стану хворих, а маніфестували лише після вірусних чи бактеріальних інфекцій, стресу, інсоляції, переохолодження, тому сприймалися пацієнтами як нормальний реконвалесцентний або адаптаційний період.

Для гістологічної верифікації СЗСТ проведено малоінвазивні втручання, а саме відеоторакоскопічні (VATS) та ендобронхіальні (EBUS) біопсії (рис. 3). Під час маніпуляцій виконано 79 біопсій (рис. 4).

З нашого досвіду краще використовувати VATS-втручання, оскільки при цьому є можливість взяти більше матеріалу уражених тканин для дослідження. Крім того, VATS-операції мають такі переваги:

1. Мінімальна травматизація: мінімальна крововтрата, зменшення болювого синдрому, інфекційних ускладнень, мінімальний косметичний дефект.

2. Мінімалізація дисфункцій дихальної системи, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту.

3. Економічний ефект: рання активізація хворих, зменшення медикаментозного навантаження, скорочення терміну перебування в стаціонарі.

Загалом було отримано 79 біоптатів різних тканин: 41 (52,0%) — плеври, 25 (31,6%) — легень, 11 (13,9%) — перикарда, 2 (2,5%) — внутрішньогрудних лімфовузлів. У більшості випадків діагностовано ураження легень і плеври. В біоптатах плеври, перикарда і легень виявлено патоморфологічні ознаки васкуліту та інтерстиціального пневмоніту. Васкулітне ураження характеризувалося деструктивно-проліферативними процесами в стінках судин із фібриноїдним некрозом, тромбозом і розвитком аневризм уражених судин, крововиливами в паренхіму легень та серозних оболонок. У разі інтерстиціального пневмоніту виявляли продуктивні та склеротичні зміни міжальвеолярних перегородок, інфільтрацію їх лімфоїдними і плазматичними клітинами з частковою або повною облітерацією. У внутрішньогрудних лімфатичних вузлах установлено реактивні зміни. Золотим стандартом діагностики ураження органів дихання при СЗСТ є проведен-

ня біопсії, оскільки морфологічне дослідження дає змогу встановити:

- особливості змін, властивих СЗСТ;
- стадію хвороби;
- варіант перебігу;
- прогноз захворювання.

На рис. 5 і 6 показано гістологічні ознаки СЗСТ.

Проведення біопсії та адекватна оцінка морфологічних змін зумовлюють раціональний підхід до терапії. Імунологічну діагностику проведено згідно з рекомендаціями Американської колегії ревматологів (ACR), Європейської антиревматичної ліги (EULAR) за схемою (рис. 7) [5, 7, 9].

Слід пам'ятати, що ШОЕ і С-реактивний білок не є діагностичними маркерами СЗСТ, але мають важливе значення для моніторингу СЗСТ, оскільки дають змогу:

- оцінити запальну активність хвороби;
- характер прогресування;
- прогноз хронічного запального процесу;
- ефективність терапії.

За результатами проведених досліджень усі хворі були проконсультовані ревматологом та додатково дообстежені згідно з наданими рекомендаціями. На основі сумарної оцінки клініко-лабораторних даних, серологічних та патогістологічних досліджень діагностовано такі СЗСТ:

- системний червоний вовчак — 7 (15,0%) пацієнтів;
- системна склеродермія — 4 (8,4%);
- системні васкуліти — 21 (44,7%):
 - гранулематоз Вегенера — 9 (19,6%);
 - синдром Гудпасчера — 2 (4,2%);
 - вузликовий периартеріїт — 4 (9,3%);

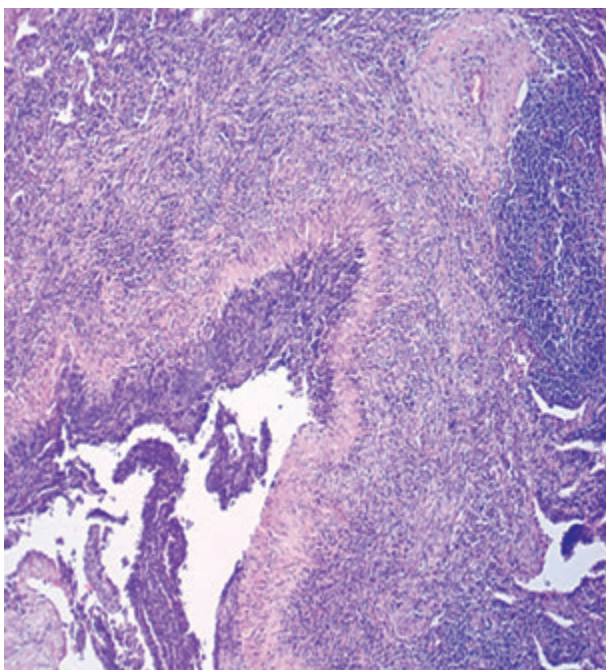


Рис. 5. Васкуліт Вегенера. Забарвлення гематоксиліном-еозином. Зб. 100

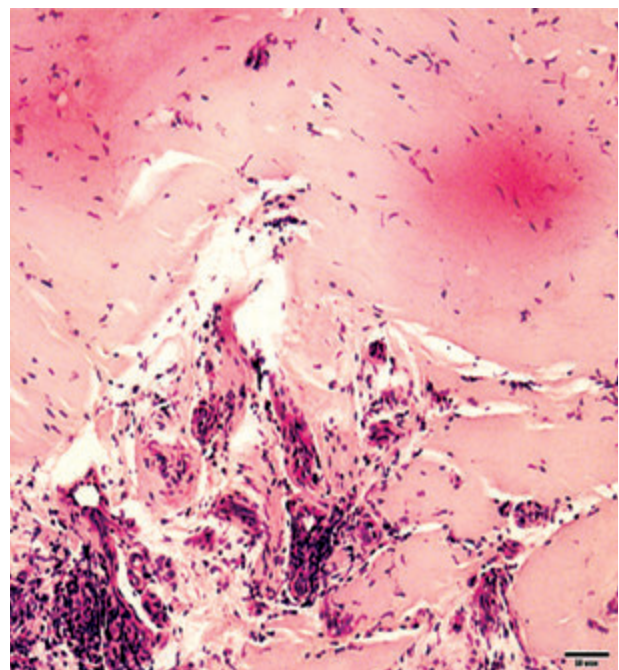


Рис. 6. Системний червоний вовчак. Забарвлення гематоксиліном-еозином. Зб. 100

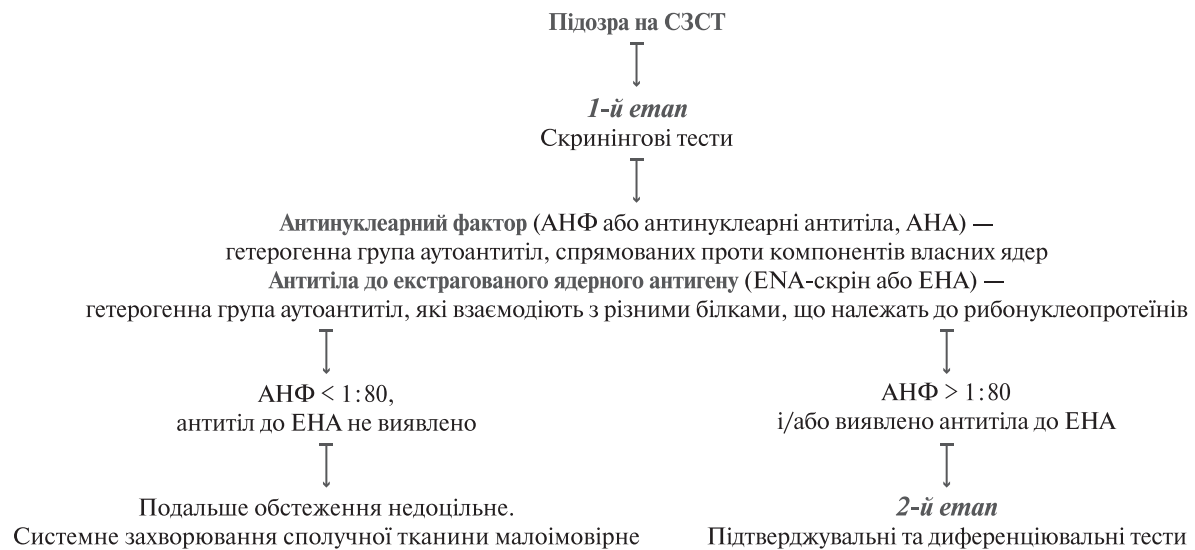


Рис. 7. Імунологічна діагностика системних захворювань сполучної тканини

- мікроскопічний поліангіїт — 2 (4,2 %);
- геморагічний васкуліт — 4 (8,4 %);
- синдром Шегрена — 1 (2,1 %);
- недиференційоване захворювання сполучної тканини — 14 (29,8 %).

Терміном «недиференційоване захворювання сполучної тканини» визначають стани, які характеризуються клінічними виявами аутоімунних процесів з наявністю позитивних АНА, але не мають достатньої сукупності симптомів, які б дали змогу достовірно діагностувати конкретне захворювання сполучної тканини. Так, семи пацієнтам, з огляду на клінічну картину, одразу була призначена імунотерапія, чотирьом — пізніше, ще троє перебувають під спостереженням профільних спеціалістів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хвора П., 55 років, госпіталізована у відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики з діагнозом «Кіста верхньої частки лівої легені». Стан хворої відносно задовільний. Скарги на незначну слабкість, швидку втомлюваність, сухий кашель. В анамнезі — хронічний риніт, наявність якого хвора пояснювала роботою з маленькими

дітьми. Рентгенологічно виявлено округлу тінь в язичкових сегментах лівої легені, яка спостерігається кілька років. За останній рік вона збільшилася в розмірах, що викликало сумнів щодо наявності кістозного ураження. Хвору було направлено на хірургічне лікування з підозрою на онкологічний процес (рис. 8).

Проведено хірургічне лікування: виконано VATS типову резекцію S4—S5 лівої легені. В післяопераційний період виникла гектична лихоманка без візуальних та лабораторних ознак запального процесу. Двічі було змінено режим антибактеріальної терапії, проте нормалізувати температурну реакцію не вдалося. На 8-му добу після оперативного втручання отримано гістологічний висновок з чіткими ознаками грануломатозного ураження (вияви некротизуючого васкуліту, які є ознаками грануломатозу Вегенера). Хвора була проконсультована ревматологом. Рекомендовано імунологічне дообстеження та призначено преднізолон у дозі 1 мг/кг маси тіла. Температура тіла нормалізувалася на 2-гу добу. Антибактеріальні препарати відмінені. Імунологічно діагноз СЗСТ підтверджено.

Остаточний діагноз: Системний васкуліт (грануломатоз Вегенера) з ураженням лівої легені



Рис. 8. Комп'ютерна томографія органів грудної порожнини хворої П.

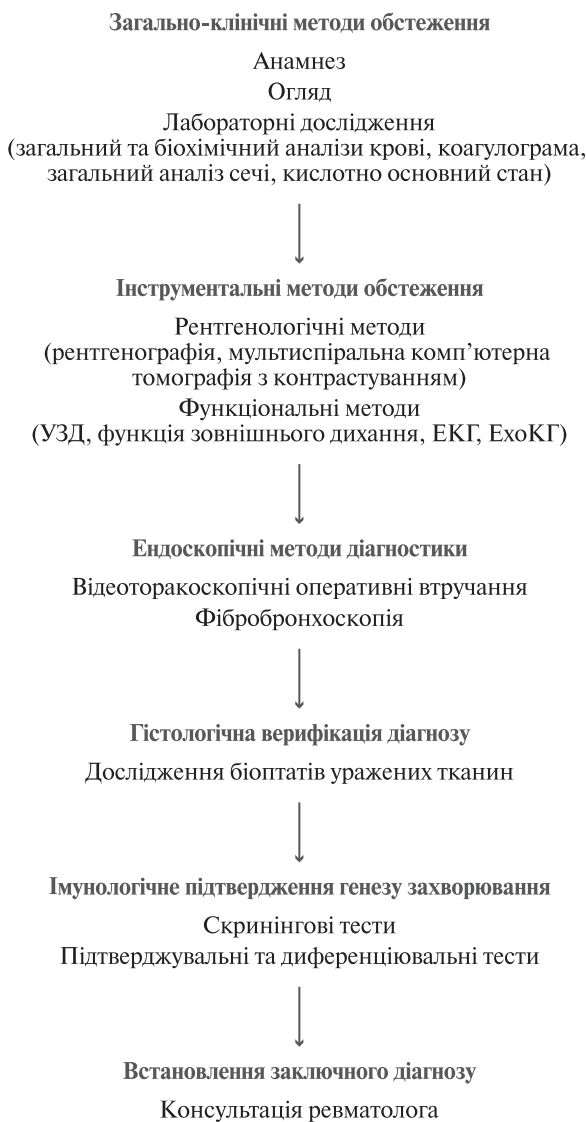


Рис. 9. Алгоритм діагностики системних захворювань сполучної тканини

(інфільтрат в/долі лівої легені). На 16-ту добу хвору в задовільному стані виписано за місцем проживання під спостереження ревматолога. Аналіз власного досвіду виявив основні причини несвоєчасної діагностики:

- недостатньо зібраний анамнез; недооцінка патогномонічних скарг і симптомів захворювання;

Роботу виконано за кошти державного бюджету.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження – М. О., Л. Л., О. Т., В. Б., М. Ш.;

збір матеріалу – Л. Л., О. Т., Б. К., В. Б., І. Л., Л. З., М. К.;

обробка матеріалу – Л. Л., О. Т., Б. К., М. Ш., О. О.;

статистичне опрацювання даних – Л. Л., В. Б., М. Ш.;

написання тексту – Л. Л.;

редагування – О. О., Л. Л., В. Б., С. Ш., М. Ш., В. Л.

- обмежена можливість провести спеціальні лабораторні дослідження чи інструментальні обстеження;

- неточне або неправильне трактування результатів додаткових методів обстеження;

- відсутня або недостатньо об'єктивна патоморфологічна верифікація діагнозу;

- неадекватне ставлення пацієнта до власного здоров'я;

- іноді — небажання займатися «тяжким» пацієнтом.

Багато в чому ці помилки зумовлені такими чинниками:

- СЗСТ характеризуються значним продромальним періодом, який не має чітких критеріїв;

- СЗСТ не мають патогномонічної клінічної картини на початку захворювання та характеризуються поліморфізмом (ураження різних внутрішніх органів, судин, нервової системи, шкіри, м'язів, суглобів і кісток);

- СЗСТ часто «маскують» інші хвороби;

- СЗСТ мають тривалий прогресуючий перебіг, непрогнозований розвиток загострень і ремісій. Нами розроблено алгоритм діагностики СЗСТ (рис. 9).

ВИСНОВКИ

Вперше виявлених хворих із сукупним ураженням дихальної, серцево-судинної систем та нирок без наявності в анамнезі хронічного ураження будь-якої з них слід розглядати як групу ризику щодо системних захворювань сполучної тканини.

Застосування відеоторакоскопічних методів діагностики з проведенням біопсії уражених тканин має бути стандартом дослідження разом з імунологічним підтвердженням при встановленні виду системних захворювань сполучної тканини.

Ідентифікацію виду системних захворювань сполучної тканини слід проводити з урахуванням клінічних виявів за результатами патоморфологічного дослідження та серологічної верифікації діагнозу профільними спеціалістами, оскільки своєчасне встановлення типу нозології сприяє виявленню імунопатологічних синдромів та дає змогу запобігти формуванню імунозалежних ускладнень завдяки адекватно призначеному патогенетично обґрунтованому лікуванню.

Література

1. Коваленко В. М., Шуба Н. М., Гайко Г. В., Корж М. О. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб. — Київ: Здоров'я, 2004. — 214 с.
2. Корнев Б. П., Попова Е. Н., Коган Е. А. Поражение легких при системных заболеваниях соединительной ткани // Врач. — 2000. — № 9. — С. 22—25.
3. Насонов Е. Л., Насонова В. А. Ревматология, национальное руководство. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — 543с.
4. Чоп'як В. В. та ін. Системні хвороби сполучної тканини: досвід роботи // Український ревматологічний журнал. — 2009. — № 2 (36). — С. 15—21.
5. Чоп'як В. В. Імунодіагностичні та імунотерапевтичні підходи в ревматологічній практиці // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2009. — № 10 (29). — С. 28—34.
6. Bouros D., Pneumatikos I., Tzouveleakis A. Pleural involvement in systemic autoimmune disorders // Respiration. — 2008. — Vol. 75. — P. 361—371.
7. Felson D. T. et al. American College of Rheumatology. European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials // Arthritis Rheum. — 2011. — Vol. 63 — P. 573—586.
8. Pego-Reigosa J. M., Medeiros D. A., Osenberg D. A. Respiratory manifestations of systemic lupus erythematosus: old and new concepts // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 2009. — Vol. 23. — P. 460—480.
9. Shoenfeld Y., Cervera R., Haass M. EASI — The European Autoimmunity Standardization Initiative: a new initiative that can contribute to agreed diagnostic models of diagnosing autoimmune disorders throughout Europe // Annals of the New York Academy of Sciences. — 2007. — Vol. 1109. — P. 138—144.
10. Watts R. A., Lane S. E., Bentham G. I., Scott D. G. Epidemiology of systemic vasculitis: a ten-year study in the United // Arth. Rheum. — 2000. — Vol. 43. — P. 414—419.

Н. С. Опанасенко, Л. И. Леванда, А. В. Терешкович, Б. Н. Коник, В. Б. Бичковский, И. В. Лискина, Л. М. Загаба, М. И. Калениченко, С. М. Шалагай, М. Ю. Шамрай, В. И. Лисенко, О. К. Обремская
 ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины», Киев

АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ВИДА СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С МАНИФЕСТИРУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Цель работы — провести ретроспективный анализ диагностики 47 случаев системных заболеваний соединительной ткани с манифестирующим поражением органов дыхания у больных разного возраста.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ впервые диагностированных 47 случаев системных заболеваний соединительной ткани у пациентов, находившихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии и инвазивных методов диагностики ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины» в период с 2010 по 2018 г. Среди больных преобладали женщины — 33 (70,2%). Распределение по возрасту было следующим: 20—29 лет — 8 (16,8%) больных, 30—39 лет — 14 (29,8%), 40—49 лет — 12 (25,5%), 50—59 лет — 9 (19,5%), 60 лет и больше — 4 (8,4%). Пациенты госпитализированы со следующими диагнозами: диссеминированное заболевание легких — 10 (21,3%) случаев, диссеминированное заболевание легких, осложненное односторонним плевритом, — 12 (25,5%), диссеминированное заболевание легких, осложненное двусторонним плевритом, — 1 (2,1%), диссеминированное заболевание легких, осложненное односторонним плевритом и внутригрудной лимфаденопатией, — 2 (4,3%), округлое образование легкого — 1 (2,1%), плеврит односторонний — 4 (8,4%), плеврит двусторонний — 6 (12,9%), плеврит с перикардитом — 11 (23,4%).

Результаты и обсуждение. Во всех случаях идентифицирована специфика аутоиммунного поражения. Акцентировано внимание на необходимости ранней диагностики данной патологии и назначении адекватного патогенетического лечения профильными специалистами.

Выводы. Впервые выявленных больных с совокупным поражением дыхательной, сердечно-сосудистой систем и почек без наличия в анамнезе хронического поражения любой из них следует рассматривать как группу риска системных заболеваний соединительной ткани. Применение видеоторакоскопических методов диагностики с проведением биопсии пораженных тканей должно быть стандартом исследования вместе с иммунологическим подтверждением при установлении вида системных заболеваний соединительной ткани. Идентификацию вида системных заболеваний соединительной ткани следует проводить с учетом клинических проявлений по результатам патоморфологического исследования и серологической верификации диагноза профильными специалистами, так как своевременное установление типа нозологии способствует выявлению иммунопатологических синдромов и позволяет предупредить формирование иммунозависимых осложнений благодаря адекватно назначенному патогенетически обоснованному лечению.

Ключевые слова: системные заболевания соединительной ткани, поражение легких и плевры, видеоторакоскопия, иммунологическая диагностика.

**M. S. Opanasenko, L. I. Levadna, O. V. Tereshkovych, B. M. Konik,
V. B. Bychkovskiy, I. V. Liskina, L. M. Zagaba, M. I. Kalenychenko,
S. M. Shalagai, M. Yu. Shamrai, V. I. Lysenko, O. K. Obremska**
SI «National Institute of Phthisiology and Pulmonology
named after F. G. Yanovskyi NAMS of Ukraine», Kyiv

THE PRIMARY DIAGNOSTIC ENDOSCOPIC METHODS FOR CONNECTIVE TISSUE DISEASES VERIFICATION IN PATIENTS WITH RESPIRATORY MANIFESTATIONS

The aim — to conduct a retrospective analysis of the connective tissue diseases diagnosis in 47 patients of different ages with respiratory manifestations.

Materials and methods. A clinical analysis of the first diagnosed cases of connective tissue diseases in 47 patients treated on the basis of the department of thoracic surgery and invasive diagnostic methods, from 2010 to 2018 was done. Among patients, women predominated — 33 (70.2 %), men — 14 (29.8 %). Among them, at the age of 20—29 years old, there were 8 (16.8 %) patients; 30—39 years — 14 (29.8 %) patients; 40—49 years old — 12 (25.5 %); 50—59 years old — 9 (19.5 %); over the age of 60 years- 4 (8.4 %). The patients were hospitalized with the following diagnoses: disseminated pulmonary disease — 10 (21.3 %), disseminated pulmonary disease complicated by unilateral pleurisy — 12 (25.5 %) patients; disseminated pulmonary disease complicated by bilateral pleurisy — 1 (2.1 %) case; disseminated pulmonary disease complicated by unilateral pleurisy and intrathoracic lymphadenopathy — 2 (4.3 %) observations; rounded lung lesion — 1 (2.1 %) case; unilateral pleurisy— 4 (8.4 %); bilateral pleurisy — 6 (12.9 %); pleurisy with pericarditis — 11 (23.4 %) cases.

Results and discussion. In all cases, the specificity of the autoimmune lesion was identified. The attention is paid to the need for early diagnosis of this pathology and the adequate pathogenic treatment appointment by profile specialists.

Conclusions. Of newly diagnosed patients with total respiratory, cardiovascular and renal impairment without any history of chronic disease should be considered as a risk group for further diagnosis of connective tissue diseases. The use of video-assisted thoracoscopic surgery diagnostic methods with biopsy of affected tissues should be the standard of study along with immunological confirmation when establishing the type of connective tissue diseases. The connective tissue diseases type identification should be done considering the clinical manifestations, based on the pathomorphological study results and the serological verification by specialists, since the nosology type establishment timely contributes to the immunopathological syndromes detection and allows the immune-dependent complications prevention by adequately prescribed pathogenically valid treatment.

Key words: systemic diseases of the connective tissue, lung and pleura lesions, video-assisted thoracoscopic surgery, immunological diagnostics.