

AĞ CIYƏR XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ

Aslanova A.E., Məmmədbəyov E.N., Qəmbərova A.A., Qasimov İ.A.,
Sərdarova Z.Z.

Elmi Tədqiqat Ağ Ciyər Xəstəlikləri İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə ağ ciyər xəstəliklərinin xüsusilə ağ ciyərlərdə diffuz zədələnmələrin müasir diferensial diaqnostik üsulları araşdırılır. Ağ ciyərlərin diffuz zədələnmələrinə çoxsaylı xəstəliklər nəticəsində rast gəlinə bilər. Belə patologiyalı pasientlərə xəstəliyin gediş tempi, radioloji görüntüsü, klinik kontekstlə metodik yanaşma tərzini çətin diaqnostik həlli asanlaşdırır. Bir çox hallarda bu parametrlərin korrelyasiyası ilkin ehtimal diaqnoz haqqında düşünməyə köməkçi olur və hansı ki, son nəticədə diaqnostik testlər və biopsiya nəticəsinə əsasən öz təsdiqini tapır. **Açar sözlər:** Ağ ciyərlərin interstisial xəstəlikləri, ağ ciyərlərin qranulyomatoz xəstəlikləri, multispiral kompyuter tomoqrafiya.

İnterstisial zədələnmələrin bəzi növləri histopatoloji şəklinə görə nekrotik və qeyri nekrotik qranulyomalı olmaqla dominə edir hansıları ki, 2 əsas qrupa ayrılır: infeksiyon və qeyri infeksiyon. İnfeksiyon səbəblərə vərəm (şək. 1), histoplazmoz, göbələklər, parakoksidomikoz, askaridoz, exnokokkoz və dirofilyarioz aiddir [1,2]. Qeyri-infeksiyon səbəblərə isə histiositoz X, hipersensitiv pnevmoniya, vaskulit, limfoma, sarkoidoz, silikoz və berillioz kimi pnevmokoniozlar aiddir [5]. Bu məqsədlə ağ ciyərin qranulyomatoz xəstəliklərinin diferensial diaqnostikasını aparmaq üçün anatomo-klinik-radioloji korrelyasiyaları aşkarlamaq və hər biri ayrı-ayrılıqda olmaqla diaqnozları müzakirə etmək mühümdür [1,3,5]. Qranulyomatoz iltihabi proses davam etdikcə infeksiyon agentin aşkarlanması bilavasitə kulturanın alınması və histoloji metodların müşahidəsi əsasında gerçəkləşir. Histoloji aspektdən infeksiyon qranulyomaların qiymətləndirilməsi histo-anatomik yerləşmənin, iltihabi reaksiyanın tipi və nekrozun tədqiqindən ibarətdir [4,7]. Tamamlayıcı müayinələrdə [immunohistokimyəvi və polimeraz zəncirvari reaksiya (PZR)] infeksiyon agentin identifikasiyası nəticəsi mənfi olduqda prosesin qeyri-infeksiyon xarakterli olması diqqətə alınmalıdır [1,2,6].

İşin məqsədi diffuz ağ ciyər xəstəliklərinin diferensial diaqnostikasında müasir diaqnostik üsulların öyrənilməsi və qiymətləndirilməsi olmuşdur.

İlkin yanaşma – infeksiyon agent: Qranulyomatoz iltihabi proses müəyyən edildikdən sonra infeksiyon agentin kultural və histokimyəvi üsullarla tədqiqi

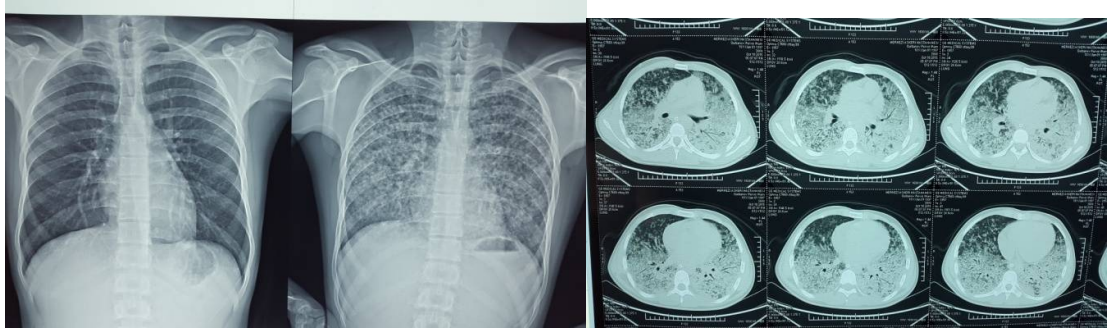
mütləqdir. İnfeksiyon qranulyomatoz xəstəliklərin aşkarı diferensial diaqnostikada mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, onların yayılması, klinik-patoloji heterogenliyi və müalicə imkanları mövcüddür. İnfeksiyon agentin təyininə ilk növbədə turşuyadavamlı mikobakteriyalar, göbələklər tədqiq olunur. Bunlar sadə mikroskopiyaya ilə müəyyən edilmədikdə tamamlayıcı üsullardan (Gen Xpert, PZR, immunohistokimyəvi) istifadə edilir. Əgər tamamlayıcı müayinə paneli ilə infeksiyon agentini aşkarlamaq mümkün olursa radioloji və histoloji xarakteristikasını nəzərə alaraq mikrobioloji kulturanın əkmə nəticəsini gözləmək mütləqdir.



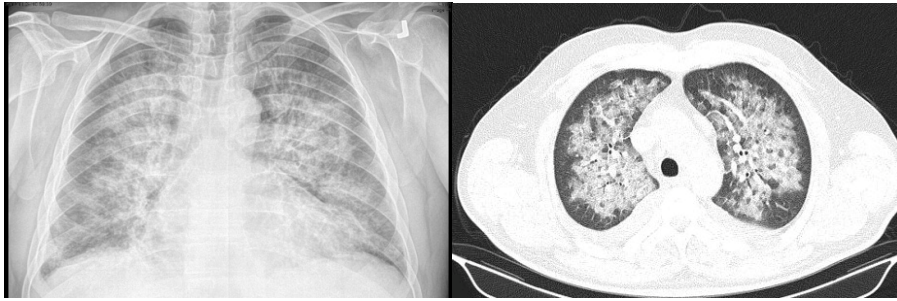
Şəkil 1. Ağ ciyərlərin səpələnmiş vərəmi

Histoloji aspektdən infeksiyon qranulyoma təsadüfi histo-anatomik yerləşmə, iltihabi reaksiya və nekrozun olması ilə təcəssüm olunur. Etioloji agentdən asılı olaraq müxtəlif tipli nekrozlar qeyd edilir: belə ki, kazeoz nekroz vərəmdə və hətta nokardiozda, irinli nekroz göbələkdə, koagulyasyon nekroz isə dirofilyariozda rast gəlinir. Əgər sadalanan müayinələrdə infeksiyon agent aşkarlanmırsa bu zaman proses qeyri-infeksiyon olaraq dəyərləndirilməlidir.

Bir çox ağ ciyər xəstəlikləri rentgenoloji görüntüdə diffuz patoloji kölgələnmə kimi qeydə alınır (şək. 2 və 3) . Bu xəstəliklər ağ ciyərlərdə infeksiya, onkoloji xəstəlik, ödem, qansızma, aspirasiya, ekoloji, medikamentoz və peşə zədələnməsi olaraq özünü biruzə verir.

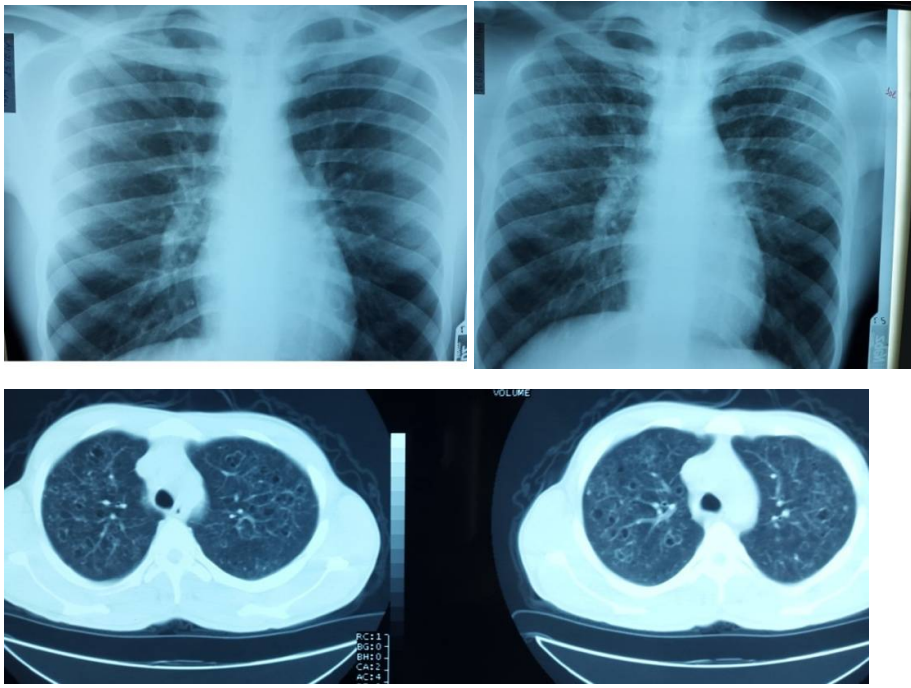


Şəkil 2. Kəskin gedişli viral pnevmoniya



Şəkil 3. Alveolyar ödem

Diffuz zədələnmə dedikdə hər iki ağ ciyərin bütün payları nəzərdə tutulur, lakin bu o demək deyil ki, mütləq şəkildə bütün paylarda prosesin bərabər paylanması olmalıdır. Ağ ciyərlərin bəzi damar patologiyaları məsələn obliterasiyaedici endoarterit, eyni zamanda bronxoektazlar və kistik fibroz (mukovissidoz) rentgenoloji diffuz infiltrat görüntüsü yaradır – bu proseslər yanlış olaraq diffuz ağ ciyər zədələnməsi kimi interpretasiya olunur. Rentgenoqramma bir qayda olaraq ağ ciyərlərin ilkin müayinə üsuludur. Lakin 10% hallarda normal rentgen görüntüsü olan pasiyentin multispiral kompyuter tomoqrafiya görüntüsündə diffuz parenximatöz zədələnmə qeydə alınır. Belə ki, rentgenoloji görüntüdə Histiositoz prosesi xəttşəkilli nazik fibrotik atmalar kimi göründüyü halda multispiral kompyuter tomoqrafiya nəticəsində çoxsaylı yayılmış diffuz boşluqlar qeydə alınır (şək. 4) .

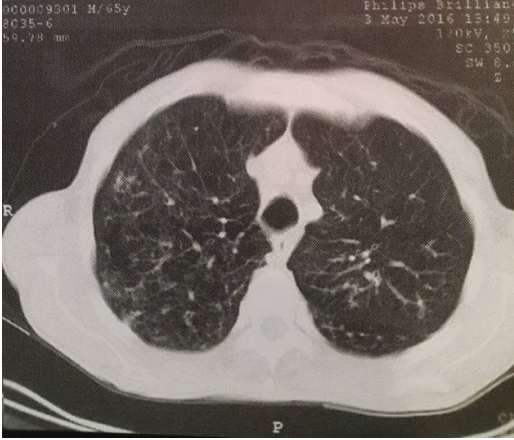


Şəkil 4. Histiotsitoz X.

Bu məqsədlə diaqnostik istifadə edilən kompyuter tomoqrafiya müayinəsi əvəzəilməzdir. Adi kompyuter tomoqrafiya müayinəsi 10mm intervalla prosesi 7-10 mm-lik kəsikləri, multispiral kompyuter tomoqrafiyası isə 10 mm intervalla 1-1,5 mm kəsikləri nümayiş etdirir. Bu səbəbdən ağ ciyərlərdə diffuz parenximal zədələnmənin dəqiq, dürüst diaqnostikası üçün multispiral kompyuter tomoqrafiyasına üstünlük verilməlidir.

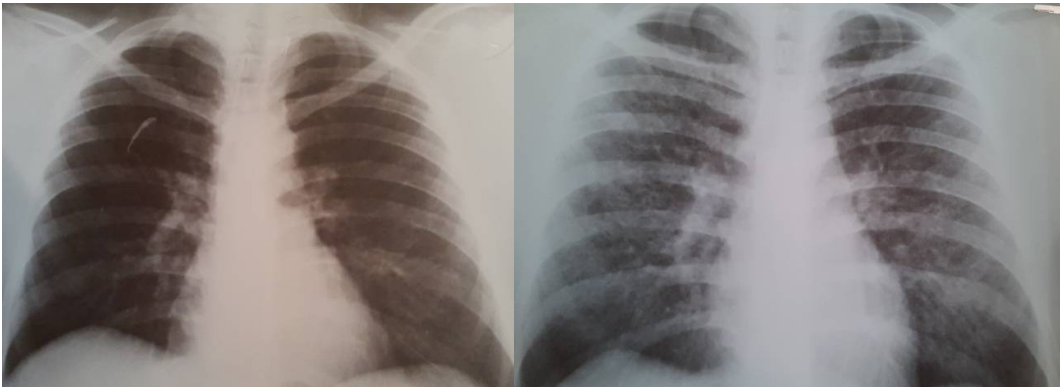
Klinik kontekst. müxtəlif xəstəliklərin klinik gedişində diaqnostik problemin həlli üçün klinik kontekst ilk öncə düzgün dəyərləndirilməlidir. Xəstəliyin gediş tempi və radioloji dəyərləndirmə aparıldıqdan sonra diferensial diaqnostika üçün klinik kontekst tamamlayıcı fokuslaşmış qiymətləndirmə olmalıdır. Klinik kontekstdə spesifik xüsusiyyətlər yer almalıdır: yaş, cins, tütüncəkmə tarixçəsi, mövcud və öncəki sistem xəstəliklər, yaşam tərzi, immunodefisit halı yaradacaq dərmanların istifadəsi, peşə şüalanması, ailə anamnezi. Ağ ciyərlərin diffuz zədələnmələrinin bəziləri epidemioloji xarakter daşıyır. Məsələn, ağ ciyər limfangioleymiomatozu daha çox qadınlarda reproduktiv

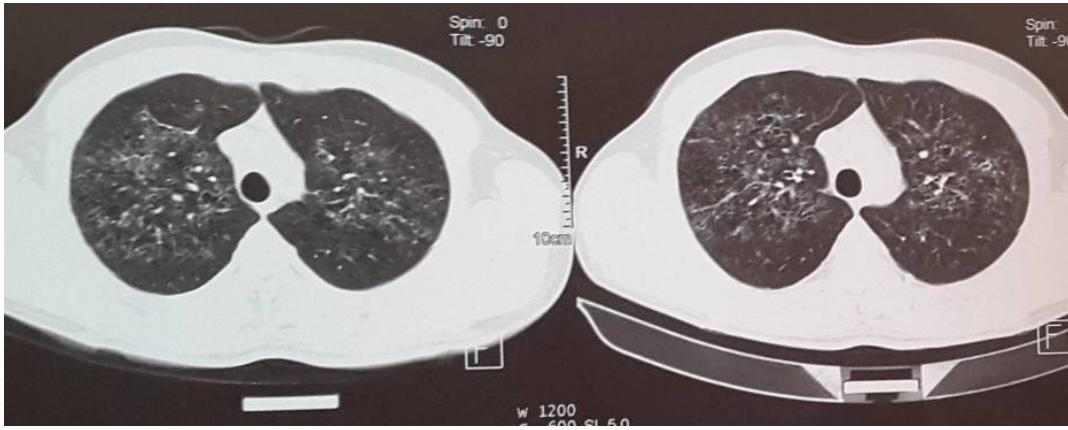
dövrədə təsadüf edirsə, idiopatik pulmonar fibroz (İPF) daha çox orta və ahıl yaşlı şəxslərdə qeydə alınır (şək. 5).



Şəkil 5. İdiopatik pulmonar fibroz

Bəzi diffuz xəstəliklər isə tütünçəkmə ilə bilavasitə əlaqəli olur məsələn pulmonar histiositoz və respirator bronxiolit. Ekoloji və professional zədələnmələri, eyni zamanda dərman və digər preparatların qəbulunu mövcüd diffuz ağ ciyər zədələnməsi səbəbi kimi qiymətləndirilməlidir. Allergik pnevmonitlər bu qismdən olan zədələnmələrə aid olunur. İmmunodefisitli pasiyentlərdə Pnevmosist pnevmoniyası diffuz zədələnmənin başlıca səbəbi kimi dəyərləndirilir. Belə ki, multispiral kompyuter tomoqrafiya müayinəsi zamanı kökətrafi – perihiliar sahə ətrafında buzlu şüşə görüntüsü xəstəliyin ilkin dövrü üçün xarakterikdir. Lakin xəstəlik progressivləşdikcə bütün parenxima boyu müxtəlif ölçülü konsolidasiya və boşluqlu sahələr qeydə alınır (şək. 6) .

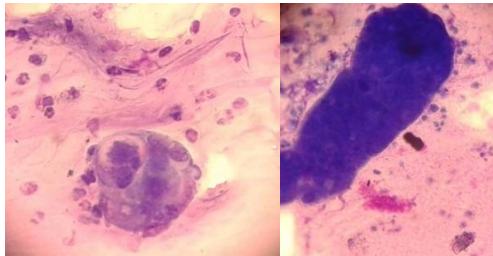




Şəkil 6. Pnevmosist pnevmoniyası ilkin və sonrakı dövr

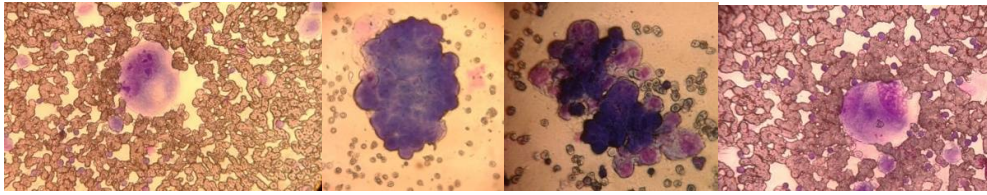
Klinik gedişlə yanaşı xəstəliyin tarixçəsi, fiziki müayinələr, laborator və ağ ciyərlərin funksional müayinələri diaqnostik nəticə üçün açar rolunu oynayır. Periferik eozinofiliya xroniki eozinofil pnevmoniyanın və eyni zamanda mövcüd əsas sistem xəstəliyin göstəricisi kimi təcəssüm olunur, hansı ki, əlavə seroloji diaqnostik üsullarla öz təsdiqini tapır. Bir qayda olaraq diffuz zədələnmiş proseslərdə ağ ciyərlərin diffuz həcmnin azalması nəzərə çarpır. Obstruktiv zədələnmələrə bu halda birmənalı olaraq az rast gəlinir, lakin ağ ciyərlərin limfangioleymiomatozu, histiositoz, sarkoidoz və allergik pnevmonitlərdə yanaşı obstruktiv pozulmalar da qeydə alınır.

Klinik hal N1: Ağ ciyərlərin interstisial xəstəliyi diaqnozu qoyulmuş 1967-ci il təvvəlüdlü qadın. Sitoloji nəticədə ağ ciyər karsinoması aşkarlanmışdır (şək. 7).



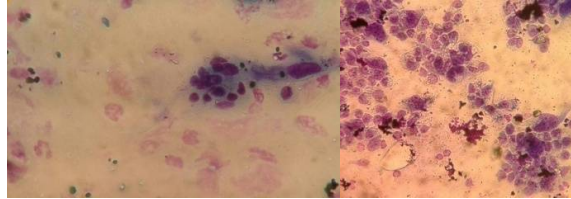
Şəkil 7. Ağ ciyər karsinoması (sitoloji görüntü)

Klinik hal N2: Ağ ciyərlərin diffuz zədələnməsi, plevrit 1946-cı il təvvəlüdlü kişi. Sitoloji nəticədə metastatik plevrit aşkarlanmışdır (şək. 8).



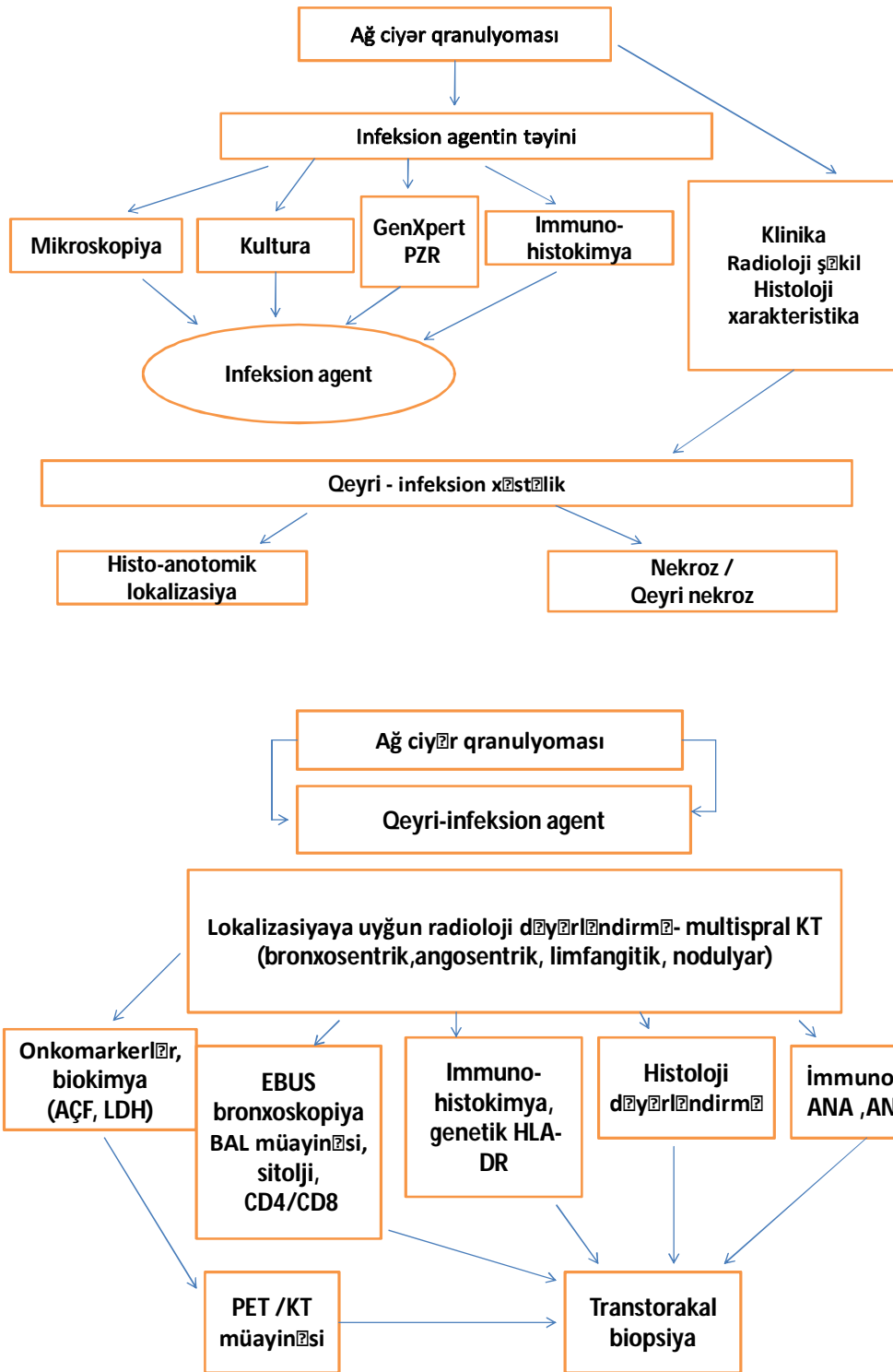
Şəkil 8. Metastatik plevrit (sitoloji görüntü)

Klinik hal N3: Ağ ciyərlərin diffuz zədələnməsi 1958-ci il təvəllüdü kişi. BAL (bronxoalveolyar lavaj) sitoloji nəticəsi ağ ciyər xərçəngi (şək. 9).



Şəkil 9. Ağ ciyər xərçəngi (sitoloji görüntü)

Yuxarıda sadalananları ümumiləşdirərək diaqnostik yanaşma baxımından minimal vaxt sərfiyyatı etibarilə ağ ciyər xəstəliklərinin diaqnostikası müxtəlif müayinələri özündə cəmləyən – diaqnostik alqoritmə uyğun aparılması qənaətbəxş hesab edilə bilər. Bu məqsədlə tərəfimizdən işlənmiş alqoritmdə müayinələrin etaplılıq və müasirlik prinsipi gözlənilməklə düzgün diaqnostik yanaşma başlıca meyar kimi dəyərləndirilir (şək. 10).



Şəkil 10. Ağ ciyər xəstəliklərinin diferensial diaqnostik alqoritmi

Yekun. Ağ ciyərlərin diffuz zədələnmələri çoxsaylı xəstəliklər nəticəsində rast gəlinə bilər. Belə patologiyalı pasiyentlərə xəstəliyin gediş tempi, radioloji görüntüsü, kliniki kontekstlə metodik yanaşma tərzi çətin diaqnostik həlli asanlaşdırır. Bir çox hallarda bu parametrlərin korrelyasiyası ilkin ehtimal diaqnoz haqqında düşünməyə köməkçi olur və hansı ki, son nəticədə diaqnostik testlər və biopsiya nəticəsinə əsasən öz təsdiqini tapır.

Bu iş Azərbaycan Respublikasının Prezidenti Yanında Elmin İnkişafı Fondunun maliyyə yardımı ilə yerinə yetirilmişdir – **Qrant EIF/ GAM -3-2014-6(21)-24/19/3**

Ədəbiyyat

1. Caminati A, Harari S. Smoking-related interstitial pneumonias and pulmonary Langerhans cell histiocytosis. Proc Am Thorac Soc. 2006;3:299–306.
2. Elliot TL, Lynch DA, Newell Jr JD, et al. High-resolution computed tomography features of nonspecific interstitial pneumonia and usual interstitial pneumonia. J Comput Assist Tomogr. 2005;29:339–45.
3. Flaherty KR, King Jr TE, Raghu G, et al. Idiopathic interstitial pneumonia: what is the effect of a multidisciplinary approach to diagnosis? Am J Respir Crit Care Med. 2004;170:904–10
4. Johkoh T, Muller NL, Cartier Y, et al. Idiopathic interstitial pneumonias: diagnostic accuracy of thin-section CT in 129 patients. Radiology. 1999;211:555.
5. Margaritopoulos GA, Wells AU. The role of transbronchial biopsy in the diagnosis of diffuse parenchymal lung diseases: Con. Rev Port Pneumol. 2012;18:61–3.
6. Sverzellati N, De Filippo M, Bartalena T, et al. High-resolution computed tomography in the diagnosis and follow-up of idiopathic pulmonary fibrosis. Radiol Med. 2010;115:526–38.
7. Utz JP, Ryu JH, Douglas WW, et al. High short-term mortality following lung biopsy for usual interstitial pneumonia. Eur Respir J. 2001;17:175–9.

SUMMARY

Modern aspects of differential diagnosis of pulmonary diseases

**Aslanova A.E., Mammadbayov E.N., Qambarova A.A., Qasimov I.A.,
Sardarova Z.Z**

**Scientific Research Institute of Lung Disease Ministry of Health of Azerbaijan
Republic, Baku, Azerbaijan**

Diffuse lung disease can be caused by a large number of diverse disease processes. A methodical approach to a patient with diffuse lung disease can reduce a difficult diagnostic task and involves ascertaining pivotal parameters including tempo of the disease, radiographic pattern, and the clinical context.

Keywords: interstitial pulmonary diseases, granulomatous pulmonary diseases, multispiral computed tomography scanning.

Резюме

Современные аспекты дифференциальной диагностики заболеваний легких

**Асланова А.Е., Мамедбеков Е.Н., Камбарова А.А., Касумов И.А.,
Сардарова З.З**

**Научный Исследовательский Институт Легочных заболеваний
Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, Баку,
Азербайджан**

Диффузные заболевания легких может быть вызвано большим количеством разнообразных болезненных процессов. Методический подход к пациенту с диффузным заболеванием легких может уменьшить трудную диагностическую задачу и включая в себя выяснение клинических параметров, темп болезни, рентгенографической картины и клинического контекста.

Ключевые слова: интерстициальные болезни легких, гранулематозные легочные заболевания, мультиспиральная компьютерная томография

Redaksiyaya daxil olub: 20.02.2017

Çapa tövsiyə olunub: 27.02.2017

Rəyçi: t.e.d. Ağayev F.F.