

Daugiadisciplinio konsiliumo vertė diagnozuojant ir gydant intersticines plaučių ligas. Kauno klinikų patirtis

VALUE OF MULTIDISCIPLINARY TEAM MEETING FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTERSTITIAL LUNG DISEASES. EXPERIENCE OF KAUNO KLINIKOS

GEDIMINAS VASILIAUSKAS, KRISTINA BIEKŠIENĖ
LSMU MA Pulmonologijos klinika

Santrauka. Įvadas. Tarptautinės rekomendacijos rekomenduoja intersticinių plaučių ligų (IPL) diagnostiką atlikti specializuotuose centruose, pacientus aptariant IPL daugiadiscipliniame konsiliume (IPLDDK). **Tyrimo tikslas.** Nustatyti IPLDDK vertę IPL diagnostikai ir gydymo taktikos apsprendimui Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (toliau – Kauno klinikų) Pulmonologijos klinikoje. **Tyrimo metodika.** Atlikta retrospektyvioji pacientų, pristatytų Kauno klinikų IPLDDK nuo 2019 m. sausio 10 d. iki 2020 m. sausio 9 d., duomenų analizė. Į tyrimą įtraukti pacientai, kuriems pirmą kartą nustatyta IPL diagnozė. **Rezultatai.** Iš 98 tirtų pacientų 67,4 proc. pacientų IPL diagnozė nustatyta per pirmą IPLDDK aptarimą. Dažniausiai buvo nustatyta sarkoidozės diagnozė – 48,9 proc., po 8,2 proc. – idiopatinės plaučių fibrozės, idiopatinės nespecifinės intersticinės pneumonijos ir hipersensityviojo pneumonito. 63,3 proc. IPL diagnozių nustatytos remiantis klinikiniais ir radiologinių tyrimų duomenimis. Prieš IPLDDK aptarimą 45,9 proc. pacientų nustatyta nepatikslinkta IPL. IPLDDK metu diagnozė pakeista 53,1 proc. pacientų. Visiems pacientams, nustačius IPL, rekomenduota gydymo taktika. **Išvados.** Tyrimo rezultatai parodė, kad IPLDDK yra tikslingas diagnozuojant IPL ir apsprendžiant gydymo taktiką.

Reikšminiai žodžiai: intersticinė plaučių liga, daugiadisciplinis konsiliumas.

Summary. Introduction. International guidelines recommend interstitial lung diseases (ILD) should be diagnosed in specialized centres, in an ILD multidisciplinary team (ILDMDT). **Aim.** To determine the value of ILDMDT for diagnosis and treatment choice of IPL at the Department of Pulmonology of Kauno klinikos. **Methods.** A retrospective study of patients, presented at Kauno klinikos ILDMDT from January 10th, 2019 to January 9th, 2020, was performed. Patients with a first-time diagnosis of ILD were included in this study. **Results.** 67.4% out of 98 patients presented in this study had ILD diagnosed after the first ILDMDT discussion. The most prevalent ILD was sarcoidosis at 48.9%. Idiopathic pulmonary fibrosis, idiopathic non-specific interstitial pneumonia and hypersensitivity pneumonitis were diagnosed in 8.2% of cases each. 63.3% of ILDs were diagnosed by clinical and radiological findings alone. 45.9% were presented for ILDMDT with the diagnosis of unspecified ILD. ILDMDT changed the diagnosis in 53.1% of cases. All patients diagnosed with ILD were offered further treatment. **Conclusions.** This study shows that ILDMDT is a valuable tool for diagnosis and choice of treatment for ILDs.

Keywords: interstitial lung disease, multidisciplinary team.

IVADAS

Intersticinės plaučių ligos (IPL) – tai terminas, apimantis daugiau nei 200 ligų, pažeidžiančių intersticinį plaučių audinį arba parenchimą [1, 2]. Parenchima svarbi dėl to, kad būtent čia vyksta dujų difuzija tarp alveolių ir kapiliarų.

IPL yra retos ligos, tačiau dėl reikšmingų gydymo ir prognozės skirtumų specifinių IPL diagnozių nustatymas ir diferencijavimas yra labai svarbus [3]. Šiam tikslui pasitelkiami klinikiniai duomenys [4], radiologiniai tyrimai [5, 6], invazinių procedūrų ir biopsijos rezultatai [7, 8]. IPL diagnostikai ypač reikšminga didelės skiriamosios gebos kompiuterinė tomografija (DSGKT). Neaiškiais atvejais, kai atliktų klinikinių, laboratorinių, radiologinių duomenų IPL diagnozei

nepakanka, sudėtingų invazinių tyrimų metu paimama plaučių audinio biopsija [6].

Kiekviena IPL yra susijusi su skirtingais iššūkiais. Pavyzdžiui, IPF būdingas progresuojantis plaučių funkcijos blogėjimas, todėl šios ligos prognozė itin bloga. Kita vertus, IPF diagnostikai taikomi aiškūs kriterijai [7, 9]. Kitoms intersticinėms plaučių ligoms, tokioms kaip idiopatinė nespecifinė intersticinė pneumonija (NSIP) arba hipersensityvusis pneumonitas (HP), nėra aiškių, įrodymais pagrįstų diagnostikos gairių. Jų nustatymas remiasi klinikine patirtimi ir išsamia visos turimos informacijos analize [10]. Todėl Tarptautinės rekomendacijos ir mokslinių tyrimų išvados rekomenduoja IPL diagnostiką atlikti specializuotuose centruose, aptariant daugiadiscipliniame konsiliume, kuriame dalyvauja gydytojas pulmonologas, gydytojas radiologas ir gydytojas

patologas [7, 11, 12]. IPL daugiadisciplinio konsiliumo (IPLDDK) nauda yra didžiausia, kai klinikiniai, radiologiniai ir histologiniai duomenys nevienareikšmiai arba nesutampa tarpusavyje.

Šiuo metu atlikta nedaug tyrimų, kurie vertino atskirų centrų IPLDDK vertę, diagnozuojant ir gydant IPL. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (toliau – Kauno klinikų) Pulmonologijos klinikoje IPLDDK pradėti vykdyti nuo 2019 m. sausio 10 d. Šio tyrimo tikslas – įvertinti IPLDDK vienerių metų patirtį ir vertę, diagnozuojant IPL bei pasirenkant gydymo taktiką.

METODIKA

Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos centro leidimas Nr. BEC-LSMU(R)-32.

Atlikta retrospektyvioji pacientų, aptartų Kauno klinikų Pulmonologijos klinikos IPLDDK vienerių metų laikotarpiu (nuo 2019 m. sausio 10 d. iki 2020 m. sausio 9 d.), duomenų analizė. Visi atvejai IPLDDK pateikti gydytojo pulmonologo. Pristatyti pacientai buvo gydyti Pulmonologijos klinikos stacionare, ambulatorijoje arba kituose Kauno klinikų skyriuose. Teikiantis gydytojas turėjo užpildyti Kauno klinikų IPLDDK apraše patvirtintą protokolą, kuriame pateikiami paciento demografiniai ir klinikiniai duomenys (lytis, amžius, teikiančio gydytojo nustatyta diagnozė, rūkymo, gretutinių ligų ir žalingų aplinkos, darbo sąlygų bei medikamentinė anamnezės), atliktų radiologinių tyrimų rezultatai (rentgenogramų, DSGKT, pozitronų emisijos kompiuterinės tomografijos (PET-KT)), invazinių tyrimų išvados (endobronchinės biopsijos (EBB), endobronchinės tarpuplaučio limfmazgių punkcijos ultragarso kontrolėje (EBUG), transbronchinės plaučių audinio biopsijos (TBB), kriobiopsijos, chirurginės biopsijos, bronchoalveolinio lavažo (BAL)), jei paimta biopsinė medžiaga – jos aprašymas bei jungiamojo audinio ligų žymenys.

IPLDDK komandoje dalyvavo gydytojai pulmonologai, gydytojas radiologas, kuris specializuojasi IPL srityje, ir gydytojas patologas. Gydytojas reumatologas Kauno klinikų IPLDDK komandoje nedalyvauja, tačiau prireikus pacientas buvo siunčiamas konsultacijai pas šį specialistą.

Į tyrimą įtraukti vyresni nei 18 metų pacientai, kurie IPLDDK aptarti anksčiau minėtu vienerių metų laikotarpiu ir kuriems pirmą kartą nustatyta IPL diagnozė. Neįtraukti pacientai, kuriems IPLDDK protokoluose nebuvo pagrindinių demografinių, klinikinių ir atliktų tyrimų duomenų, taip pat tie, kuriems tyrimo metu dar nenustatyta galutinė IPL diagnozė arba IPL nustatyta iki 2019 m. sausio 10 d. Pacientams, kurių atvejai buvo aptarti daugiau nei vieną kartą, diagnozė ir gydymo taktika skirta pagal paskutinio IPLDDK aptarimo išvadą. Asmeniniai pacientų duomenys, užtikrinant konfidencialumą, nebuvo renkami.

1 lentelė. 98 IPL, nustatytos Kauno klinikų Pulmonologijos klinikos IPLDDK metu 2019–2020 m.

IPL diagnozė	Dažnis, n (proc.)
Sarkoidozė	48 (48,9)
• I stadija	15 (15,3)
• II stadija	31 (31,6)
• III stadija	1 (1,0)
• IV stadija	1 (1,0)
IPF	8 (8,2)
Idiopatinė NSIP	8 (8,2)
Hipersensityvusis pneumonitas	8 (8,2)
IPL susijusi su jungiamojo audinio liga	7 (7,1)
• Reumatoidiniu artritu	5 (5,1)
• Sjogreno sindromu	1 (1,0)
• Sistemine skleroze	1 (1,0)
Vaistų ir žalingų veiksnių sukelta IPL	6 (6,1)
• Amiodarono	2 (2,0)
• Chemoterapijos / Chemospindulinio gydymo	2 (2,0)
• Metformino	1 (1,0)
• Metotreksato	1 (1,0)
Kriptogeninė organizuojamoji pneumonija	3 (3,1)
Plaučių Langerhanso ląstelių histiocitozė	3 (3,1)
Kitos IPL diagnozės	5 (5,1)
• Limfangiolejomiomatozė	2 (2,0)
• RB IPL/DIP	1 (1,0)
• Plaučių alveolinė proteinozė	1 (1,0)
• Amiloidozė	1 (1,0)
Neklasifikuojama IPL	2 (2,0)
Iš viso	98 (100,0)

Santrumpos: IPF – idiopatinė plaučių fibrozė, NSIP – nespecifinė intersticinė pneumonija, IPL – intersticinė plaučių liga, IPLDDK – intersticinių plaučių ligų daugiadisciplinis konsiliumas, RB IPL – respiracinis bronchiolitas su intersticine plaučių liga, DIP – deskvamacinė intersticinė pneumonija.

IPLDDK nustatytos diagnozės suskirstytos į 10 kategorijų, pateikiamų 1 lentelėje (adaptuota pagal De Sadeleer LJ., ir kt.) [13]. Neklasifikuojama IPL nustatyta pacientams, kuriems IPLDDK metu, įvertinus ir aptarus visą turimą su klinikiniu atveju susijusią informaciją, nuspręsta, kad diagnozė negali būti priskirta vienai specifinės IPL diagnozei.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 25.0 statistinį paketą. Dažniai pateikti absoliučiais skaičiais ir procentais. Kiekybiniai duomenys pateikti kaip vidurkis ir standartinis nuokrypis.

REZULTATAI

Analizuotu vienerių metų laikotarpiu, remiantis metodikoje nurodytais kriterijais, tyrimui atrinkti 98 pacientai. Iš jų 57 (58,2 proc.) buvo moterys ir 41 (41,8 proc.) vyras. Vidutinis pacientų amžius buvo $54,3 \pm 19,1$ metų. Rūkančiųjų buvo 33 (33,7 proc.),

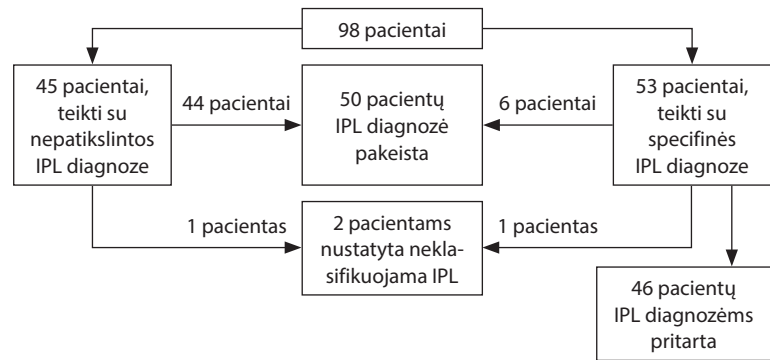
Moksliniai darbai ir apžvalgos

vidutinė šių pacientų rūkymo trukmė pakmečiais – 16,5 ± 15 metų.

66 (67,4 proc.) pacientams IPL diagnozė nustatyta pirmo IPLDDK aptarimo metu, 30 (30,6 proc.) – antro, o dviem (2,0 proc.) – trečio aptarimo metu. IPL diagnozės, nustatytos IPLDDK metu, suskirstytos į 10 kategorijų ir pateikiamos 1 lentelėje. Dažniausiai nustatyta IPL buvo sarkoidozė – 48 pacientams (48,9 proc.), rečiau nustatyta IPF, idiopatinė NSIP, HP – atitinkamai po aštuonis (8,2 proc.) atvejus. Dviem pacientams (2,0 proc.) nustatyta neklasifikuojama IPL.

IPL diagnozės, remiantis klinikiniais ir radiologinių tyrimų (DSGKT) duomenimis, nustatytos 62 pacientams (63,3 proc.), o klinikiniais, radiologiniais tyrimais ir biopsijos duomenimis – 36 pacientams (36,7 proc.). EBUG atlikta 18 pacientų (18,4 proc.), EBB – dviem (2,0 proc.), TBB – devyniems (9,2 proc.), kriobiopsija – aštuoniems (8,2 proc.). Chirurginės biopsijos atliktos septyniems (7,1 proc.) pacientams. Iš visų pacientų, kuriems atlikta biopsija, 25 (69,4 proc.) biopsijos medžiaga buvo informatyvi. BAL rekomenduota atlikti 11 (11,2 proc.) pacientų. Trims pacientams (6,3 proc.) atliktas PET-KT tyrimas sarkoidozės aktyvumui ir išplitimui įvertinti – visiems nustatyta generalizuota sarkoidozės forma.

Iš 98 IPLDDK aptartų pacientų 45 (45,9 proc.) teikiančio gydytojo pristatyti su nepatikslintos IPL diagnoze, o 53 (54,1 proc.) – su specifinės IPL. IPLDDK pritarė 46 (46,9 proc.) teikiančio gydytojo diagnozėms ir pakeitė 52 (53,1 proc.). Neklasifikuojamos IPL diagnozė traktuota kaip diagnozės pakeitimas, nes galėjo



1 pav. Teikiančio gydytojo diagnozių nagrinėjimo IPLDDK analizė

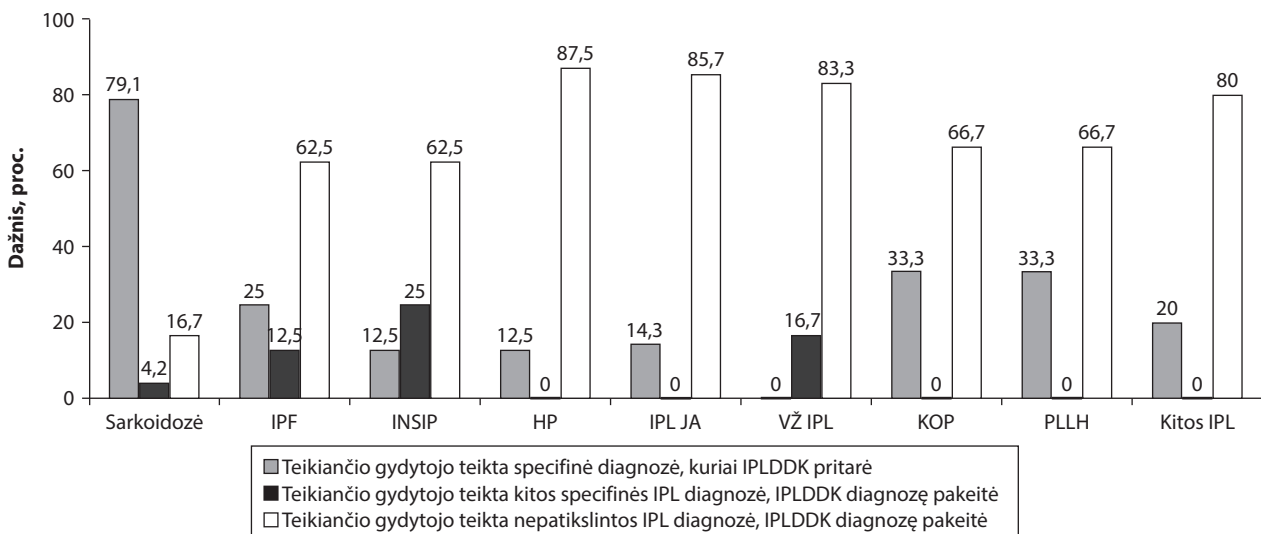
Santrumpos: IPL – intersticinė plaučių liga, IPLDDK – intersticinių plaučių ligų daugiadisciplinis konsiliumas.

būti nustatyta tik po IPLDDK aptarimo. Teikiančio gydytojo diagnozės pakeitimo ir pritarimo duomenys pateikiami 1 pav.

Dažniausiai teikiančio gydytojo ir IPLDDK diagnozė sutapo nustatant sarkoidozę – 38 (79,1 proc.) pacientams iš 48. Dviem pacientams (4,2 proc.) IPLDDK sarkoidozės diagnozė nustatyta, teikiančiam gydytojui siūlant kitą IPL, o dar aštuoniems (16,7 proc.) – iš nepatikslingos IPL. Aštuoniems pacientams IPLDDK patvirtinus IPF, dviem (25,0 proc.) buvo patvirtinta teikiančio gydytojo nustatyta diagnozė, vienam (12,5 proc.) pakeista iš kitos specifinės IPL, dar penkiems (62,5 proc.) – iš nepatikslingos IPL. Nustatant kitas IPL, teikiančio gydytojo ir IPLDDK diagnozės sutapo rečiau, išsamesnis jų palyginimas pateikiamas 2 pav.

DISKUSIJA

Tyrimė įvertinta Kauno klinikų Pulmonologijos klinikos IPLDDK vertė diagnozuojant ir gydant IPL.



2 pav. Teikiančio gydytojo ir IPLDDK diagnozių sutapimas aptariant atskiras IPL

Santrumpos: HP – hipersensityvusis pneumonitas; INSIP – idiopatinė nespecifinė intersticinė pneumonija; IPL – intersticinė plaučių liga; IPLDDK – intersticinių plaučių ligų daugiadisciplinis konsiliumas; IPF – idiopatinė plaučių fibrozė; IPL JA – intersticinė plaučių liga, susijusi su jungiamojo audinio liga; KOP – kriptogeninė organizuojamoji pneumonija; PLLH – plaučių Langerhanso ląstelių histiocitozė; VŽ IPL – vaistų ir žalingų veiksnių sukelta IPL.

Mūsų žiniomis – tai pirmas toks tyrimas Lietuvoje.

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausiai iš visų aptartų IPL nustatyta sarkoidozės diagnozė (48,9 proc.), rečiau – IPF, idiopatinės NSIP ir HP diagnozės (po 8,2 proc.). Didžiajai daliai pacientų (63,3 proc.) IPL diagnozė IPLDDK nustatyta remiantis klinikiniais ir radiologinių tyrimų duomenimis. Dažniausiai teikiančio gydytojo ir IPLDDK diagnozė sutapo nustatant sarkoidozę (79,1 proc. atvejų) bei IPF (25,0 proc.). IPL diagnostikai pasitelkti naujausi tyrimo metodai – kriobiopsija bei PET-KT sarkoidozės aktyvumui, išplitimui įvertinti.

Šiame tyrime visi pacientai IPLDDK pristatyti gydytojo pulmonologo. Tyrimų atlikta nedaug ir duomenys nevienareikšmiai. Chaudhuri N., ir kt. Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime visi pacientai taip pat pristatyti gydytojo pulmonologo [14], kitų autorių duomenimis, gydytojo pulmonologo pateikiama didžioji dalis pacientų atvejų, o 21,0–23,0 proc. atvejų pateikia bendrosios praktikos gydytojas [15, 16].

Mūsų gautus rezultatus palyginome su kitų klinikinių centrų patirtimi. De Sadeleer LJ., ir kt. 2018 m. publikavo tyrimą, kurio metu vertino 938 pacientus, aptartus IPLDDK per 10 metų laikotarpį Leuven universitetinėje ligoninėje Belgijoje. Šiame tyrime pirmo aptarimo metu IPL diagnozė nustatyta 91,3 proc. pacientų, [13]. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad IPL diagnozė per pirmą aptarimą nustatyta 67,4 proc. IPLDDK aptartų pacientų. Tokį skirtumą galima paaiškinti tuo, kad De Sadeleer LJ., ir kt. tyrime po pirmo aptarimo 16,0 proc. pacientų nustatyta neklasifikuojama IPL, kuriai patikslinti buvo skirti tolesni tyrimai, tačiau po jų pacientai nebuvo pristatyti pakartotiniam aptarimui. Mūsų klinikoje po IPLDDK pasiūlytų tyrimų atlikimo pacientai buvo pristatomi pakartotinai.

Pacientams, kuriems po visų atliktų tyrimų diagnozė lieka neaiški, nustatoma neklasifikuojama IPL. Literatūros duomenimis, ši diagnozė nustatoma 8,0–12,0 proc. atvejų [14–17]. De Sadeleer LJ., ir kt. savo tyrime neklasifikuojamą IPL nustatė 3,5 proc. pacientų [13]. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat panašūs, t. y. neklasifikuojama IPL nustatyta 2,0 proc. pacientų.

Literatūros duomenimis, IPLDDK aptarimo metu dažniausiai nustatoma IPF diagnozė – nuo 28,0 iki 34,8 proc. atvejų, o sarkoidozė nustatoma apie 3,0–8,7 proc. [13–16]. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, sarkoidozė sudaro 23,2–35,5 proc. visų IPL [18]. Tokį

2 lentelė. IPL gydymo taktika, nurodyta Kauno klinikų Pulmonologijos klinikos IPLDDK metu

IPL diagnozė	Gydymo taktika	Gydymo taktikos pasirinkimo dažnis tarp ligos atvejų, n (proc.)
Sarkoidozė	Stebėseną GGK NVNU	38 (79,1) 8 (16,7) 2 (4,2)
IPF	Stebėseną Priešfibrotinis gydymas	2 (25,0) 6 (75,0)
Idiopatinė NSIP	Stebėseną GGK GGK ir citotoksinius vaistus	2 (25,0) 5 (62,5) 1 (12,5)
Hipersensityvusis pneumonitas	Stebėseną Nutraukti kontaktą su antigenais GGK	4 (50,0) 1 (12,5) 3 (37,5)
IPL, susijusi su jungiamojo audinio liga	Pagrindinės ligos gydymas Pagrindinės ligos gydymas ir GGK	6 (85,7) 1 (14,3)
Vaistų ir žalingų medžiagų sukelta IPL	Nutraukti vaisto vartojimą Nutraukti vaisto vartojimą ir GGK	3 (50,0) 3 (50,0)
Kriptogeninė organizuojamoji pneumonija	Stebėseną GGK	1 (33,3) 2 (66,7)
RB IPL/DIP	Mesti rūkyti	1 (100,0)
PLLH	Mesti rūkyti Mesti rūkyti ir GGK	1 (33,3) 2 (66,7)
Limfangiolejomio-matozė	Stebėseną Įtraukti į plaučių transplantacijos laukiančiųjų sąrašą	1 (50,0) 1 (50,0)
Plaučių alveolinė proteinozė	Gydomasis plaučių lavažas (Kauno klinikose netaikomas, nesant patvirtintos metodikos)	1 (100,0)
Plaučių amiloidozė	GGK	1 (100,0)
Neklasifikuojama IPL	Stebėseną	2 (100,0)

Santrumpos: GGK – geriamieji gliukokortikoidai; NVNU – nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo; IPF – idiopatinė plaučių fibrozė; IPL – intersticinė plaučių liga, IPLDDK – intersticinių plaučių ligų daugiadisiplinis konsiliumas; NSIP – nespecifinė intersticinė pneumonija; PLLH – plaučių Langerhanso ląstelių histiocitozė; RB IPL – respiracinis bronchiolitas su intersticine plaučių liga.

neatitikimą tarp epidemiologinių ir IPLDDK duomenų galima paaiškinti tuo, kad sarkoidozės diagnostikai taikomi aiškūs kriterijai, pagal kuriuos ligos diagnozė gali nustatyti gydantis gydytojas be aptarimo IPLDDK. Šią išvadą įrodo mūsų gauti duomenys – net 79,1 proc. pacientų, kuriems nustatyta sarkoidozė, teikiančio gydytojo ir IPLDDK nuomonės sutapo. Kaip rodo tyrimų duomenys, IPLDDK vertė žymiai didesnė nustatant kitas IPL. De Sadeleer LJ., ir kt. tyrimo rezultatai rodo, kad 62,2 proc. pacientų, kuriems IPLDDK metu nustatyta IPF, prieš tai nustatyta kitos specifinės arba nepatiktintos IPL diagnozė [13]. Mūsų tyrime šis rezultatas dar didesnis ir siekia 75,0 proc. Jo HE., ir kt. tyrime, atliktame dviejose tretinio lygio medicininės paslaugas teikiančiose Australijos ligoninėse, nurodoma, kad iš 27 pacientų, kuriems teikiantis gydytojas nustatė IPF, IPLDDK diagnozę patvirtino tik 17 (63,0 proc.) pacientų [15]. Šie rezultatai svarbūs tuo, kad, nustačius IPF, gali

Moksliniai darbai ir apžvalgos

būti skiriamas specifinis priešfibrotinis gydymas, kuris lėtina ligos progresavimą.

Tyrimų duomenimis, IPLDDK teikiančio gydytojo diagnozę pakeičia 41,9–69,5 proc. atvejų [13–15]. Mūsų tyrimo rezultatai atitinka šią tendenciją – IPLDDK aptarimo metu pakeista 53,1 proc. diagnozių. Kaip rodo kitų klinikinių centrų patirtis, dažniausiai IPLDDK pacientai pristatomi su nepatikslintos IPL diagnoze (42,0–51,5 proc.), kuri pakeičiama į specifinę 71,8–80,0 proc. atvejų [13–15]. Ši tendencija užfiksuota ir mūsų klinikoje – nepatikslintos IPL diagnozė prieš aptarimą nustatyta 54,1 proc. pacientų, o IPLDDK ji buvo pakeista į specifinę IPL net 97,8 proc. atvejų.

DSGKT laikoma svarbiausia diagnostine priemone nustatant IPL [6, 7]. Mūsų tyrime IPL diagnozės, remiantis klinikiniais ir radiologiniais tyrimų duomenimis, nustatytos 63,3 proc. pacientų. Biopsija yra svarbi, kai po DSGKT atlikimo diagnozė išlieka neaiški [7]. Mūsų duomenimis, biopsija atlikta 36 pacientams (36,7 proc.), iš kurių 11 (30,6 proc.) medžiaga buvo neinformatyvi ir diagnozė nustatyta remiantis klinikiniais ir radiologiniais metodais pakartotinio aptarimo metu. Kitų tyrimų duomenys rodo, kad biopsija atliekama 25,0–74,0 proc. atvejų [14–16]. IPLDDK svarbą, atrenkant pacientus biopsijai, parodė Jo HE., ir kt. atliktas tyrimas, kurio metu 31,0 proc. pacientų, pristatytų DDK aptarimui prieš tai atlikus biopsiją, IPL diagnozei nustatyti užteko klinikinių ir radiologinių tyrimų duomenų [15]. Mūsų nuomone, aptariant pacientus IPLDDK prieš biopsijos atlikimą, išvengiama nereikalingų procedūrų ir taip sumažinamas galimų komplikacijų skaičius.

51 pacientui (52,0 proc.), aptartam Kauno klinikų IPLDDK, toliau taikyta stebėseną. Mūsų tyrimo rezultatai žymiai skiriasi nuo Jo ir kt., kurių tyrimo duomenimis, IPLDDK stebėsenos taktika skirta 21 proc. pacientų, sergančių IPL [15]. Šį skirtumą galima paaiškinti tuo, kad tarp mūsų tyrime dalyvavusių pacientų, kuriems skirta stebėsenos taktika, net 38 (74,5 proc.) nustatyta sarkoidozė, kuri dažnai nustatoma atsitiktinai ir kuriai nereikia specifinio gydymo, kitų klinikinių centrų IPLDDK aptariama rečiau.

Mūsų tyrimo apribojimai buvo palyginti trumpa jo trukmė ir mažas pacientų skaičius. Kadangi tyrimo metu stigo ilgalaikės stebėsenos rezultatų, išsamesnis IPLDDK reikšmės įvertinimas bus galimas naujų tyrimų metu.

APIBENDRINIMAS

Tyrimo rezultatai parodė, kad IPLDDK yra tikslingas, diagnozuojant IPL ir nustatant jų gydymo taktiką. IPL diagnozė nustatyta jau per pirmą aptarimą 67,4 proc. pacientų. Su nepatikslintos IPL diagnoze IPLDDK pristatytiems pacientams 97,8 proc. atvejų nustatyta specifinė IPL. 63,3 proc. pacientų IPL nustatyta, remiantis tik klinikiniais ir radiologiniais

tyrimais. Remdamiesi savo tyrimo rezultatais ir tarptautinių gairių duomenimis, rekomenduojame, kad aptarimas IPLDDK turėtų būti taikomas kasdienėje klinikoje praktikoje diagnozuojant ir gydant IPL.

Gauta: 2020 03 08

Priimta: 2020 03 18

LITERATŪRA

1. **Miliauskas S, Musteikienė G, Malakauskas K, Biekšienė K, Šarauskas V, Sakalauskas R, ir kt.** Intersticinės plaučių ligos. Kaunas: LSMU Leidybos namai; 2019.
2. **Skolnik K, Ryerson CJ.** Unclassifiable interstitial lung disease: A review. *Respirology*. 2016; 21(1):51-6.
3. **Wuyts WA, Cavazza A, Rossi G, Bonella F, Sverzellati N, Spagnolo P.** Differential diagnosis of usual interstitial pneumonia: when is it truly idiopathic? *Eur Respir Rev*. 2014; 23(133):308-19.
4. **Larsen BT, Smith ML, Elicker BM, Fernandez JM, de Morvil GAA, Pereira CAC, et al.** Diagnostic approach to advanced fibrotic interstitial lung disease: bringing together clinical, radiologic, and histologic clues. *Arch Pathol Lab Med*. 2017; 141(7):901-15.
5. **Walsh SLF, Kolb M.** Radiological diagnosis of interstitial lung disease: is it all about pattern recognition? *Eur Respir J*. 2018; 52(2). pii: 1801321.
6. **Walsh SLF, Devaraj A, Enghelmayer JI, Kishi K, Silva RS, Patel N, et al.** Role of imaging in progressive-fibrosing interstitial lung diseases. *Eur Respir Rev*. 2018; 27(150). pii: 185057.
7. **Raghu G, Remy-Jardin M, Myers JL, Richeldi L, Ryerson CJ, Lederer DJ, et al.** Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018; 198(5):e44-68.
8. **Zaizen Y, Kohashi Y, Kuroda K, Tabata K, Kitamura Y, Hebisawa A, et al.** Concordance between sequential transbronchial lung cryobiopsy and surgical lung biopsy in patients with diffuse interstitial lung disease. *Diagn Pathol*. 2019; 14(1):131.
9. **Jo HE, Glaspole I, Goh N, Hopkins PMA, Moodley Y, Reynolds PN, et al.** Implications of the diagnostic criteria of idiopathic pulmonary fibrosis in clinical practice: Analysis from the Australian Idiopathic Pulmonary Fibrosis Registry. *Respirology*. 2019; 24(4):361-8.
10. **Walsh SLF, Wells AU, Desai SR, Poletti V, Piciucchi S, Dubini A, et al.** Multicentre evaluation of multidisciplinary team meeting agreement on diagnosis in diffuse parenchymal lung disease: a case-cohort study. *Lancet Respir Med*. 2016; 4(7):557-65.
11. **Furini F, Carnevale A, Casoni GL, Guerrini G, Cavagna L, Govoni M, et al.** The role of the multidisciplinary evaluation of interstitial lung diseases: Systematic literature review of the current evidence and future perspectives. *Front Med (Lausanne)*. 2019; 6:246.
12. **Flaherty KR, King TE, Raghu G, Lynch JB, Colby TV, Travis WD, et al.** Idiopathic interstitial pneumonia: what is the effect of a multidisciplinary approach to diagnosis? *Am J Respir Crit Care Med*. 2004; 170(8):904-10.
13. **De Sadeleer LJ, Meert C, Yserbyt J, Slabbynck H, Verschakelen JA, Verbeken EK, et al.** Diagnostic ability of a dynamic multidisciplinary discussion in interstitial lung diseases: A retrospective observational study of 938 cases. *Chest*. 2018; 153(6):1416-23.
14. **Chaudhuri N, Spencer L, Greaves M, Bishop P, Chaturvedi A, Leonard C.** A review of the multidisciplinary diagnosis of interstitial lung diseases: A retrospective analysis in a single UK specialist centre. *J Clin Med*. 2016; 5(8). pii: E66.
15. **Jo HE, Glaspole IN, Levin KC, McCormack SR, Mahar AM, Cooper WA, et al.** Clinical impact of the interstitial lung disease multidisciplinary service. *Respirology*. 2016; 21(8):1438-44.
16. **Guler SA, Berezowska SA, Christe A, Geiser T, Funke-Chambour M.** Multidisciplinary discussion for diagnosis of interstitial lung disease in real life. *Swiss Med Wkly*. 2016; 146:w14318.
17. **Ryerson CJ, Urbania TH, Richeldi L, Mooney JJ, Lee JS, Jones KD, et al.** Prevalence and prognosis of unclassifiable interstitial lung disease. *Eur Respir J*. 2013; 42(3):750-7.
18. **Valeyre D, Freynet O, Dion G, Bouvry D, Annesi-Maesano I, Nunes H.** Épidémiologie des pneumopathies infiltrantes diffuses. *Presse Med*. 2010; 39(1):53-9.