

Опыт работы: Диагностика саркоидоза у больной с атипичным течением заболевания*Э.В. Бирон, Е.А. Купавцева, Н.Д. Гордидилина**Университетская клиническая больница фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова*

В повседневной клинической практике врачам - пульмонологам и фтизиатрам достаточно нередко приходится иметь дело с больными саркоидозом. Саркоидоз - мультисистемное заболевание неустановленной этиологии, которое характеризуется образованием в органах и тканях неказеифицирующихся эпителиоидноклеточных гранулем. В структуре диффузных интерстициальных заболеваний легких саркоидоз занимает ведущее место. Эпидемиологические исследования, проведенные в последнее время, демонстрируют рост заболеваемости саркоидозом во многих странах мира [1,2]. При саркоидозе в большинстве случаев имеет место поражение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) и легких. Однако в патологический процесс могут вовлекаться и другие органы, что определяет актуальность данного заболевания для врачей различных медицинских специальностей. Несмотря на то, что данное заболевание не относится к числу редких, а в отечественной медицине накоплен немалый опыт выявления, диагностики и наблюдения больных саркоидозом, процент диагностических ошибок у данной категории больных продолжает оставаться высоким [3,4,5]. Особенно это касается пациентов с атипично протекающим заболеванием [6]. Многолетний опыт ведения больных саркоидозом на базе диагностического отделения университетской клинической больницы фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова позволяет сделать вывод об учащении случаев заболевания с атипичными клиническими либо рентгенологическими проявлениями. Приводимое клиническое наблюдение демонстрирует один из случаев трудностей в распознавании атипичного саркоидоза.

Больная А., 67 лет, жительница Московской области, пенсионерка в течение 8 лет. До выхода на пенсию работала в типографии лнотипистом-наборщиком, имела профессиональную вредность в виде пылевого фактора. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Наследственность по туберкулезу не отягощена. Считает себя больной с ноября 2010 г., когда после переохлаждения появился преимущественно сухой кашель, стали беспокоить ознобы, повышение температуры тела до 38°C, потливость. Обратилась к участковому терапевту, выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки, выявлены изменения в верхней доле правого легкого, расцененные как неспецифическая пневмония. Проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины) в течение 8 дней. Температура тела нормализовалась. Однако при

контрольной рентгенографии изменения в правом легком сохранялись. 11.12.10 г. была госпитализирована в терапевтическое отделение городской клинической больницы для дальнейшего обследования. Проводилась дифференциальная диагностика между неспецифическим воспалительным процессом затяжного течения и новообразованием правого легкого. При КТ органов грудной клетки - узловое уплотнение легочной ткани в верхней доле правого легкого с умеренным сужением просветов сегментарных бронхов, очаговые тени (рис. 1)

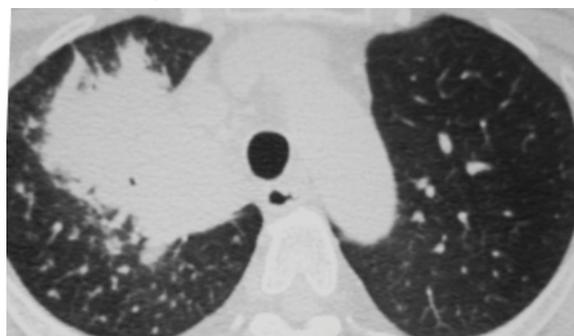


Рис. 1. Компьютерная томограмма больной А. от 16.12.2011 г.

На КТ обнаружено также увеличение лимфатических узлов правого корня. Наряду с этим имеет место обызвествление лимфатических узлов трахеобронхиальной группы справа и бронхопульмональных лимфатических узлов с обеих сторон, признаки правостороннего плеврита. Пациентке трижды выполнялась диагностическая бронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией легкого. Цито- и гистологическое исследование полученного материала оказалось малоинформативным (в препаратах - респираторный эпителий с инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами). При бронхоскопии в 1-2 сегментарных бронхах верхней доли правого легкого обнаружены пигментные пятна (расценены как проявления антракоза - пациентка длительное время работала наборщиком в типографии). В стационаре проводилась неспецифическая антибактериальная терапия препаратами цефалоспоринового ряда с частичным положительным рентгенологическим эффектом - при контрольной КТ признаков правостороннего плеврита нет. Тем не менее, изменения в легочной ткани сохранялись в прежнем объеме. С подозрением на новообразование верхней доли правого легкого в январе 2011 г. пациентка госпитализирована в торакальное отделение онкологической больницы. 13.01.2011 г. произведена пункционная биопсия образования верхней доли правого легкого из парастернального доступа. Гистологически: достоверных

признаков опухолевого роста не обнаружено. Фрагменты ткани легкого с формированием гранулем с наличием гистиоцитов, макрофагов, многоядерных клеток, в центре гранулем обнаруживается некроз. Заключение: на основании гистологической картины нельзя исключить туберкулёз. Выписана с предварительным диагнозом “Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого легкого”, рекомендована консультация и пересмотр гистологических препаратов в НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. При повторном исследовании гистологического материала дано заключение о наличии саркоидоза в фазе начинающейся фибротизации. 3.02.2011 г. поступила в 1 терапевтическое отделение клиники фтизиопульмонологии с целью уточнения диагноза и выработки оптимальной лечебной тактики.

При поступлении предъявляла жалобы на одышку при физической нагрузке, боли непостоянного характера в межлопаточной области, периодический кашель с отхождением скудной слизистой мокроты, умеренную слабость. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких притупление перкуторного звука справа с надключичной области до угла лопатки, в этой же зоне – аускультативно дыхание ослаблено. В остальных отделах легких – дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 90 ударов в мин. АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень расположена у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Стул, диурез без особенностей.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости от 7.02.2011 г. В правом легком верхнюю долю занимает объемная тень неправильно округлой формы, прилежащая к тени средостения. На протяжении правого легкого очаговые тени малой и средней интенсивности. В правой плевральной полости (синус затемнен) – выпот. Корни легких расширены, неструктурны. Отмечается обызвествление различных групп внутригрудных лимфатических узлов (рис.2).

На ЭКГ- синусовая тахикардия, умеренные диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка. Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,13 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $5,2 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 50%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 38%, моноциты – 11%, СОЭ-40 мм/час. В биохимическом анализе крови повышены уровни прямого билирубина до 3,94 мкмоль/л, фибриногена до 5,3 г/л. При исследовании общего белка и его фракций – снижены альбумины – 45,59%, повышен уровень гаммаглобулинов до 31,38%. ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы) – 75 ед.



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больной А. от 7.02.2011 г.

ФВД: ЖЕЛ- 76, ОФВ1-75%, МСВ75 – 66%, МСВ50 - 60%, МСВ25 – 79% (жизненная емкость в норме, бронхиальная проходимость не нарушена). КЩБ и газы крови - $раO_2$ - 62, $раCO_2$ - 35,2 (значительная гипоксемия, КЩБ в норме). Диаскинтест – отрицательный. Результат ИФА – отрицательный, НСТ, ХЛ-тесты – отрицательные. При трехкратном исследовании мокроты методом люминесцентной микроскопии микобактерии туберкулёза (МБТ) не обнаружены. Посев мокроты на твердые питательные среды- роста МБТ не получено. Консультация окулиста: миопия слабой степени. Начальная катаракта. Гипертоническая ангиопатия.

На основании данных анамнеза, результатов клинического, микробиологического обследования, данных лабораторной, иммунологической диагностики, морфологической картины пациентке был выставлен диагноз: Саркоидоз ВГЛУ и легких, активная фаза. Гипертоническая болезнь 2Б ст. Начальная катаракта.

Назначено лечение: преднизолон 30 мг/сут., аспаркам, триампур в сочетании с профилактическим приемом изониазида 0,45 г/сут с витамином В₆ 60 мг/сут. В терапии использован также курс антиоксидантов (мексидол, эмоксипин), пентоксифиллин, дыхательная гимнастика, иглорефлексотерапия. На фоне проводимой терапии достигнута положительная клиническая динамика в виде улучшения общего состояния больной, уменьшения одышки, прекращения кашля. При контрольном рентгенологическом исследовании через 4 недели лечения – уменьшение объемной тени в верхней доле правого легкого, улучшение структуры легочного рисунка в легочной ткани, прилежащей к затемнению, а также по ходу бронхо-сосудистого пучка (рис.3).

В общем анализе крови отмечено снижение СОЭ до 20 мм/час, нормализовался уровень фибриногена (3,4 г/л). При исследовании КЩБ и газов крови в динамике показатель $раO_2$ повысился до 80. Через 3 месяца лечения при осмотре пациентки отмечена дальнейшая положительная клинико-рентгенологическая динамика процесса в правом легком.

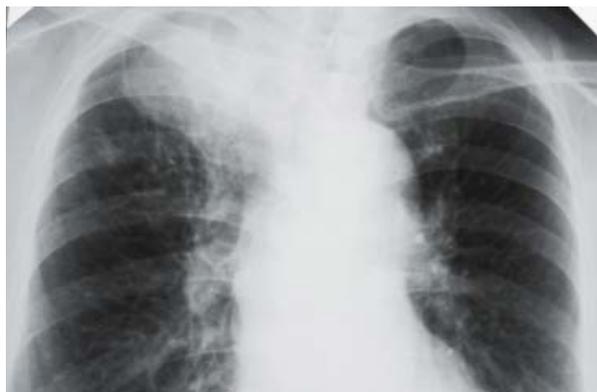


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больной А. от 17.03.2011 г.

Таким образом, данное клиническое наблюдение является одним из примеров сложности проведения дифференциальной диагностики между туберкулёзом и саркоидозом, особенно при атипичном течении последнего. Нетипичность саркоидоза проявлялась прежде всего в рентгенологической картине – имело место одностороннее затемнение в легком в сочетании с плевральным выпотом, который является достаточно редким клинико-рентгенологическим проявлением даже для атипичного саркоидоза. Предположение о наличии туберкулёзного процесса у пациентки могло быть основано и с учетом имевшихся множественных кальцинатов в ВГЛУ, являющихся прерогативой остаточных изменений специфического характера. Вместе с тем, подобные изменения у больных саркоидозом не так уж редки и их присутствие отнюдь не исключает поражение легких нетуберкулезной природы. Обнаруженные при бронхоскопии, выполненной в терапевтическом стационаре, пигментные пятна в бронхах также могли бы трактоваться как изменения посттуберкулёзного генеза, если бы не имеющийся анамнез – указание на многолетнюю работу пациентки в типографии. Следует также подчеркнуть, что трудности в дифференциальной диагностике между саркоидозом и туберкулёзом могут возникнуть даже на этапе интерпретации морфологических данных, о чем сообщают данные литературы [7]. В некоторых случаях

(до 10-15%) специалисты-морфологи затрудняются дать уверенное заключение о принадлежности патологического процесса туберкулёзу или саркоидозу. Это имело место и в представленном клиническом случае. Поэтому для правильной постановки диагноза требуется использование комплекса всех современных средств диагностики патологии в легких. Это становится возможным чаще всего в условиях специализированных лечебно-диагностических центров, возможности которых необходимо использовать своевременно и как можно шире в плане оказания консультативной помощи больным. В организационном плане весьма рациональным для постановки диагноза в сложных случаях представляется проведение врачебных консилиумов, в работе которых могли бы принять участие различные специалисты (фтизиатры, пульмонологи, онкологи).

Литература

1. Жаднов В.З., Кочеткова С.И., Борисова С.Б., Луконина И.В. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких // Нижегород. мед. журнал.-2001.-N 4.-С. 92-97.
2. Корнев Б.М. Саркоидоз как системное заболевание // Дисс. ... д.м.н. в форме научного докл., М.- 1999. – 63 с., ил.
3. Борисов С.Е. Саркоидоз органов дыхания (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение) // Автореф. дис... д-ра мед.наук.- М. -1995. - 28 с.
4. Борисова Н.К. Саркоидоз органов дыхания// Вестник рентг. и радиол. – 1991.-N3.-С.5-11
5. Илькович М.М., Новикова Л.Н., Лучкевич В.С. Саркоидоз органов дыхания.-Санкт-Петербург,- 1996.- 66 с.
6. Адамович В.Н., Саницкая Л.Н., Брауде В.И., Борисов С.Е., Быкова В.С. Клинико-рентгенологические особенности атипичного саркоидоза. // В сб. Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулёза легких/ Под ред. В.Н. Адамовича.-М.-1988.-С.4-11.
7. Брауде В.И. Гистологическая дифференциальная диагностика туберкулёза и саркоидоза. // В сб. Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулёза легких/ Под ред. В.Н. Адамовича.-М.-1988.-С.83-87.