



# Случай саркоидоза с поражением придаточных пазух носа

А.Л. Ханин, Н.А. Чугунова, В.В. Павлов

**Ключевые слова:** саркоидоз, внутригрудные лимфоузлы, придаточные пазухи носа.

Саркоидоз – это системный гранулематоз неизвестной этиологии, характеризующийся образованием неказеифицированных эпителиоидноклеточных гранул. Саркоидоз относится к интерстициальным болезням легких, но может поражать любой орган. Особенно часто встречается саркоидоз внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ) и легких [1–3]. Поражение периферических лимфоузлов (ПЛУ) и комбинированные поражения органов выявляются в 18–19% случаев. Внегочные поражения: сердца, центральной нервной системы, печени – встречаются в 4–7% случаев саркоидоза, и их частота возрастает с прогрессированием болезни [4–7]. Специфическое саркоидозное поражение лорорганов встречается редко – в 1–4% случаев, при этом чаще всего поражается нос, реже – его придаточные пазухи [8–10]. Поражение придаточных пазух создает дополнительные диагностические проблемы и требует гистологической верификации [10, 11]. У пациентов с вовлечением в процесс лорорганов, как правило, характерным является хроническое, прогрессирующее течение саркоидоза [9, 11].

Приводим собственное наблюдение прогрессирующего течения саркоидоза с поражением пазух носа.

**Пациентка М.**, 50 лет, не имеющая вредных привычек и профессиональных факторов. В феврале 2006 г. при проведении профилактической

флюорографии выявлены диффузная деформация легочного рисунка и симметричное двустороннее увеличение ВГЛУ. Жалоб пациентка не предъявляла, при клиническом обследовании отклонений от нормы выявлено не было. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки в обоих легких определялись участки повышенной плотности по типу “матового стекла”, диффузный пневмосклероз с участками эмфиземы. В средостении – конгломераты увеличенных лимфоузлов всех групп до 30–42 мм (рис. 1).

В марте 2006 г. обнаружен увеличенный надключичный лимфоузел слева; выполнена его биопсия, при гистологическом исследовании биоптата выявлены типичные саркоидные гранулемы.

На основании полученных данных у пациентки был диагностирован саркоидоз ВГЛУ и ПЛУ в активной фазе. Назначено амбулаторное лечение преднизолоном в суточной дозе 35 мг,  $\alpha$ -токоферолом (600 мг/сут), тиосульфатом натрия.



Рис. 1. КТ органов грудной клетки пациентки М., 2006 г.

**Аркадий Львович Ханин** – профессор, зав. кафедрой физиопульмонологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

**Наталья Анатольевна Чугунова** – зав. поликлиникой Новокузнецкого клинического противотуберкулезного диспансера.

**Вениамин Витальевич Павлов** – докт. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии им. проф. А.Н. Зимина Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

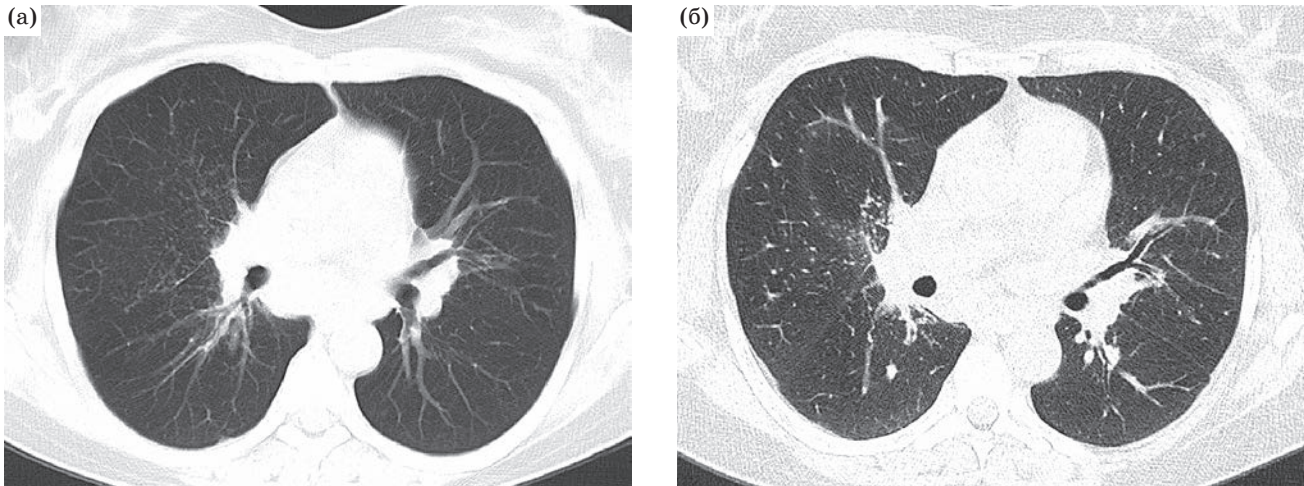


Рис. 2. СКТ органов грудной клетки той же пациентки за 2007 г. (а) и 2008 г. (б).

Через 2 мес (в июне 2006 г.) рентгенологически отмечена положительная динамика в виде уменьшения количества и размеров ВГЛУ; сохранялась диффузная деформация легочного рисунка. Клинических проявлений по-прежнему не было, функция внешнего дыхания (ФВД) была не нарушена.

На 6-й месяц лечения (в августе 2006 г.) появились боль за грудиной при физической нагрузке, одышка инспираторного характера, а также кожные изменения (бляшки на латеральной поверхности плеч, внутрикожные узлы на внутренней поверхности бедер). Рентгенологической динамики в сравнении с данными за июнь 2006 г. не отмечено; при ЭКГ выявлены умеренные метаболические изменения в миокарде, при эхокардиографии патологических изменений не обнаружено.

При контрольном рентгенологическом обследовании в январе 2007 г. динамики не выявлено. В феврале того же года пациентка закончила лечение. Длительность общего курса терапии преднизолоном составила 10 мес, суммарная доза 4550 мг. Находилась под наблюдением пульмонолога по поводу саркоидоза ВГЛУ и ПЛУ в фазе регрессии.

Состояние больной ухудшилось в ноябре 2007 г.: появились одышка смешанного характера при физической нагрузке, редкий кашель со скудной мокротой, слабость, отмечалось увеличение ПЛУ. При исследовании ФВД выявлено снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) до 81% от должной и объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ( $ОФВ_1$ ) до 76% от должного. Госпитализирована в пульмонологическое отделение с обострением саркоидоза.

На обзорной рентгенограмме и спиральной КТ (СКТ) органов грудной клетки отмечена выраженная отрицательная динамика в виде увеличения всех групп ВГЛУ с образованием кон-

гломератов (35 × 25 мм). В легких – диффузные уплотнения интерстиция и тотальная мелкоочаговая диссеминация (рис. 2а).

Выявленные клинические и рентгенологические признаки прогрессирования саркоидоза стали основанием для назначения повторного курса лечения преднизолоном 40 мг/сут,  $\alpha$ -токоферолом 600 мг/сут, был назначен курс фонофореза с гидрокортизоном на средостение.

К февралю 2008 г. отмечены нормализация ФВД и стабилизация рентгенологической картины. Лечение преднизолоном (35 мг/сут) продолжено.

В мае 2008 г., через 6 мес повторного курса терапии глюкокортикостероидами, при контрольном обследовании на СКТ органов грудной клетки вновь выявлено ухудшение в виде увеличения количества и размеров очагов в легких, множества крупных конгломератов лимфатических узлов в средостении (рис. 2б).

При явной отрицательной рентгенологической динамике клинического ухудшения не наблюдалось, более того, нормализовались показатели ФВД. В сентябре 2008 г. закончила второй курс лечения преднизолоном (10 мес, суммарная доза 4970 мг).

В феврале 2009 г. появились жалобы на затруднение носового дыхания. На рентгенограмме придаточных пазух носа обнаружено неоднородное снижение прозрачности левой верхнечелюстной пазухи. На СКТ придаточных пазух носа – левая верхнечелюстная пазуха субтотально заполнена патологическим содержимым неоднородной плотности (от 16 до 45 ед. Н), воздух в пазухе визуализировался только в задневерхних отделах в виде небольшого пузырька. Клетки решетчатой кости и гипоплазированные лобные пазухи также были затемнены, но плотностные характеристики их содержимого были выше



Рис. 3. СКТ придаточных пазух той же пациентки, 2009 г.

(до 65 ед. Н). Деструктивных изменений стенок пазух не выявлено. В правой верхнечелюстной пазухе определялось полипообразное утолщение слизистой оболочки размерами  $7 \times 7$  мм, пневматизация была не изменена (рис. 3).

В марте 2009 г. пациентка была госпитализирована в клинику болезней уха, горла и носа кафедры оториноларингологии им. проф. А.Н. Зимины Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, где ей была проведена эндоскопическая септопластика и микрогайморотомия слева. При гистологическом исследовании операционного материала выявлены следующие изменения: полиморфноклеточная инфильтрация, очаговые скопления ксантомных клеток и четко очерченные эпителиоидно-клеточные гранулемы, преимущественно мелкие, не сливающиеся между собой. В центральных отделах некоторых из них отмечался склероз. Заключение: гранулематозное (саркоидозное) поражение придаточных пазух с практически тотальным заполнением левой придаточной полости носа. После этого пульмо-

нологом был назначен 12-месячный курс метилпреднизолона 28 мг (0,5 мг/кг/сут в пересчете на преднизолон) на 4 нед со снижением дозы на 4 мг каждые 6 нед. В последующем пациентка весной и осенью по 3 мес получала базисную терапию:  $\alpha$ -токоферол 600 мг/сут, пентоксифиллин 1200 мг/сут в 2 приема.

Контрольное обследование пациентке было проведено в сентябре 2013 г. Самочувствие и состояние удовлетворительные, СКТ без отрицательной динамики, нарастали явления фиброза легочной ткани, уплотнение ВГЛУ в сравнении с данными за 2008 г. (см. рис. 26). При проведении спирометрии: ЖЕЛ 88% от должной, ОФВ<sub>1</sub> 90% от должного, носовое дыхание свободное.

Таким образом, своеобразие представленного наблюдения состоит в том, что, начавшись бессимптомно, в дальнейшем саркоидоз, несмотря на два длительных курса лечения системными глюкокортикостероидами, принял упорный прогрессирующий, рецидивирующий характер с тенденцией к генерализации: массивное поражение всех групп ВГЛУ, ПЛУ. Обращает на себя внимание необычная локализация саркоидных гранулем – в придаточных пазухах носа, а также 5-летняя ремиссия процесса после последнего курса лечения метилпреднизолоном с последующей регулярной терапией  $\alpha$ -токоферолом и пентоксифиллином.

### Список литературы

1. Рабухин А.Е. и др. Саркоидоз. М., 1975.
2. Авербах М.М. Саркоидоз. М., 1982. С. 45–56.
3. Hunninghake G.W. et al. // *Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis.* 1999. V. 16. № 2. P. 149.
4. *Sarcoidosis* / Ed. by M. Drent, U. Costabel // *Eur. Respir. Mon.* 2005. V. 32. № 10. P. 341.
5. Ханин А.Л., Чумакова Л.П. Саркоидоз (этиопатогенез, морфология, клиника, лечение): Учебное пособие для врачей. Новокузнецк, 2004.
6. Визель А.А. Ваш диагноз: саркоидоз. М., 2002. С. 134–148.
7. Визель А.А. Саркоидоз: от гипотезы к практике. Казань, 2004.
8. Гамперис Ю., Гайдамонене Д. // *Пробл. туб.* 1982. № 4. С. 6.
9. Lindeboom J.A., van den Akker H.P. // *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2000. V. 38. № 4. P. 277.
10. Zeitling J.F. et al. // *Am. J. Rhinol.* 2000. V. 14. № 3. P. 157.
11. Саркоидоз / Под ред. А.А. Визеля. М., 2010.