

## СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА У РАБОТНИКА ПОЖАРНОЙ ОХРАНЫ

**ЛАДА ЮРЬЕВНА ПАЛИЛОВА**, врач-терапевт участковый поликлиники Медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан, Казань, e-mail: ladpal@mail.ru

**Реферат.** Представлен клинический случай пациента, обратившегося на прием в поликлинику с жалобами на боли в грудной клетке, с последующей диагностикой саркоидоза внутригрудных лимфоузлов. Проведена дифференциальная диагностика с болезнью Ходжкина (лимфогранулематозом), легочно-средостенной формой лимфомы, туберкулезом легких и лимфоузлов средостения. Диагноз верифицирован гистологически биопсией внутригрудных лимфоузлов в Республиканском клиническом онкологическом диспансере.

**Ключевые слова:** саркоидоз, лимфоузлы, средостение, биопсия.

**С**аркоидоз органов дыхания (болезнь Бенье—Бека—Шаумана) — доброкачественное системное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием в органах и тканях неказеинфицированных, без перифокального воспаления эпителиоидно-клеточных гранулем при отсутствии в них микобактерий туберкулеза [1]. При саркоидозе чаще всего поражаются лимфатические лимфоузлы, периферические и висцеральные, внутригрудные лимфатические узлы и легкие, печень и селезенка, реже — кожа, мышцы, глаза, кости, нервная система, сердце, слюнные железы. В основном встречается саркоидоз у лиц молодого и среднего возраста, реже — у детей и стариков. Большинство авторов считают саркоидоз полиэтиологическим заболеванием, связанным с нарушением реактивности и генетическими факторами.

Процесс почти всегда начинается с поражения внутригрудных лимфатических узлов. Саркоидная гранулема в своем развитии проходит 3 фазы: гиперпластическую (пролиферативную), характеризующуюся пролиферацией ретикулярных клеток стромы лимфатического узла; гранулематозную, когда происходит окончательное формирование саркоидной гранулемы; фибринозно-гиалиновую, при которой развиваются гиалинизация и склероз. В первой и второй фазах развития гранулема может регрессировать самостоятельно или под влиянием проводимой терапии с полным рассасыванием или образованием мелкого гиалинового рубца. Основным клеточным элементом гранулемы являются эпителиоидные клетки. Соответствий между лучевыми стадиями саркоидоза как болезни и стадиями формирования гранулемы нет [1].

В настоящее время саркоидоз органов грудной клетки разделяется на 5 стадий.

0 — нет изменений на рентгенограмме органов грудной клетки;

I — увеличены внутригрудные лимфоузлы, нет изменений в легочной ткани;

II — увеличены внутригрудные лимфоузлы, есть изменения в легочной ткани;

III — изменения в легочной ткани без увеличения внутригрудных лимфоузлов;

IV — необратимый фиброз легких [2].

В Международной классификации болезней саркоидоз отнесен к классу болезней крови, кроветворных органов и иммунологических нарушений [1].

Клиническая картина саркоидоза характеризуется большим разнообразием в зависимости от формы, фазы заболевания и характера его

течения. У впервые выявленных больных начало может быть острым, подострым, постепенным, но чаще всего оно бывает бессимптомным. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов без явного поражения легочной ткани протекает бессимптомно у 40—50% больных, остро и подостро — у 15—25% и малосимптомно — у 25%. При бессимптомном течении заболевание выявляется при проведении профилактической флюорографии. Постепенное подострое течение характеризуется появлением субфебрильной температуры, общей слабости, ноющих болей (за грудиной и в межлопаточном пространстве). При остром течении отмечаются высокая температура, артралгии, узловатая эритема (симптом Лефгрена). Кашель и одышка нарастают по мере прогрессирования процесса в легких.

Диагностика основывается на изучении клинкорентгенологической картины, лабораторных, функциональных, бронхологических, гистологических и иммунологических исследований [3]. Рентгенологически при саркоидозе внутригрудных лимфатических узлов чаще всего наблюдается двустороннее симметричное увеличение прикорневых лимфоузлов, реже — трахеобронхиальных и паратрахеальных. Довольно часто увеличиваются бифуркационные, редко — парааортальные лимфоузлы.

Представлен *клинический случай* диагностики саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов у пациента, работающего в пожарной охране, молодого возраста (33 года), характеризующийся подострым началом.

Больной К., 1981 года рождения, стаж работы в пожарной охране — 15 лет, обратился на прием в поликлинику Медико-санитарной части МВД 24.04.2014 г. с жалобами на умеренное познабливание, затруднение при дыхании, умеренно выраженные ноющие боли в грудной клетке за грудиной, редкий сухой кашель, умеренное затруднение носового дыхания (заложенность носа). Со слов, был болен в течение 3 дней, гипертермии не было.

При осмотре температура 36,3°C, состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски, зев умеренно разрыхлен, налетов нет, в легких дыхание в правой половине грудной клетки несколько ослаблено, определяются единичные крепитирующие хрипы (вентиляционные?), одышки нет.

Направлен на диагностическую флюорографию с предварительным диагнозом: пневмония? (предыдущее исследование органов грудной клетки: флюорография органов грудной клетки от 15.01.2014 — без патологических изменений)

и консультацию отоларинголога (синусит?). На флюорографии органов грудной клетки от 28.04.2014 убедительных данных об инфильтративном процессе нет. Умеренное усиление легочного рисунка в средних, нижних полях. Корни — структура снижена, наружные контуры бугристые, для уточнения состояния корней — обязательный рентгеноконтроль по улучшению клиники. Синусы, диафрагма в норме. Границы сердца не расширены. Заключение: острый бронхит? В общем анализе крови от 29.04.2014: СОЭ — 18 мм/ч, лимфоциты —  $6,1 \times 10^9$ , гемоглобин — 148 г/л. Исследование функции внешнего дыхания от 29.04.2014: жизненная емкость легких в пределах нормы. Вентиляционная способность легких в пределах нормы. Показатели бронхиальной проходимости в пределах нормы. Электрокардиограмма от 28.04.2014 без патологии. На основании данных клинического, рентгенологического и лабораторного исследований определен предварительный диагноз: острый бронхит? Синусит? Назначена антибактериальная терапия (амоксиклав 1000 мг 2 раза в день, отхаркивающие средства, флуимуцил 600 мг/сут, амброксол 75 мг/сут, с/с капли в нос). При повторном осмотре 28.04.2014 отмечал некоторое улучшение состояния — отсутствие болей в грудной клетке, но в течение 2 дней беспокоили выраженные ломящие боли в локтевых и голеностопных суставах, умеренная экспираторная одышка при физической нагрузке, сохранялась заложенность носа. К лечению добавлен нимесулид 100 мг/сут.

Осмотрен лор-врачом 30.04.2014, направлен на рентгенографию придаточных пазух носа, определяется отсутствие пневматизации правой гайморовой пазухи за счет тотального затенения, снижение пневматизации левой гайморовой пазухи за счет пристеночных наслоений, лобные пазухи не визуализируются (не развиты? или тотально затенены?, отек слизистой носовых ходов). От предложенной госпитализации в клинический госпиталь МВД отказался, лечился амбулаторно.

06.05.2014 (через 10 дней антибактериальной терапии) проведена контрольная флюорография органов грудной клетки: «в динамике сохраняются изменения в состоянии корней легких: структура несколько снижена, наружные контуры бугристые, поперечник расширен. Для исключения увеличения лимфоузлов рекомендовано проведение рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, учитывая симметричные изменения в обоих корнях — подозрение на лимфогранулематоз».

В связи с острым процессом в придаточных пазухах носа, отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения был направлен отоларингологом на госпитализацию, лечился в хирургическом отделении клинического госпиталя МВД с 08.05.2014 по 17.05.2014 с диагнозом острый правосторонний гнойный гайморит.

По выписке продолжил обследование: 16.05.2014 в Республиканском онкологическом диспансере (амбулаторно) выполнена рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки без контрастирования: «легочные поля правильной формы, определяются отдельно рассеянные очаги

уплотнения справа максимально в С6 — 9 мм, слева максимально в С1-2 — 10 мм; плевральные синусы свободны; крупные бронхи правильной формы, не деформированы, проходимость их не нарушена. Сердце и крупные сосуды нормальных размеров, обычно расположены. Определяются лимфоузлы: паратрахеальные максимально 22×17 мм, ортолегочные — 33×17 мм, бифуркационные — 34×20 мм, бронхопультмональные справа — 29×15 мм, слева — до 28×23 мм, параэзофагеальные до 12 мм. Заключение: дифференцировать саркоидоз и легочно-средостенную форму лимфомы». При внутригрудной лимфаденопатии необходима дифференциальная диагностика с туберкулезом, лимфомой и другими опухолями легких и средостения [3]. Осмотрен онкологом 22.04.2014, рекомендовано провести биопсию лимфоузлов средостения.

С 26.05.2014 по 06.06.2014 находился на стационарном обследовании отделения № 1 (хирургическое торакальное) Республиканского онкологического диспансера. Проведена биопсия лимфоузлов средостения (28.05.2014), гистологическое заключение: «В присланном материале многочисленные эпителиоидные гранулемы без некроза в ткани лимфоузла. Ракового роста и лимфопрролиферативного поражения нет. Согласовать с клиникой. Рекомендована консультация фтизиатра». В ОАК от 06.06.2014: гематокрит — 43,6%, гемоглобин — 151 г/л, лейкоциты —  $6,0 \times 10^9$ . Выписан с диагнозом: D 86.1. Саркоидоз л/у средостения.

По выписке 10.06.2014 консультирован врачом-пульмонологом И.Ю. Визель: «Контакта по туберкулезу нет; профессия, вредность — пожарная охрана, работа с деревом (строительство бани); функция внешнего дыхания — вентиляционных нарушений не выявлено (жизненная емкость легких 80% от должных величин), пульсоксиметрия — 98% (норма). Заключение: саркоидоз внутригрудных лимфоузлов (рентгеностадия I), гистологически верифицирован биопсией внутригрудных лимфоузлов в Республиканском онкологическом диспансере г. Казани. Даны рекомендации: консультация с пробой Манту, Диаскин-тест в плане, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, кальций крови общий), ультразвуковое исследование внутренних органов, эхокардиоскопия, электрокардиограмма, консультация офтальмолога, прием витамина Е 200 мг 2 раза в день регулярно, контрольный рентген органов грудной клетки через 3 мес регулярной терапии, избегать длительного пребывания на солнце и иммуностимулирующей терапии, контрольный осмотр с результатами обследования в динамике».

19.06.2014 консультирован в Республиканском противотуберкулезном диспансере, проведены проба Манту 16.06.2014 — 9 мм, Диаскин-тест 16.06.2014 — отр. Диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфоузлов. Данных об активном туберкулезе легких нет. Рекомендовано наблюдение пульмонолога. (В России с 2003 г. наблюдение в противотуберкулезных учреждениях прекращено) [5].

Прогноз саркоидоза у большинства больных благоприятный. Он зависит от формы и фазы процесса, от индивидуального выбора и применения достаточно

длительной комплексной терапии, от регулярного врачебного контроля и правильной организации труда и отдыха. Поскольку частота спонтанных ремиссий высока, больным с I стадией саркоидоза лечение не показано [5]. Рекомендуются регулярное наблюдение в амбулаторных условиях (1-й год — каждые 3 мес, 2-й год — каждые 6 мес) с рентгенологическим и функциональным контролем. В этот период применяют внутрь витамин Е (200—400 мг/сут) [5]. В связи с волнообразным течением заболевания больные нуждаются в наблюдении пожизненно [5].

В настоящее время направлен на консультацию профпатолога для решения вопроса о возможности дальнейшей службы в пожарной охране. (Американские исследователи отмечали, что встречаются вполне убедительные исследования, свидетельствующие о том, что работа на пожарах, связанная с дымом, является фактором риска развития саркоидоза) [1].

Таким образом, был диагностирован клинический случай саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов в дебюте заболевания (учитывая отсутствие изменений в органах грудной клетки в январе 2014 г.), с подострым началом заболевания у работника пожарной охраны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саркоидоз: учеб.-метод. пособие для слушателей послевузовского и доп. проф. образования / под ред.

проф. А.Г. Чучалина, науч. ред. проф. А.А. Визель, проф. Н.Б. Амиров. — Казань, 2010.

2. Визель, И.Ю. Саркоидоз; современное понимание полиорганного гранулематоза / И.Ю. Визель, А.А. Визель // Практическая медицина. — 2011. — № 3(5). — С.35—38.
3. Справочник по пульмонологии / под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева, А.Г. Хоменко. — Л.: Медицина, 1987.
4. Чучалин, А.Г. Пульмонология: клинические рекомендации / А.Г. Чучалин; гл. ред. акад. А.Г. Чучалин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.199—204.
5. Пульмонология: национальное руководство / Российское респираторное общество. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Гл. 40. — С.681—695.

#### REFERENCES

1. Sarkoidoz: ucheb.-metod. posobie dlya slushatelei poslevuzovskogo i dop. prof. obrazovaniya / pod red. prof. A.G. Chuchalina, nauch. red. prof. A.A. Vizel', prof. N.B. Amirov. — Kazan', 2010.
2. Vizel', I.Yu. Sarkoidoz; sovremennoe ponimanie poliorgannogo granulematoza / I.Yu. Vizel', A.A. Vizel' // Prakticheskaya medicina. — 2011. — № 3(5). — S.35—38.
3. Spravochnik po pul'monologii / pod red. N.V. Putova, G.B. Fedoseeva, A.G. Homenko. — L.: Medicina, 1987.
4. Chuchalin, A.G. Pul'monologiya: klinicheskie rekomendacii / A.G. Chuchalin; gl. red. akad. A.G. Chuchalin. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — S.199—204.
5. Pul'monologiya: nacional'noe rukovodstvo / Rossiiskoe respiratornoe obschestvo. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — Gl. 40. — S.681—695.

## ОТДЕЛЕНИЕ ТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ФКУЗ МСЧ МВД РФ ПО РТ В ПЕРИОД С 2009 ПО 2013 ГОД

**ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА САФАРГАЛИЕВА**, зав. терапевтическим отделением

Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Казань, Россия

**ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ**, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Казань, Россия

#### Основные задачи и показатели работы терапевтического отделения

Штат отделения полностью укомплектован врачом и средним медицинским персоналом. В отделении ведут работу 3 врача-терапевта, имеющие первую и высшую категории. Медсестринский персонал составляют опытные кадры, квалифицированные, категорированные медицинские сестры. Средний медицинский персонал распределяется по категориям следующим образом: без категории — 2 человека, имеющие первую категорию — 2, вторую категорию — 2, высшую категорию — 4.

Терапевтическое отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения госпиталя, в составе которого оно организовано. В практической деятельности врачи отделения используют современные методы врачебной диагностики, общеклинические, функциональные методы обследования больных (суточное мониторирование артериального давления, электрокардиограмма, нагрузочные тесты), электрофизиологические, рентгенологические, эндоскопические методы обследования пациентов, тесно сотрудничают с отделениями лабораторной службы.

Терапевтическое отделение в полном объеме располагает современными лекарственными препаратами, в том числе последних поколений, позволяющих улучшить качество жизни и прогноз болезни у каждого конкретного пациента.

Врачи терапевтического отделения оказывают консультативную помощь врачам неврологического и хирургического отделений в вопросах диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми, бронхолегочными заболеваниями, с заболеваниями суставов и соединительной ткани, с заболеваниями почек.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляется обследование и оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи пациентам, страдающим различными заболеваниями внутренних органов. Прежде всего, это лечение больных с различной бронхолегочной и кардиологической патологиями:

- Пневмонии.
- Бронхиты.
- Бронхиальная астма.
- Гипертоническая болезнь.