

Остро возникшее полостное образование в легком у пациентки с саркоидозом

И.Э. Степанян, М.А. Багиров, Л.Е. Гедымин, С.М. Калугина

Женщина 38 лет, жительница Москвы, поступила в клинику ЦНИИТ РАМН повторно 31 октября 2006 г.

Анамнез. Множественные сливающиеся между собой очагово-инфильтративные изменения в средних и нижних отделах обоих легких были впервые выявлены у пациентки осенью 2005 г. при плановом обследовании и уточнены при **компьютерной томографии** (КТ, рис. 1). В тот период она отмечала незначительную одышку, возникавшую при физической нагрузке, эпизодический кашель. В ноябре 2005 г. в ЦНИИТ РАМН пациентке была выполнена торакоскопическая биопсия средней доли правого легкого, позволившая гистологически верифицировать диагноз **саркоидоза легких**. В биоптате было обнаружено множество эпителиоидно-гигантоклеточных гранулем с массивным фиброзом, образующих конгломераты (рис. 2). Пациентке была назначена терапия **глюкокортикостероидами** (ГКС) – преднизолон 20 мг/сут.

После 3 мес лечения одышка и кашель исчезли, было отмечено уменьшение диффузных изменений в легких на рентгенограмме, и с февраля 2006 г. пациентка прекратила прием ГКС. Симптомы заболевания стойко отсутствовали. В сентябре 2006 г. при КТ было отмечено сохранение диффузных интерстициальных изменений и появление полости в прикорневой зоне верхней доли правого легкого (рис. 3).

При поступлении в клинику жалобы у пациентки отсутствовали. Кожа и слизистые оболочки чистые, обычной влажности и окраски, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не изменены. В легких на фоне везикулярного дыхания выслушиваются единичные непостоянные сухие хрипы, больше справа у внутреннего края лопатки. Частота дыхания 16 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 в 1 мин, артери-

альное давление 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Проба Манту с 2 ТЕ была отрицательной, однако в крови был резко повышен уровень иммуноглобулинов G к микобактериям туберкулеза (1263 мкг/мл). Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 55%, эозинофилы – 8%, лимфоциты – 24%, моноциты – 8%, СОЭ – 22 мм/ч. Данные спирографии были нормальными: жизненная емкость легких – 81%, объем форсированного выдоха за 1-ую секунду (ОФВ₁) – 88% от должных величин. На ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо.

Появление полости в легком у пациентки с гистологически верифицированным саркоидозом легких вызвало подозрение о возможном туберкулезе. Однако обследование оказалось затруднено, поскольку пациентка не выделяла мокроты и категорически отказывалась от проведения бронхоскопии. В клинике был подтвержден диагноз: саркоидоз легких, рецидивирующее течение, активная фаза. В связи с рецидивом заболевания после раннего прекращения лечения была возобновлена терапия ГКС (метилпреднизолон 8 мг/сут), проведен курс лимфоцитоплазмафереза с экстракорпоральной модификацией лимфоцитов преднизолоном (ЭМЛП).

В середине ноября 2006 г. пациентка была выписана из клиники с рекомендацией продолжить прием метилпреднизолона по 8 мг/сут и вобэнзима. В декабре 2006 г. состояние женщины оставалось удовлетворительным, изменения в легких на КТ не подвергались существенной динамике. По настоянию пациентки доза метилпреднизолона была уменьшена до 8 мг/сут через день.

ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН, Москва.

Игорь Эмильевич Степанян – докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник, зав. пульмонологическим отделением.

Мамед Адилевич Багиров – докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник, зав. хирургическим отделением.

Людмила Евгеньевна Гедымин – докт. мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории патоморфологии.

Светлана Михайловна Калугина – врач лаборатории патоморфологии.

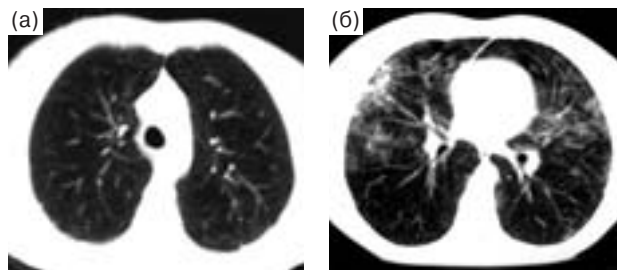


Рис. 1. Фрагменты КТ органов грудной клетки, октябрь 2005 г.: а – при выявлении заболевания; б – до начала лечения.

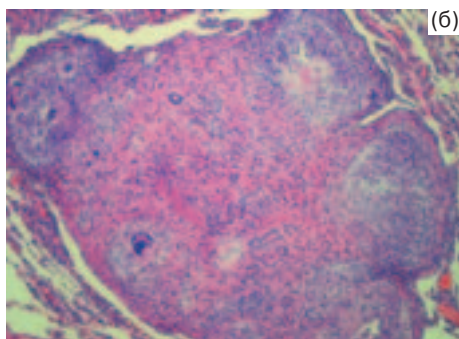
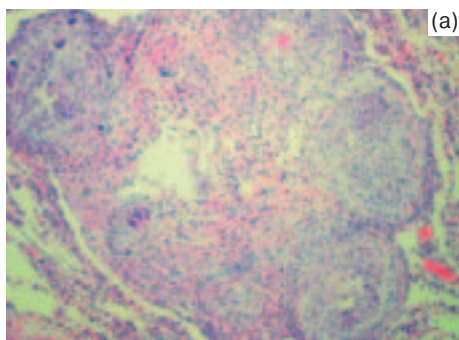


Рис. 2. Биопсия легкого. Окраска гематоксилином и эозином: а – конгломерат гранул с участком разжжения в центре (×100); б – сливающиеся между собой гранулемы с участками фиброза (×200).



Рис. 3. Фрагменты КТ органов грудной клетки, сентябрь 2006 г.: а – через 7 мес после прекращения лечения; б – перед повторной госпитализацией.

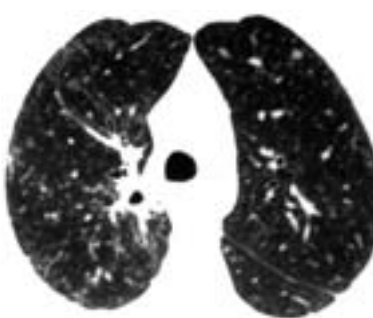


Рис. 4. Фрагмент КТ органов грудной клетки, июль 2007 г. (после 8 мес лечения).



Рис. 5. Фрагмент КТ органов грудной клетки, ноябрь 2007 г. (после 11 мес лечения).

В марте 2007 г. пациентка перенесла грипп, осложнившийся внебольничной пневмонией, амбулаторно в течение 5 дней получала терапию моксифлоксацином. Тем не менее в апреле 2007 г. на КТ было отмечено уменьшение размеров полости в правом легком, диффузные изменения в легких сохранялись. Было рекомендовано продолжить прием метилпреднизолона по 8 мг/сут через день. В мае 2007 г. был проведен повторный курс лимфоцитоплазмафереза с ЭМЛП.

В июле 2007 г. на КТ было отмечено уменьшение размеров полости в верхней доле правого легкого и уплотнения легочной ткани вокруг нее (рис. 4), состояние пациентки оставалось удовлетворительным. Лечение было продолжено без изменений.

В ноябре 2007 г. при КТ документировано выраженное уменьшение диффузных изменений в легких, размеры полости заметно уменьшились (рис. 5). В декабре 2007 г. по настоянию пациентки прием ГКС был прекращен, проведен третий курс лимфоцитоплазмафереза с ЭМЛП.

При КТ, проведенной через 1 год (в ноябре 2008 г.), полости в верхней доле правого легкого не выявлено, на ее месте определялось мягкотканное образование диаметром 12 мм неомогенной структуры (заполнение полости). Также отмечено уменьшение очаговой диссеминации, но появились признаки интерстициального фиброза легких (рис. 6). Показатели спирометрии не ухудшились за 3 года наблюдения (жизненная емкость легких – 84,7%, ОФВ₁ – 94,4% от должных величин). Пациентке было рекомендо-

вано возобновить прием метилпреднизолона по 8 мг через день и вобэнзима, продолжить наблюдение в клинике.

Обсуждение

Полостные образования в легких при саркоидозе, описанные в классических работах, наблюдаются крайне редко. Образование полостей в легких может происходить в результате различных патологических процессов. Во-первых, полость может быть буллой или кистозным бронхоэктазом. Во-вторых, полостные образования в легких могут развиваться при длительно протекающем саркоидозе, при-

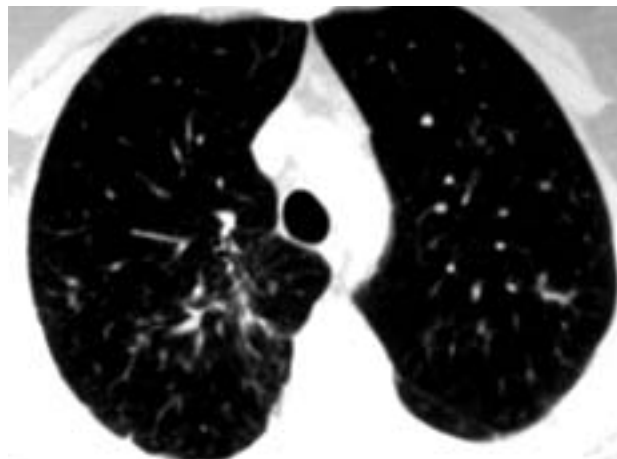


Рис. 6. Фрагмент КТ органов грудной клетки, ноябрь 2008 г.

водящем к формированию “сотового легкого”. Реже всего при саркоидозе наблюдается острое формирование полостей в результате ишемического некроза конгломератов саркоидных гранул, что, по-видимому, и имело место у нашей пациентки. В подобных случаях возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний, в первую очередь – туберкулезом, полостной формой рака легкого, легочными микозами.

Особенностью приведенного случая являлись ограниченные возможности диагностики и лечения, обусловленные тем, что пациентка после проведения диагностической операции категорически отказывалась от каких-либо инвазивных исследований, а также от приема адекватных доз ГКС и цитостатиков. В результате мы были вынуждены уси-

ливать противовоспалительное действие минимальных доз ГКС с помощью альтернативных средств лечения.

Рекомендуемая литература

- Рабухин А.Е. и др. Саркоидоз. М., 1975.
- Романов В.В. и др. // Трансфузиологическая гемокоррекция / Под ред. Рагимова А.А. М., 2008. С. 380.
- Hours S. et al. // Medicine (Baltimore). 2008. V. 87. P. 142.
- Lofgren S., Lindgren A.G.H. // Acta Chir. Scand. 1959. V. 245. Suppl. P. 113.
- Rohatgi P.K., Schwab L.E. // Amer. J. Roentgenol. 1980. V. 134. P. 1199.
- Scadding J.G., Lennox B. // Postgrad. Med. J. 1950. V. 26. P. 494.
- Schiffner R.O., Sharma O.P. // West. J. Med. 1977. V. 127. P. 346. ●

Книги Издательского дома “АТМОСФЕРА”



Клинические исследования. 2-е изд., испр. и доп. (автор О.Г. Мелихов)

В монографии достаточно полно и вместе с тем популярно изложены основные теоретические и практические аспекты клинических исследований. Клиническое исследование – это изучение безопасности и эффективности исследуемого препарата у человека для выявления или подтверждения его клинических, фармакологических, фармакодинамических свойств, побочных эффектов и других особенностей действия на организм. Задача всех имеющих отношение к этому процессу специалистов – минимизировать риск, которому подвергаются участвующие в исследованиях пациенты, и получить безупречные научные данные о свойствах нового лекарственного средства. Рассмотрены история, фазы и виды клинических исследований, вопросы планирования, проведения и контроля качества. Особое внимание уделено этическим вопросам.

Второе издание (первое издание выпущено в 2003 г.) дополнено сведениями о нормативных документах Российской Федерации и международных организаций, вышедших в свет в период с 2004 по 2007 г. 200 с.

Для специалистов в области клинических исследований, врачей-исследователей и всех тех, кто интересуется процессом разработки новых лекарственных средств.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru