

ВНУТРИГРУДНОЙ САРКОИДОЗ. ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

¹Анатолий Васильевич ЛЕНШИН, ¹Антон Григорьевич ГРЕБЕННИК,

²Юлия Валентиновна СУСЛОВА, ²Ольга Анатольевна КАРАКУЛОВА

¹Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

²Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Представлены данные о заболеваемости саркоидозом и его распространенности в Амурской области. Проанализированы результаты компьютерно-томографических (КТ) исследований органов грудной клетки (3300 пациентов за 2006-2008 гг.), выполненных в условиях консультативной поликлиники ДНЦ ФПД СО РАМН. Изучены особенности рентгеновской картины 141 больного внутригрудным саркоидозом. По данным рентгенографии, томографии и КТ выделены наиболее типичные диагностические признаки различных форм саркоидоза.

Ключевые слова: саркоидоз, лучевая диагностика, компьютерная томография

Заболеваемость саркоидозом и его распространенность являются предметом большого количества исследований, результаты которых крайне противоречивы вследствие отсутствия стандартных диагностических критериев, вариабельности методов выявления, низкой чувствительности и специфичности диагностических тестов [1-4]. В России заболеваемость саркоидозом составляет 3-4 случая на 100 000 населения в год. Распространенность варьирует от 5,8 до 47 на 100 000 населения [1]. Приводятся данные о том, что число больных саркоидозом ежегодно увеличивается на 1,9 %. По нашим данным, среди 880000 жителей Амурской области предполагаемое количество вновь заболевших саркоидозом в 2008 г. находится в пределах 34, т.е. составляет 3,8 на 100000 населения, распространенность – 8,2. По мнению большинства исследователей, официально опубликованные данные о распространенности саркоидоза явно занижены, поскольку примерно у трети пациентов болезнь протекает бессимптомно. У ряда больных возможна спонтанная ремиссия и обратное развитие заболевания. Также высока вероятность ошибок в диагностике и дифференциальной диагностике [1, 2, 4, 5].

Одно из ведущих мест в диагностике саркоидоза легких принадлежит лучевым методам исследования [3, 6]. Приоритетным направлением является оптимизация методов диагностики саркоидоза [7]. Современные методы лучевой диагностики сар-

коидоза органов дыхания включают стандартную и цифровую флюорографию или классическую и цифровую полипозиционную рентгенографию, линейную томографию, компьютерную томографию. Внедрение в клиническую практику компьютерной томографии, благодаря высокой разрешающей способности метода, существенно повысило возможности лучевой диагностики в распознавании изменений в органах грудной клетки при саркоидозе [1-3]. С помощью этого метода детально оценивается локализация и распространенность поражения легочной ткани, дифференцируются зоны инфильтрации с множественным очаговым гранулематозом. КТ позволяет получать значительно лучшее отображение изменений легочной паренхимы, достоверно оценивать распространенность, степень и уровень поражения паренхиматозных структур.

Высокая разрешающая способность КТ, отсутствие суперпозиционного эффекта позволяют отграничить участки фиброза от неизменной паренхимы, дифференцировать гранулемы диаметром от 0,3 см, анализировать их структуру, распределение, связь с сосудами.

В консультативной поликлинике ДНЦ ФПД СО РАМН за 2006–2008 гг. выполнено 3300 КТ-исследований органов грудной полости. Пациенты были с разнообразной патологией, большинство из них направлены на консультацию для уточнения диагноза и около 40 % обследованы по просьбе боль-

Леншин А.В. – д.м.н., профессор, руководитель лаборатории рентгенофункциональных методов исследования дыхательной системы, e-mail: lenshin42@mail.ru

Гребенник А.Г. – аспирант

Суслова Ю.В. – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии

Каракулова О.А. – ассистент кафедры туберкулеза

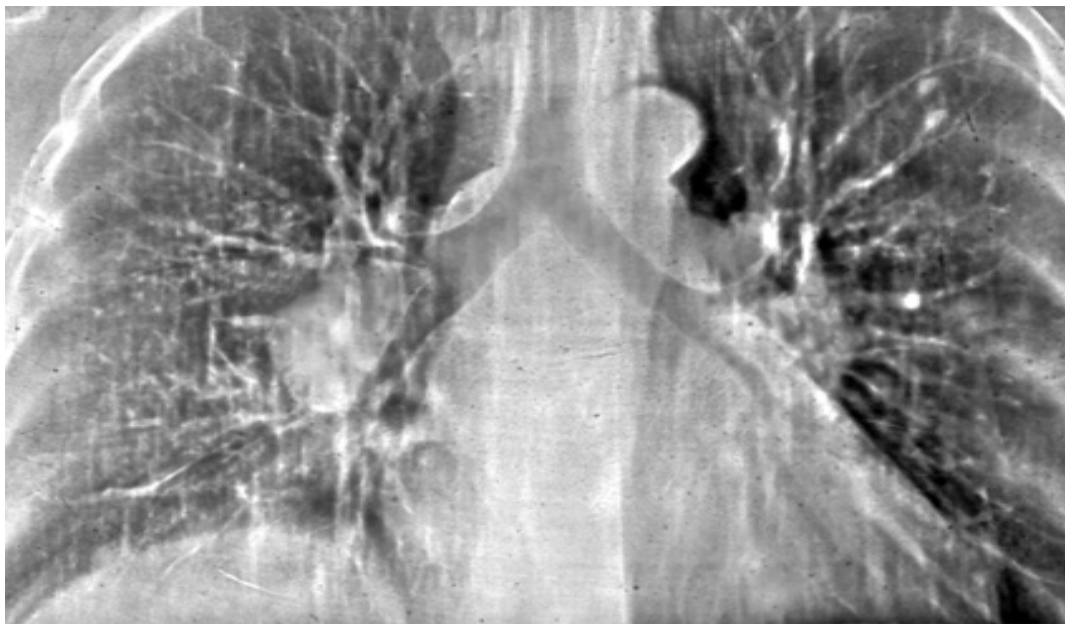


Рис.1. Саркоидоз I, II ст. линейная электрорентгенограмма (ЭРТГ), срединный срез.

Внутригрудная лимфаденопатия представлена в виде крупных конгломератов, в которых довольно четко дифференцируются отдельные группы лимфатических узлов. Контуры их относительно четкие, лимфатические узлы имеют преимущественно овальную форму. Дифференцируется незначительное циркулярное сужение бронхов 2-3 генераций за счет компрессии увеличенными бронхопульмональными лимфоузлами. Визуализируется трансформация легочных структур за счет интерстициального фиброза и очаговых гранулематозных, местами сливных уплотнений.

ных. Саркоидоз был выявлен у 141 пациента, что составило 42,7 на 1000 КТ-обследований, из них впервые выявленный саркоидоз был у 72 пациентов (21,8 на 1000 КТ-обследований).

Функционирование кабинета компьютерной томографии в консультативной поликлинике является, по нашему мнению, наиболее оптимизированным организационным решением современного здравоохранения. При рациональной организации работы кабинета компьютерной томографии достигается достаточно высокая концентрация пациентов с патологическими изменениями. По нашему опыту результаты амбулаторно-поликлинического этапа дообследования, а зачастую и окончательной диагностики, могут быть значительно более результативными (с точностью диагностики до 95 % и специфичностью до 93 %). Вместе с тем традиционная "классическая" линейная томография до настоящего времени не утратила своего диагностического значения. Метод более предпочтителен для диагностики и пространственного изучения увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов (рис.1).

Клинические формы саркоидоза у наших больных распределились в следующем соотношении: саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) наблюдается в 27 % случаев, саркоидоз легких и ВГЛУ – в 62 %, саркоидоз легких – в 5 %.

Все больные предварительно тщательно обследовались в крупных терапевтических клиниках,

противотуберкулезных или онкологических диспансерах. Большинство из них (более 65 %) проводилось длительное противотуберкулезное или противовоспалительное лечение, в связи с неэффективностью которого они были направлены в ДНЦ. У 41 из 72 больных с впервые выявленным саркоидозом диагноз верифицирован морфологически по биоптатам, полученным при трансбронхиальной биопсии, открытой биопсии и видеоассистированный торакоскопии. У 31 пациента диагноз установлен по данным клинко-рентгенологических исследований и динамического наблюдения.

При комплексном рентгенологическом исследовании выделен ряд симптомокомплексов, отражающих различные варианты течения саркоидоза. Наиболее часто встречаются: внутригрудная лимфаденопатия, симптом "матового стекла", симптом диссеминации, симптом локальной тени, интерстициальная инфильтрация и фиброз.

Внутригрудная лимфаденопатия. На рентгенограмме выявляют расширение тени средостения за счет увеличенных лимфатических узлов (чаще бронхопульмональных, чем медиастинальных). Изменения чаще всего симметричны, но может быть и явная асимметрия.

Симптом диссеминации. Наиболее частым признаком саркоидоза II–III типа является мелкоочаговая диссеминация. В легочной ткани выявляют множество рассеянных очаговых теней от милиарных

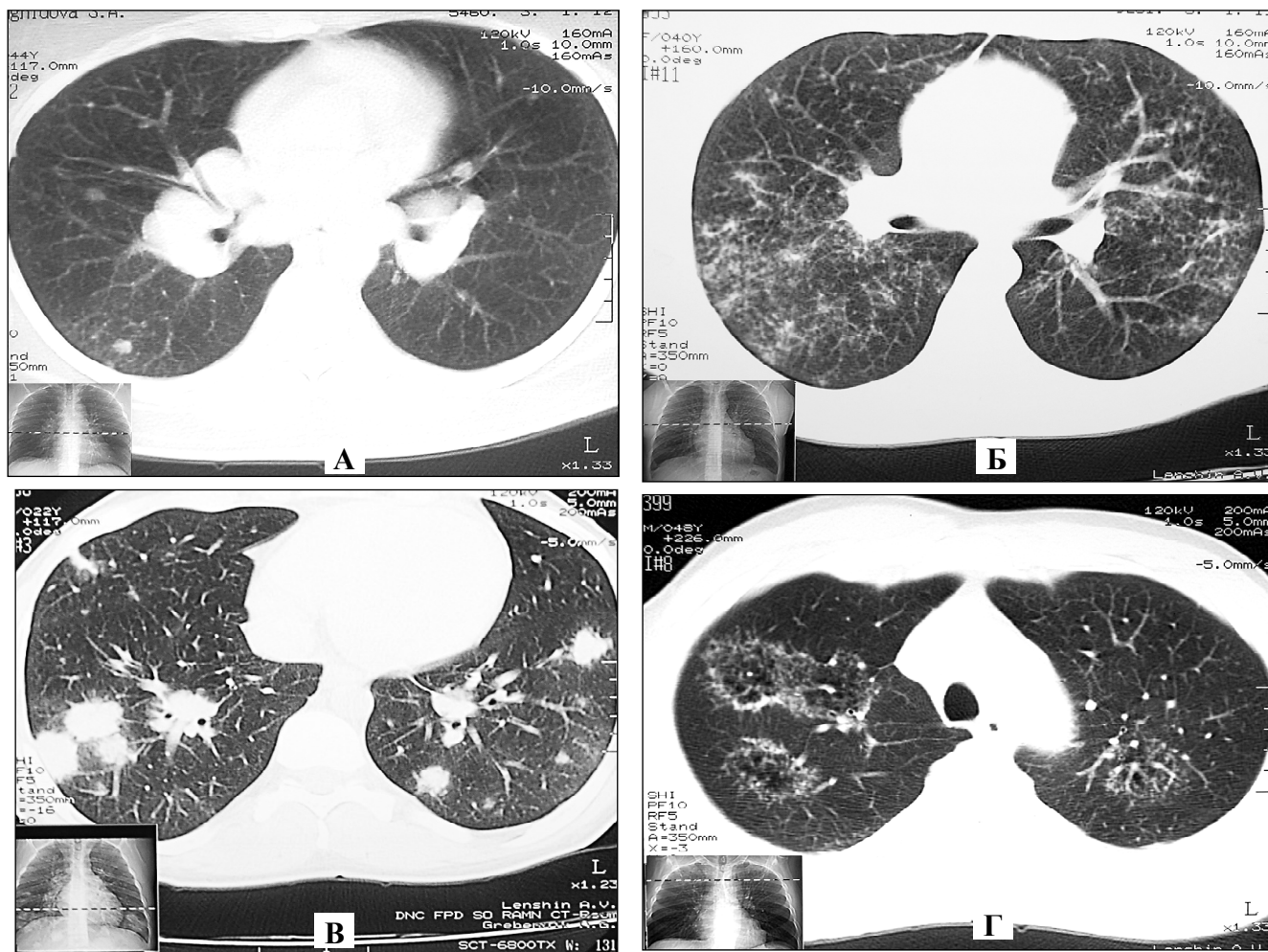


Рис 2. Саркоидоз II-III ст. Фрагменты компьютерных томограмм органов грудной клетки. Рентгеносимптомокомплекс вариантов паренхиматозных изменений у различных больных. **А** – одиночные крупные очаги и локализованные участки мелкоочаговой гранулематозной диссеминации; **Б** – полиморфная мелкоочаговая диссеминация, бронхопульмональные лимфоузлы увеличены незначительно; **В** – инфильтративно-конгломеративный рентгеносимптомокомплекс; **Г** – определяются причудливые, в виде гирлянд, скопления гранул вокруг ограниченных участков перестроенных стромально-паренхиматозных структур эмфизематозно-дистрофического характера

до крупноочаговых. Изменения в легких характеризуются сочетанием интерстициальных изменений с очаговыми. Интерстициальные изменения проявляются диффузным, симметричным усилением и деформацией легочного рисунка, который приобретает сетчатый, трабекулярный, а иногда крупноочаговый вид. На этом фоне дифференцируются грубые тяжистые структуры, веерообразно расходящиеся от корней легких к периферии. Изменения преобладают преимущественно в прикорневых, средних и базальных отделах легких. Корни легких как правило значительно расширены и бесструктурны. Отмечается полиморфная диссеминация вследствие появления множественных гранулематозных узелков размерами от 2-3 мм. (рис. 2). Узелковые структуры носят весьма разнообразный характер, затрудняя дифференциальную диагностику у больных с туберкулезом легких и многими заболеваниями, про-

являющимися диссеминированными процессами. Ряд авторов описывает случаи нетипичного течения легочного саркоидоза, сопровождающегося "атипичной скиалогической картиной"

Таким образом, современные технологии имидж-диагностики, применяемые на амбулаторно-поликлиническом этапе, значительно улучшают диагностику респираторной патологии и, в частности, внутригрудного саркоидоза.

Литература

1. Визель А.А. Саркоидоз // Респираторная медицина: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. М.: GEOTAR-медиа, 2007. 2: 268–281.
2. Vizel A.A. Sarcoidosis // Respiratory medicine: in 2 volumes / ed. A.G. Chuchalin. – M.: GEOTAR-media, 2007. 2: 268–281.

2. Дауров Б.И. Саркоидоз. М.: Оверлей, 2006. 264 с.
Daurov B.I. Sarcoidosis. M.: Overley, 2006. 264 p.
3. Дмитриева Л.И., Сигаев А.Т., Романов Р.Г. Лучевая диагностика саркоидоза органов дыхания // Пробл. туберкулеза. 2001. 2: 56–61.
Dmitrieva L.I., Sigaev A.T., Romanov R.G. Roentgen diagnostics of respiratory apparatus sarcoidosis // Tuberculosis probl. 2001. 2: 56–61.
4. Lee K.S., Kgim T.S., Han J. et al. Diffuse micronodular lung disease: HRCT and pathologic findings // J. Comput. Assist. Tomogr. 1999. 23 (1): 99–106.
5. Haraldsdottir S.O. Jorundsdottir K.B., Yngvason F. et al. Sarcoidosis in Iceland 1981–2003 // Laeknabladid. 2007. 93(2): 103–107.
6. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости. М.: Издательский дом "Видар", 2006. 312 с.
Vlasov P.V. Roentgen diagnostics of thorax organs morbidity. M.: Editing house "Vidar", 2006. 312 p.
7. Fraser R.G., Muller N.L., Colmann A.G. et al. Sarcoidosis in diagnosis of diseases of the chest // Saunders. 1999. 33: 1533–1583.

INTRATHORACIC SARCOIDOSIS. OPTIMIZATION OF OUT-PATIENT AND POLICLINIC ROENTGEN DIAGNOSTICS

¹Anatoliy Vasil'evich LENSIN, ¹Anton Grigor'evich GREBENNIK, ²Yulia Valentinovna SUSLOVA, ²Olga Anatol'evna KARAKULOVA

¹Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration of SB RAMS,

²Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

The data about sarcoidosis morbidity and its spread in the Amur region have been given. The results of CT-researches of thorax organs of 3300 patients during 2006-2008 that were done in the consultative polyclinics FE SCPRP SB RAMS have been analyzed. The peculiarities of roentgen picture of 141 patients with intrathoracic sarcoidosis have been studied. Using roentgenography, tomography and computer tomography the most typical diagnostic features of different forms of sarcoidosis have been identified.

Key words: sarcoidosis, roentgen diagnostics, computer tomography.

***Lenshin A.V.** – Doct. Med. Sci., professor, head of laboratory of roentgen and functional methods of respiratory system researches, e-mail: lenshin42@mail.ru*

***Grebennik A.G.** – post-graduate student*

***Suslova Yu.V.** – Cand. Med. Sci., assistant of hospital therapy department*

***Karakulova O.A.** – assistant of tuberculosis department*