

2. Амосова, Е.Н. Клиническая кардиология / Е.Н. Амосова. — Киев: Книга-Плюс, 1999. — Т. 1. — С. 345.
3. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: учеб. пособие / М. Прокоп, М. Галански. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — Т. 2. — С. 789.
4. Труфанов, Г.Е. Рентгеновская компьютерная томография: руководство для врачей / Г.Е. Труфанов, С.Д. Рудь. — СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАТ», 2008. — С. 1090.
5. Тюрин, И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости / И.Е. Тюрин. — СПб.: ЭЛБИ, 2003. — С. 543.
6. Cortese G. Radiological aspects of diffuse alveolar haemorrhage / G. Cortese, R. Nicali, R. Placido [et al.] // La Radiologia Medica. — 2008. — Vol. 113, № 1. — P. 16—28.
7. Cottin, V. Hemorragis alveolaires / V. Cottin, F. Lebargy // Rev. Mal. Respir. — 2006. — Vol. 23. — P. 5828—5830
8. Hennebicque, A.S. CT findings in severe thoracic / A.S. Hennebicque, H. Nunes, P.Y. Brillet [et al.].

© Г.М. Куклина, В.В. Романов, 2010

УДК 616-002.582-08

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО САРКОИДОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ

ГАЛИНА МИХАЙЛОВНА КУКЛИНА, канд. мед. наук, научный сотрудник отдела гранулематозных заболеваний легких, Учреждение Академии медицинских наук, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН, Москва (682-27-84)

ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ РОМАНОВ, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела гранулематозных заболеваний легких, Учреждение Академии медицинских наук, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН, Москва (682-27-84, e-mail: romanov@internets.ru)

Реферат. Описан случай применения альтернативного метода лечения саркоидоза при невозможности лечения системными стероидами.

Ключевые слова: саркоидоз, альтернативное лечение.

A CASE OF SARCOIDOSIS TREATMENT WITH HELP OF ALTERNATIVE METHODS

G. M. KOUKLINA, V. V. ROMANOV

Abstract. The case of application of an alternative method of sarcoidosis treatment in case of impossibility of treatment with systemic steroids is described.

Key words: sarcoidosis, alternative treatment.

В последнее время выявление саркоидоза стало намного эффективнее благодаря более доступному бронхолегочному исследованию в сочетании с чрезбронхолегочной биопсией и видеоторакоскопической биопсией легкого. Развитие получили альтернативные методы лечения саркоидоза. Наиболее часто и эффективно применяется длительное лечение системными глюкокортикостероидами. Однако это лечение имеет много противопоказаний и сопровождается развитием разнообразных побочных проявлений и осложнений. К группе риска повышенного развития осложнений на фоне терапии системными ГК относятся пациенты с повышенным АД, страдающие сахарным диабетом, хроническим гастритом, язвой желудка и 12-перстной кишки, а также с избыточным весом.

Представляется клинический случай больного саркоидозом с наличием сопутствующих заболеваний (ожирение и гипертоническая болезнь), не позволяющих провести полноценное лечение системными глюкокортикоидами и возможностью эффективного применения альтернативных методов лечения.

В ЦНИИТ РАМН обратилась пациентка И., 1972 года рождения (37 лет) с жалобами на одышку при физической нагрузке, повышение температуры до 37,2°С, ощущение дискомфорта за грудиной. Из анамнеза: пациентка ежегодно проходила ФЛГ, кроме последних 2 лет. Патологии со стороны легких в те годы обнаружено не было. В течение последних 6 мес стала отмечать дискомфорт за грудиной, а также появление и постепенное прогрессирование одышки. На КТ ОГК были выявлены

изменения в легких в виде двустороннего увеличения ВГЛУ и очаговоподобных теней и инфильтрации с обеих сторон. При контрольном рентгенологическом обследовании спонтанной положительной регрессии процесса не отмечено. Объективно состояние при поступлении удовлетворительное, тип телосложения гиперстенический. Вес 135 кг, рост 172 см. Кожа и слизистые оболочки чистые, обычной влажности и окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не изменены. В легких дыхание ослабленное везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 78 уд/мин. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень +1 см выступает из-под края реберной дуги (увеличена). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Для верификации диагноза пациентке была проведена бронхоскопия с БАЛ и ЧБЛ. Визуально слизистая всех видимых бронхов умеренно гиперемирована, утолщена, имеет вид «бульжной мостовой». Сосудистая сеть слизистой также изменена: извита и расширена (сосудистые эктазии). Заключение: эндоскопическая картина более характерна для саркоидоза. В материале БАЛ отмечается лимфоцитоз 39%.

Результат анализа жидкости бронхоальвеолярного лавжа: дата — 31.05.2010; альвеолярные макрофаги — 58%; лимфоциты — 39%; нейтрофилы — 3%.

Цитология материала чрезбронхиальной биопсии: на фоне клеток цилиндрического и кубического эпителия обнаружены скопления эпителиоидных и гис-

Гемограмма

Дата	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, $10^9/\text{л}$	Лейкоциты, $10^{12}/\text{л}$	Палочко-ядерные, %	Сегментоядерные, %	Эозинофилы, %	Лимфоциты, %	Моноциты, %	СОЭ, мм/ч
07.07	142	4,98	7,6	7	72	2	14	5	13
21.07	155	5,49	4,0	2	54	3	30	11	10

Таблица 2

Анализ мочи

Дата	Отн. плотн.	Цвет	Прозр.	Белок, г/л	Глюкоза, ммоль/л	Лейкоциты	Эритроциты
08.07	1025	Светло-желтый	Полн.	Нет	Нет	1—2 в п/зр	Нет
22.07	1025	Светло-желтый	Полн.	Нет	Нет	4—6 в п/зр	Нет

Таблица 3

Биохимия крови

Дата	Общий белок, г/л	Билирубин, мкмоль/л	АЛТ, Е/л	АСТ, Е/л	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л
08.07	71	21	17	23	92	3,51	4,4
20.07	87	21	34	32	—	—	—

Таблица 4

Функция внешнего дыхания

Дата	ЖЕЛ, %	ОФВ ₁ , %	МОС ₇₅ , %	МОС ₅₀ , %	МОС ₂₅ , %	РАО ₂ , мм	РА СО ₂ , мм
06.07	97	88	90	64	51	72	38,2
19.07	115	106	110	88	69	73	32,0

тиоцитарных клеток, клетки инородных тел, Пирогова—Лангханса, эпителиоидно-клеточные гранулемы в стадии фиброзирования, участки фиброза, местами лимфоидно-макрофагальная инфильтрация.

Цитология материала браш-биопсии: пласты клеток бронхиального эпителия с участками гиперплазии кубических клеток, местами лимфоидно-макрофагальная инфильтрация. КУМ не найдены.

Гистология материала чрезбронхиальной биопсии: в биоптатах воздушная легочная ткань. Альвеолярные перегородки полнокровны, обильно инфильтрированы лимфоцитами с примесью эозинофилов. В стенках бронхиол и в интерстиции легкого обнаружено множество мелких формирующихся гранул, состоящих из макрофагов и крупных гигантских клеток-симпластов, в цитоплазме некоторых из них имеются мелкие кальцинаты.

В гемограмме обращал на себя внимание палочкоядерный сдвиг до 7% (табл. 1), анализ мочи без патологии (табл. 2), в биохимическом анализе крови — незначительное повышение уровня билирубина до 21 (табл. 3). По данным ФВД снижение проходимости по мелким бронхам (64—51% от должных величин) (табл. 4). На рентгенограмме ОГК от 07.07.2010 г. — резкое увеличение ВГЛУ всех видимых групп. Множество мелких очаговоподобных теней низкой и средней плотности с четкими контурами без тенденции к слиянию на фоне выраженных интерстициальных изменений в обоих легких (рис. 1). ЭКГ — без патологии. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени на 1 см (по типу умеренно выраженной жировой инфильтрации). УЗ-картина хронического холецистита. Нефроптоз слева.

Исходя из полученных результатов обследования, пациентке был установлен диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфоузлов и легких, впервые выявленный, активная фаза. ДН-1, который был гистологически верифицирован, а также сопутствующие заболевания:

ожирение 3-й степени, артериальная гипертензия I, риск 2. НКО.

Учитывая тот факт, что саркоидоз был выявлен впервые, а также наличие двух сопутствующих заболеваний, риск прогрессирования которых вследствие назначения системных ГКС был чрезвычайно высок, от глюкокортикоидов было решено воздержаться. Первым этапом лечения пациентке был проведен курс плазмаферезов в сочетании с экстракорпоральной модификацией лимфоцитов преднизолоном. Затем был назначен курс лечебного голодания в течение 12 дней (голодание включало в себя только водный режим: негазированная минеральная вода до 2,5 л в сут, душ 2 раза в день и очистительная клизма 2 раза в день) и 12 дней выхода из голода. За время голодания пациентка потеряла 15 кг. На рентгенограмме ОГК (рис. 2) от 19.07.2010 г. значительное уменьшение интерстициальных изменений, числа и размеров очаговоподобных теней и уменьшение ВГЛУ с обеих сторон. Также отмечалась нормализация в данных



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма легких больной И. до начала лечения

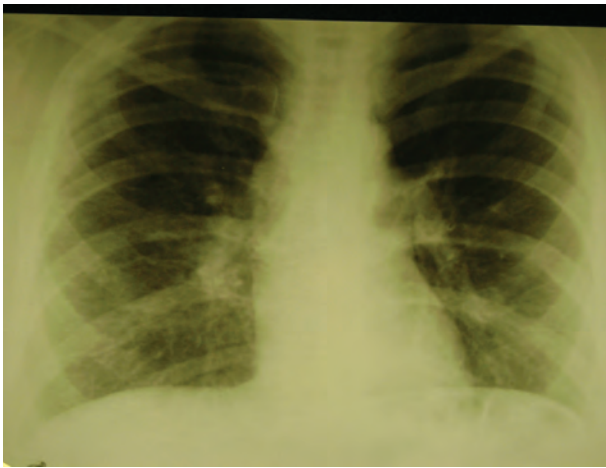


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма легких больной И. после курса экстракорпоральных методов лечения и лечебного голодания

гемограммы, отмечался прирост по данным ФВД. У пациентки значительно уменьшилась одышка, нормализовалась температура, исчезло ощущение дискомфорта за грудиной.

Заключение. Данным примером мы показали возможность применения альтернативных методов лечения у пациентов с впервые выявленным саркоидозом, сопутствующими заболеваниями и невозможностью применения адекватных доз системных ГКС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sarcoidosis // Eur. Radiol. — 2005. — Vol. 15. — P. 23—30.
2. Kreit, J.W. Hemoptysis / J.W. Kreit // Clinical Respiratory Medicine. — 2004. — Mosby. — P. 249—255.
3. Lachkar, S. Aspergillosis and sarcoidosis / S. Lachkar, S. Dominique, L. Thiberville [et al.] // Rev. Mal. Respir. — 2007. — Vol. 24, № 8. — P. 943—953.
4. Schreiber, J. Differential diagnosis of diffuse pulmonary haemorrhage / J. Schreiber, J. Knolle, R. Kachel, R. Schuck // Pneumologie. — 2006. — Vol. 60, № 6. — P. 347—354.

© Н.В. Макарова, С.Е. Борисов, М.А. Владимирский, Т.Н. Власик, 2010

УДК [616-002.582-002.5+616.24]:612.017.1

АНТИГЕНИНДУЦИРОВАННЫЙ ИНТЕРФЕРОН ГАММА ПРИ САРКОИДОЗЕ, ТУБЕРКУЛЕЗЕ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА МАКАРОВА, канд. мед. наук, врач-пульмонолог Клиники фтизиопульмонологии Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва (8-495-688-27-78, e-mail: ntyke@mail.ru)

СЕРГЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ БОРИСОВ, докт. мед. наук, профессор, заместитель директора по научно-клинической работе Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы (8-499-268-50-10, e-mail: barsik@online.ru)

МИХАИЛ АЛЕКСАНДРОВИЧ ВЛАДИМИРСКИЙ, докт. мед. наук, профессор, заведующий лабораторным отделом НИИ фтизиопульмонологии Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва (8-917-541-62-38)

ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА ВЛАСИК, канд. биол. наук, руководитель лаборатории клеточной инженерии Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росмедтехнологий, Москва (8-495-414-69-54)

Реферат. Исследована концентрация ИФН- γ в образцах крови, полученных от 67 больных саркоидозом, 60 — туберкулезом и 44 — неспецифическими воспалительными заболеваниями легких. Средние значения концентрации (пг/мл) ИФН- γ после 24 ч инкубирования с PPD при туберкулезе ($302,1 \pm 32,6$; 95% ДИ 236,9—367,4) были достоверно выше, чем при саркоидозе ($66,7 \pm 16,8$; 95% ДИ 33,2—100,2). При воздействии ESAT-6 показатели при саркоидозе были минимальны ($9,2 \pm 2,98$; 95% ДИ 3,3—15,2), достоверно отличаясь от таковых при туберкулезе ($92,8 \pm 16,7$; 95% ДИ 59,3—126,3) и НЗВЛ ($95,2 \pm 29,4$; 95% ДИ 35,9—154,4). При пороговой концентрации 70 пг/мл (как при использовании в качестве антигена-индуктора PPD, так и ESAT-6) диагностическая эффективность теста для различения саркоидоза и туберкулеза составила 77,9%, чувствительность — 76,1%, специфичность — 80%. При концентрации ИФН- γ менее 70 пг/мл шансы на наличие у больного саркоидоза выше, чем на наличие туберкулеза в 12,8 раза (95% ДИ 5,1—32,8).

Ключевые слова: саркоидоз, туберкулез, неспецифические воспалительные заболевания легких, гамма-интерферон.

ANTIGEN-INDUCED INTERFERON- γ IN SARCOIDOSIS, TUBERCULOSIS AND NON-SPECIFIC INFLAMMATORY LUNG DISEASES

N.V. MAKAROVA, S.E. BORISOV, M.A. VLADIMIRSKIY, T.N. VLASIK

Abstract. The serum concentration of IFN- γ after 24-hours incubation with PPD/ESAT-6 was estimated in patients with sarcoidosis (67), tuberculosis (60) and non-specific lung inflammation (44). The mean concentration (picogram/ml) after PPD-incubation was significantly higher in tuberculosis ($302,1 \pm 32,6$; 95%CI 236,9—367,4) in comparison with sarcoidosis ($66,7 \pm 16,8$; 95%CI 33,2—100,2). After ESAT-6-incubation IFN- γ concentration in sarcoidosis was the lowest ($9,2 \pm 2,98$; 95%CI 3,3—15,2), in comparison with tuberculosis ($92,8 \pm 16,7$; 95%CI 59,3—126,3) and non-specific lung inflammation ($95,2 \pm 29,4$; 95%CI 35,9—154,4). The IFN- γ concentration level 70 picogram/ml (both PPD- and ESAT-6-induced) provides the diagnostic accuracy for sarcoidosis and tuberculosis differentiation 77,9%, sensitivity — 76,1%, specificity — 80%. Odds ratio for sarcoidosis in patients with IFN- γ concentration level less then 70 picogram/ml is 12,8 (95%CI 5,1—32,8).

Key words: sarcoidosis, tuberculosis, non-specific inflammatory lung diseases, γ -interferon.