
and review of the literature / A. Labirua-Iturburu [et al.] // Br.J. Dermatol. – 2012. – Vol. 167, iss. 6. – P. 1236–1244.

18. Fathi, M. KL-6: a serological biomarker for interstitial lung disease in patients with polymyositis and dermatomyositis / M. Fathi, S. Barbasso Helmers, I.E. Lundberg // J Intern Med. – 2012. – Vol. 271, iss. 6. – P. 589–597.
 19. Yu, K.H. Survival analysis of patients with dermatomyositis and polymyositis: analysis of 192 Chinese cases / K.H. Yu [et al.] // Clin Rheumatol. – 2011. – Vol. 30, iss. 12. – P. 1595–1601.
-

УДК 616-002.582-07

Дюсьмикеева М.И.¹, Горенок Д.И.¹, Броницкая А.Ю.², Бондаренко К.В.²

¹Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Дифференциальная диагностика саркоидоза легких на операционном материале

Введение

Проблема выявления и корреляции рентгенологических и морфологических паттернов при саркоидозе является актуальной, т. к. заболеваемость саркоидозом в Беларуси с 1977 г. увеличилась практически в 8 раз, показатель заболеваемости в 2010 г. составил 9,0 на 100 тыс. населения. Ежегодно в РБ заболевает более 700 человек. В настоящий момент для социально адаптированного человека риск заболеть саркоидозом выше, чем туберкулезом.

Саркоидоз – это доброкачественный системный гранулематоз неизвестной этиологии, характеризующийся формированием неказеинфицирующихся множественных эпителиоидно-клеточных гранулем во внутренних органах и системах с преимущественным поражением внутригрудных лимфатических узлов и легких [1, 2].

Цель исследования

Изучение морфологических и рентгенологических проявлений ремоделирования легочного интерстиция при различных вариантах течения саркоидоза.

Задачи исследования

1. Проведение ранней морфологической и дифференциальной диагностики саркоидоза легких с другими заболеваниями на биопсийном и операционном материале.
2. Разработка новых подходов к прогнозированию течения, таргетной терапии и профилактике саркоидоза.

Материалы и методы

Дизайн исследования: ретроспективный анализ стационарных карт 50 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016 г.

Всем пациентам были выполнены рентгенологические исследования (компьютерная томография – КТ) органов грудной клетки и видеоассистированная торакоскопия с биопсией легких и последующим морфологическим исследованием.

Результаты и обсуждение

Критерии включения в исследование: пациенты с различными формами саркоидоза органов дыхания в возрасте от 18 лет, проходившие диагностику и лечение на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии».

Критерии исключения из исследования: внелегочные проявления саркоидоза, иная легочная патология и заболевания органов дыхания, отказ от лечения в стационаре.

Клиническая картина саркоидоза: синдром Лефгрена (лихорадка; боль и припухлость в области суставов; узловая эритема; двусторонняя лимфаденопатия корней легких); инспираторная одышка; неврологические симптомы; чувство усталости без причины.

Диагностика саркоидоза: лучевая диагностика (рентгенография, компьютерная томография); фибробронхоскопия с биопсией; медиастиноскопия, торакоскопия или открытая биопсия легких; видеоассистированная торакоскопия; гистологическое исследование биопсийного или операционного материала; лабораторная диагностика; туберкулиновая проба; исследование бронхиальной лаважной жидкости или индуцированной мокроты.

Анализируемые параметры:

1. Пол (рис. 1).
Среди пациентов преобладали мужчины – 68%, женщин было 32%.
2. Возраст (рис. 2).
Возраст пациентов колебался от 19 до 56 лет (средний возраст составил $27,5 \pm 3$).
3. Профессия пациентов с саркоидозом с делением на физическую и интеллектуальную деятельность (рис. 3).

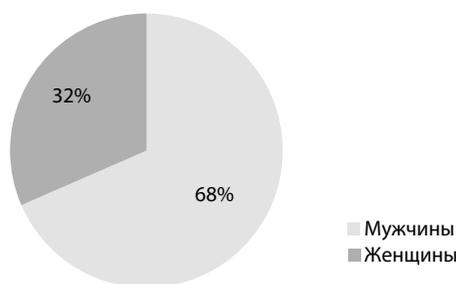


Рис. 1. Разделение пациентов по половому признаку

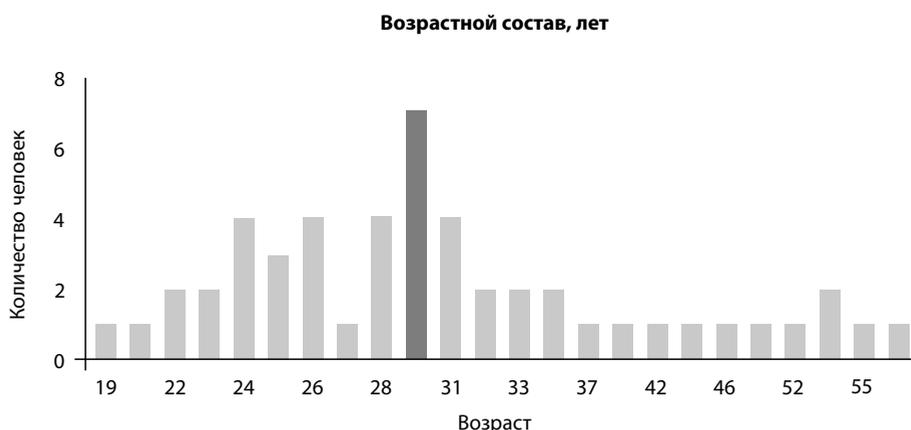


Рис. 2. Разделение пациентов по возрастному признаку

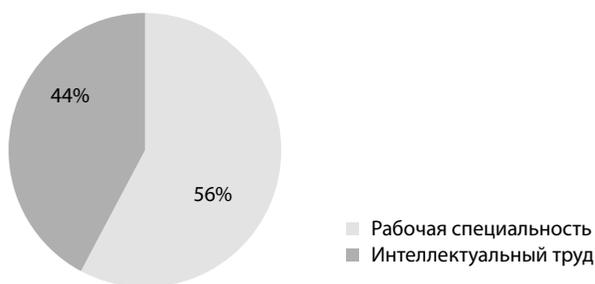


Рис. 3. Профессиональная деятельность

4. Курение, отягощенный семейный анамнез по туберкулезу и саркоидозу. Курящие пациенты составили 16%, некурящие – 84%. Семейный анамнез по вышеуказанным патологиям был отягощен в 6% случаев.
5. Как была выявлена патология в легких, по причине которой пациент был направлен в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (при профилактических осмотрах или по обращаемости в лечебно-профилактические организации за врачебной помощью) (рис. 4).
6. Диагноз направившего учреждения здравоохранения.
7. Локализация поражения (рис. 5).
8. Морфологическая характеристика очага патологических изменений в биопсийном материале.
9. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки, компьютерная томография.
10. Данные исследования функции дыхания и кровообращения (спирография, пульсоксиметрия).

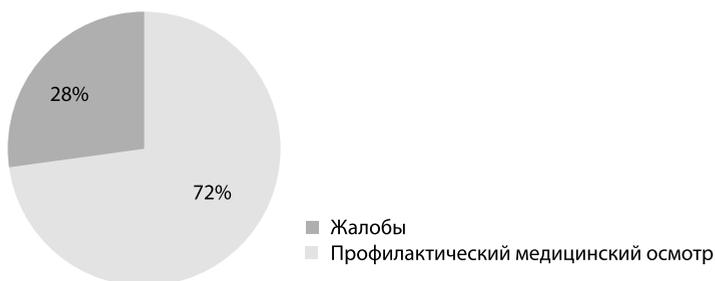


Рис. 4. Методы выявления саркоидоза



Рис. 5. Разделение пациентов на группы по клиническим стадиям саркоидоза

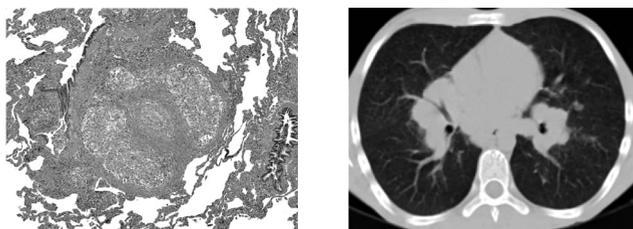


Рис. 6. Морфологическая и рентгенологическая характеристика пациентов с саркоидозом 1 группы

В зависимости от стадии саркоидоза все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с медиастинальной стадией (14%), 2 группа – с легочно-медиастинальной стадией (80%), 3 группа – с легочной стадией (6%).

Характерной особенностью саркоидных гранулем во внутригрудных лимфатических узлах у пациентов 1 группы явилось наличие эозинофильного некроза в центре. При КТ исследования выявлено симметричное увеличение лимфатических узлов всех групп средостения и корней легких (рис. 6).

У пациентов 2 группы при микроскопическом исследовании выявлено ремоделирование легочной ткани за счет сочетания активного гранулематозного воспаления, альвеолита и бронхиолита, выраженных в разной степени, а также умеренного интерстициального фиброза в 60% случаев. Характерными КТ особенностями помимо увеличения всех групп внутригрудных лимфатических узлов были двусторонняя очагово-интерстициальная диссеминация и уплотнения легочной паренхимы по типу «матового стекла» (рис. 7).

У пациентов 3 группы при микроскопическом исследовании в 100% случаев выявлен интерстициальный фиброз, уровень которого составил от умеренного до сильного, в 33% – гиалиноз. На КТ преобладали фиброзные изменения в интерстиции, отмечалось нарушение архитектоники легочной ткани с формированием кистозно-буллезной трансформации в виде «сотового легкого» и развитием буллезной эмфиземы (рис. 8).

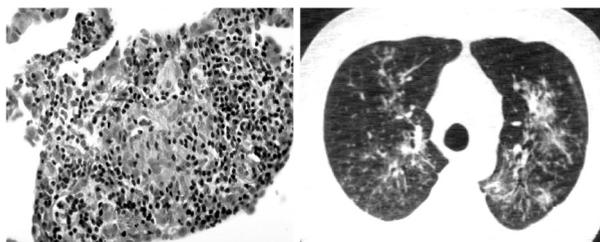


Рис. 7. Морфологическая и рентгенологическая характеристика пациентов с саркоидозом 2 группы

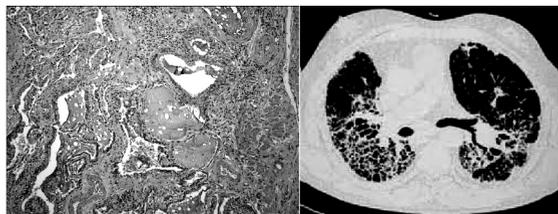


Рис. 8. Морфологическая и рентгенологическая характеристика пациентов с саркоидозом 3 группы

Выводы

1. Морфологическими маркерами ремоделирования легочной ткани при саркоидозе легких являются: формирование гранулем, лимфоцитарного альвеолита и бронхиолита, постепенно ведущие к развитию склеротических изменений.
2. Рентгенологическими признаками ремоделирования легочной ткани при саркоидозе являются: симптом мелкоочаговой диссеминации, симптом «матового стекла», симптом «сотового легкого», диффузные фиброзные изменения.

Практические рекомендации

Проведение ранней морфологической и дифференциальной диагностики саркоидоза легких с другими заболеваниями на биопсийном и операционном материале с учетом выявленных рентгенологических и морфологических паттернов позволит разработать новые подходы к прогнозированию течения, таргетной терапии и профилактике саркоидоза.

Литература

1. Саркоидоз органов дыхания: метод. рекомендации / П.С. Кривonos [и др.]. – Минск: БГМУ, 2004. – 21 с.
 2. Визель, А.А. Саркоидоз: реалии текущего момента / А.А. Визель // Терапия. – 2008. – № 8. – С. 53–56.
-

УДК 616.24-089.843(476)

Павлович О.В., Антонович Ж.В., Войтко Т.А., Митьковская Н.П.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Трансплантации легких в Республике Беларусь: решение проблем

Трансплантация легких (ТЛ) в настоящее время является единственным радикальным методом лечения некоторых хронических заболеваний легких, позволяющая значительно улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов с терминальной стадией заболевания [1, 3].

Отбор пациентов на ТЛ проводится в 3 этапа. I этап осуществляется по месту жительства пациента на уровне амбулаторно-поликлинических УЗ, общетерапевтических отделений ЦРБ; II этап – в пульмонологических или торакальных отделениях областных УЗ; III этап – в УЗ «9 ГКБ» г. Минска на уровне отделения торакальной хирургии ГУ «РНПЦ трансплантации органов и тканей». Здесь проводится окончательная верификация диагноза, уточнение показаний и противопоказаний к ТЛ.

Решение о включении в «Лист ожидания» принимается консилиумом. При этом нередко возникают ограничения к ТЛ: множественный кариес зубов, никотиновая зависимость, низкий реабилитационный потенциал. Проблемой является также низкий предтрансплантационный индекс BODE у пациентов с ХОБЛ, поскольку установлено, что при его значении <7 баллов наблюдается статистически незначимая тенденция к улучшению после ТЛ, т. е. риск операции превышает пользу. Учитывая, что все эти противопоказания являются модифицируемыми, необходимо уже на I этапе обследования проходить лечение у стоматолога, начинать индивидуальную программу физической реабилитации, программу избавления от вредных привычек. Выполнение этих простых рекомендаций даст возможность при наличии показаний ускорить процесс включения пациентов в «Активный лист ожидания» ТЛ на III этапе.

Основными задачами современной трансплантологии являются повышение сроков выживаемости реципиентов после трансплантации, возобновление социальной активности и трудовой