

данных. Наибольшую разрешающую способность и специфичность имеет мультисрезовая СКТ с болюсным контрастированием. МРТ позволяет определить инвазию разрастающейся метастатической опухоли

за пределы кости в мягкие ткани, а ОСГ, визуализируя одномоментно весь скелет, отвечает на вопрос – одиночный у пациента МТС или они имеют множественный характер.

Литература

1. Коган М.И., Переверзев А.С. Рак предстательной железы. – М.: Медицина, 2002.

2. Кочергина Н.В. Опухоли костей. – М.: Мир, 2005.

3. Общее руководство по радиологии. Юбилейная книга Nicer, 1995.

4. Переверзев А.С. Рак предстательной железы. – Харьков, 2002.

Координаты для связи с авторами: Лупаенко Игорь Яковлевич – доцент кафедры клинической диагностики ДВГМУ, канд. мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93, e-mail: k_ldiag@mail.fesmu.ru; Мрачковская Алла Ивановна – доцент кафедры онкологии с курсом радиологии ДВГМУ, канд. мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93; Зеленый Александр Иванович – зав. урологическим отделением Городской больницы №2 г. Комсомольска-на-Амуре, тел.: 8 (4217) 22-72-20, e-mail: hosp2@yandex.ru; Гордеев Юрий Гаврилович – врач Городской больницы №2 г. Комсомольска-на-Амуре, тел.: 8 (4217) 54-46-03, e-mail: gb7.pk7@mail.ru; Гордеев Виталий Юрьевич – врач Городской больницы №7 г. Комсомольска-на-Амуре; Заколотнев Игорь Николаевич – зав. отделением компьютерной и магниторезонансной томографии Краевой клинической больницы №2, тел.: 8 (4212) 45-28-41, e-mail: hospital@nxt.ru; Потапова Татьяна Петровна – зав. лабораторией радионуклидной диагностики Краевого клинического центра онкологии, тел.: 8 (4212) 41-06-47, e-mail: info@kkco.khv.ru; Литвинов Константин Алексеевич – врач-радиолог Краевого клинического центра онкологии.



УДК 616-006.442/443-07-08-055.2-021.144

И.Я. Лупаенко¹, Ю.Л. Федорченко¹, Н.Г. Пузынина², В.И. Морозова²

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8 (4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Госпиталь медицинского отдела УВД по Хабаровскому краю,
680030, ул. Павловича, 1в, тел.: 8 (4212) 21-40-39, г. Хабаровск

Резюме

Наблюдение и лечение больных саркоидозом становится реальностью в условиях офиса врача общей практики. На первом этапе ведения врач-фтизиатр должен исключить туберкулез. Гистологическая верификация саркоидоза является признанным международным стандартом. Выработка стратегии лечения больного саркоидозом должна проводиться искушенным в саркоидозе специалистом (пульмонологом, сотрудником медицинского университета). Ведение пациента, контроль над эффективностью и безопасностью лечения должны быть возложены на участкового врача. Приведенный клинический пример станет шагом к повышению уровня прикладных знаний по саркоидозу у врачей общей терапевтической и семейной практики, составляющих основу оказания амбулаторной помощи в нашей стране.

Ключевые слова: саркоидоз, диагностика, лечение.

I.Y. Lupaenko¹, Y.L. Fedorchenko¹, N.G. Puzynina², V.I. Morozova²

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SARCOIDOSIS

¹Far Eastern State Medical University;

²Hospital of Internal Affairs Ministry in the Khabarovsk territory, Khabarovsk

Summary

Examination and treatment of patients with sarcoidosis becomes a reality in the office of a general practitioner. At the first stage of examination a phthisiatrician should exclude tuberculosis. Histological verification of sarcoidosis is the accepted international standard. Development of treatment strategy of the patient with sarcoidosis should be performed by

a doctor familiar with sarcoidosis (the lung specialist, the faculty member of a medical university). Patient management, control over efficiency and safety of treatment should be performed by a local doctor. The presented clinical case may become a step to improve the level of applied knowledge on sarcoidosis in primary care physicians and general practitioners as well as family doctors all those who rendering e out-patient services in Russia.

Key words: sarcoidosis, diagnostics, treatment.

Саркоидоз – мультисистемный эпителиоидно-клеточный, неказеифицирующийся гранулематоз неизвестной природы. Диагностика этого заболевания достаточно определенно описана как в международном Положении о саркоидозе [4], так и в монографии Европейского респираторного общества [8]. Заболевание имеет стройную клиническую классификацию, которая отражена в МКБ 10-го пересмотра. Множество работ ежегодно раскрывают все новые тонкие детали патогенеза саркоидоза, определены наиболее вероятные гены – маркеры течения саркоидоза [2]. Наименее стандартизированным разделом в учении о саркоидозе является его лечение, которое проводится на основании эмпирического выбора лекарственных средств, основанного на исследованиях, носящих нестрогий наблюдательный характер, с учетом ожидаемой токсичности лекарственного средства [5]. С 2003 г. в России это заболевание было передано из фтизиатрической практики в общую лечебную сеть. Образование врачей в области диагностики и лечения саркоидоза стало важной задачей. Представляем описание клинического случая.

Пациентка С., 1954 г. р., 01.04.2004 г. после очередного флюорографического обследования была приглашена к врачу для дообследования. Прямая обзорная рентгенограмма органов грудной клетки (рис. 1) и срединная томография органов грудной клетки показали изменения в корнях обоих легких в виде гиперплазии внутригрудных лимфоузлов. В противотуберкулезном диспансере (ПТД) туберкулез был исключен. Предварительный диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов, стадия 1. Пациентка направлена в Краевой клинический центр онкологии г. Хабаровска, где 27.05.2004 г. выполнена диагностическая торакотомия справа с биопсией лимфоузлов средостения. Получено гистологическое подтверждение диагноза: в биоптатах внутригрудного лимфатического узла были обнаружены эпителиоидно-клеточные неказеифицирующиеся гранулемы. Пациентка стала наблюдаться у пульмонолога. Назначен витамин Е 600 мг в сутки.

Все это время больная чувствовала себя хорошо. Беспокоили небольшие боли в области послеоперационного шва. В августе 2004 г. (через 5 мес. после выявленных изменений в легких) при динамическом обследовании выявлено продолжение роста бронхопульмональных лимфоузлов до 3,0 см,

паратрахеальных – до 2,0-2,5 см (рис. 2). В прикорневых отделах, преимущественно внизу, появилась линейная сетчатость лимфостаза, в латеральных синусах жидкость. Данные физикального и лабораторного обследования патологии не выявили. В связи с прогрессирующим течением заболевания в сентябре 2004 г. больной был назначен преднизолон в дозе 15 мг в сутки. На фоне данной терапии через 3 мес. вышеперечисленные изменения на снимках исчезли. Рентгенологическая картина оставалась стабильной 07.12.2004 г., 18.01.2005 г., 05.03.2005 г. (рис. 3), в связи с чем преднизолон в марте 2005 г. был отменен (увеличение массы тела, диспепсические жалобы).

Через 6 мес., в сентябре 2005 г., при самостоятельном рентгенологическом контроле вновь выявлено резкое прогрессирование гранулематозного процесса в легких: появилась мелкоузловая диссеминация в обоих легких, интерстициальное усиление легочного рисунка по мелкопетлистому типу, рецидив увеличения лимфоузлов всех обозначенных ранее групп на 1,0-1,5 см в диаметре. Диагноз был изменен на саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких, стадия 2. Прогрессирование (рис. 4).

В последующем пациентка наблюдалась и получала бессистемное лечение в разных медицинских учреждениях города, включающее небольшой курс преднизолона – 25 мг с отменой и переходом на ингаляционные стероиды (альдецин по 4 дозы в сутки), затем наблюдалась в течение 3 мес., получая пентоксифиллин по 0,2 г 2 раза в день. Соответственно на этих этапах лечения по данным рентгенологических снимков отмечалось сначала редуцирование лимфоузлов до полного их исчезновения, далее повторное прогрессирование процесса в обоих легких с увеличением лимфоузлов и появлением очаговой диссеминации от верхушек до диафрагмы, а затем слияние диссеминации в конгломераты с продолжающимся ростом лимфатических узлов. При ультразвуковом исследовании в воротах печени был выявлен лимфоузел овальной формы 3,2×1,5 см. Состояние больной оставалось стабильным. Гемограмма без отклонений, по результатам анализа теста Вотчала-Тиффно наблюдалось снижение МОС_{25, 50, 75}. С ноября 2006 г. вновь начат курс преднизолона в дозе 30 мг, назначен пентоксифиллин 0,2 г 2 раза в сутки. В апреле 2007 г. достигнута положительная рентгенологическая динамика (рис. 5), параметры функции внешнего дыхания (ФВД) стали лучше, физикальные данные и гемограмма в пределах нормы.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

Однако на фоне лечения стероидными гормонами у больной отмечалось нарастание нежелательных явлений: прибавка массы тела на 10 кг, системная артериальная гипертензия, боли в эпигастрии, появление акне. С октября 2007 г. начато медленное снижение дозы преднизолона. В ноябре 2007 г. больная сама обратилась к пульмонологу с жалобами на явления ОРВИ. Доза преднизолона была снижена до 10 мг, и пациентка принимала стероид до начала декабря 2007 г. В мае 2008 г. состояние больной было удовлетворительным, а в декабре вновь предъявила жалобы на неприятные ощущения за грудиной. На рентгенограмме от 25.12.2008 г. отмечено усиление легочных изменений, появление диссеминации, снижение всех показателей ФВД, тогда как гемограмма оставалась нормальной. До 2009 г. пульмонолог не посещала. На рентгенограмме от 5 августа 2009 г. было констатировано дальнейшее нарастание диссеминации легочной ткани (рис. 6). При осмотре отмечался избыточный вес до 2-й степени ожирения, появление подкожных узелков на плечах, спине, голени. Диагноз: саркоидоз, 3 стадия, с поражением легких, кожи, прогрессирующее течение, рецидив. ДН 1ст.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.

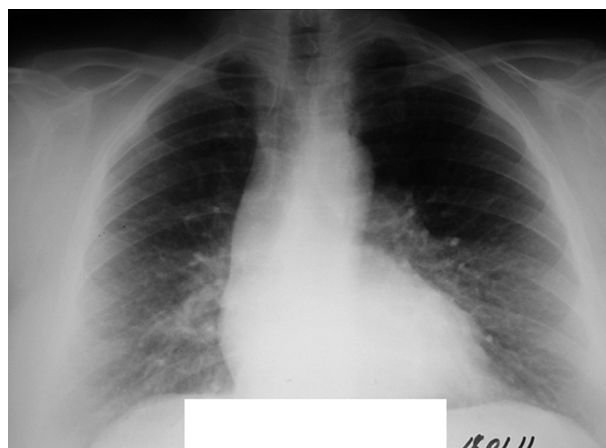


Рис. 8.

Ввиду перенесенных серьезных нежелательных явлений при лечении преднизолоном пациентке, с сентября 2009 г. была предложена альтернативная терапия метотрексатом (1 раз в неделю с 7,5 до 15 мг). В течение 2009 г. состояние пациентки было удовлетворительным, переносимость метотрексата хорошей. При рентгенографии ОГК от 11.02.2010 г. была отмечена положительная динамика. Лейкопении и изменений биохимических параметров функции печени не было. ФВД более не снижалась. В октябре 2010 г. в связи с явлениями ОРВИ при отчетливой положительной рентгенологической динамике (рис. 7) был сделан 2-недельный

перерыв в лечении метотрексатом, в течение которого пациентка принимала симптоматическую терапию, после чего возобновила прием метотрексата.

К январю 2011 г. была достигнута выраженная рентгенологическая динамика (рис. 8), метотрексат пациентка получает в течение 14 мес. Функция печени нормальная. ФВД остается сохранной (снизилась только МОС₇₅). До февраля 2011 г. рецидива у больной не было. На фоне метотрексата рентгенографически была подтверждена ремиссия процесса.

Приведенный случай свидетельствует о том, что выявление пациента и его первичная диагностика соответствовали существующим требованиям к первичному обследованию больных с двусторонней лимфаденопатией. Туберкулез был исключен. Прогрессирование процесса в виде увеличения размеров внутригрудных узлов стало показанием к гистологическому подтверждению диагноза. Дальнейшее ведение пациента дискуссионно. Прогрессирование процесса является показанием к применению системных глюкокортикостероидов, в то же время желание пациента

и возможность более щадящей терапии пентоксифиллином были реальной альтернативой, которая в течение 4 мес. позволила сохранить процесс стабильным. Пентоксифиллин обладает свойством угнетать образование эндогенного фактора некроза опухоли и применяется в лечении саркоидоза в России и за рубежом [7]. Следует отметить, что у данной больной, несмотря на нарастание рентгенологических изменений, клинические проявления практически отсутствовали. В анализируемом случае применение ингаляционного стероида альдецина оказалось неэффективным, про-

цесс быстро прогрессировал. Метаанализ существующих исследований эффективности ингаляционных стероидов пока не позволяет говорить об их высокой самостоятельной эффективности, хотя их дальнейшее изучение при саркоидозе вполне перспективно [3, 6].

Назначение преднизолона кардинально изменило лучевую картину течения саркоидоза, была достигнута реверсия изменений. Однако именно во время лечения преднизолоном пациентка предъявила жалобы на состояние своего здоровья в связи с развитием нежелательных явлений. Системные стероиды считаются одним из самых эффективных средств патогенетической терапии саркоидоза, однако при длительности менее

4 мес. эффект их нестабилен, вероятность рецидивов высока [1]. Развившееся обострение привело к более тяжелой лучевой картине и большему снижению параметров спирометрии, чем до лечения гормоном. Назначение метотрексата соответствовало международному положению по ведению больных саркоидозом [1]. Метотрексат используется как противовоспалительное средство с середины XX в. и рекомендован в качестве альтернативной гормонам терапии саркоидоза. Именно этот препарат оказался достаточным для того, чтобы остановить прогрессирование процесса и достичь стойкой ремиссии.

Литература

1. Дауров Б.И. Проблема реактивации саркоидоза и возможности ее решения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2004.
2. Шмелев Е.И. Саркоидоз // Атмосфера: пульмонология и аллергология. - 2004. - № 2 (13). - С. 3-10.
3. Baughman R.P., Lower E.E. A clinical approach to the use of methotrexate for sarcoidosis // Thorax. - 1999. - Vol. 54 (8). - P. 742-746.
4. Hunninghake G. W., Costabel U., Ando M. et al. Statement on sarcoidosis // Am J Crit Care Med. - 1999. - Vol. 160. - P. 736-755.
5. Moller D.R. Treatment of sarcoidosis – from a basic science point of view // J Intern Med. - 2003. - Vol. 253 (1). - P. 31-40.
6. Paramothayan S., Jones P.W. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis: a systematic review // JAMA. - 2002. - Vol. 287 (10). - P. 1301-1307.
7. Popova E. N., Bolevich S. B., Fomin V. V. et al. Pulmonary hypertension associated with sarcoidosis and experience of treatment with pentoxifylline (Vasonite) // Eur Resp J. - 2006. - Vol. 28 (Suppl. 50): Ref. - P. 2491.

Координаты для связи с авторами: Лупаенко Игорь Яковлевич – доцент кафедры клинической диагностики ДВГМУ, канд. мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93, e-mail: k_lidiag@mail.fesmu.ru; Федорченко Юрий Леонидович – профессор кафедры факультетской терапии ДВГМУ, доктор мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93; Пузынина Наталья Геннадьевна – зам. гл. врача по лечебной части Госпиталя медицинского отдела УВД по Хабаровскому краю, тел.: 8 (4212) 21-40-39; Морозова Валентина Ивановна – зав. рентген-кабинетом Госпиталя медицинского отдела УВД по Хабаровскому краю, тел.: 8 (4212) 21-40-39.



УДК 617-089.844;617.3].001,8(048,8)

С.Н. Березуцкий, Б.М. Когут

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ОТСРОЧЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПАЛЬЦА КИСТИ ПРИ ПОЛНОМ ЕГО ОТЧЛЕНЕНИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: +7-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Восстановление пальцев кисти при их полном травматическом отрыве на уровне дистальных отделов является сложной задачей. Предложено много методик. Большинство из них имеют недостатки.

В статье представлен случай успешной комплексной отсроченной реконструкции дистального отдела пальца кисти после его полного отчленения при помощи метода «reposition-flap» в модификации автора у пациентки 23 лет.

Больная получила травму на производстве – ее правая кисть попала в станок. Доставлена с ампутированным сегментом, но операция реплантации была противопоказана.

Описана методика операции, показаны ближайший послеоперационный исход, особенности ведения данной категории больных.

Ключевые слова: реконструкция, «reposition-flap», пальцы кисти.