



Саркоидоз медиастинальных и абдоминальных (висцеральных) лимфоузлов, легких, печени, желчного пузыря, селезенки, осложненный флегмонозным холециститом

Добин В.Л., Панин И.В., Мартынов В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, (ул. Высоковольтная, д. 9, г. Рязань, 390026, Россия)

Для цитирования: Добин В.Л., Панин И.В., Мартынов В.А. Саркоидоз медиастинальных и абдоминальных (висцеральных) лимфоузлов, легких, печени, желчного пузыря, селезенки, осложненный флегмонозным холециститом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2024;(7): 37–40. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-227-7-37-40

✉ **Для переписки:**

Добин

Виталий

Лазаревич

viladob@gmail.com

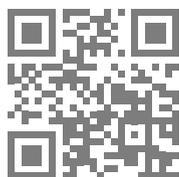
Добин Виталий Лазаревич, д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии

Панин Илья Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой, рентгеноэндovasкулярной хирургии и лучевой диагностики

Мартынов Владимир Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и фтизиатрии

Резюме

EDN: MWDULU



Статья содержит описание клинического случая генерализованного торакального и абдоминального саркоидоза, который был диагностирован морфологически после операции холецистэктомии по поводу флегмонозного холецистита.

Ключевые слова: генерализованный саркоидоз, абдоминальный саркоидоз

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Sarcoidosis of mediastinal and abdominal (visceral) lymph nodes, lungs, liver, goldbladder, spleen, complicated by phlegmonous cholecystitis

V.L. Dobin, I.V. Panin, V.A. Martynov

Ryazan State Medical University, (9, Vysokovoltnaya street, Ryazan, 390026, Russia)

For citation: Dobin V.L., Panin I.V., Martynov V.A. Sarcoidosis of mediastinal and abdominal (visceral) lymph nodes, lungs, liver, goldbladder, spleen, complicated by phlegmonous cholecystitis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;(7): 37–40. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-227-7-37-40

✉ **Corresponding author:**

Vitaly L. Dobin

viladob@gmail.com

Vitaly L. Dobin, MD, Professor, of the Department Infectious Diseases and Phthisiology; *ORCID: 0000-0003-1946-5193, SPIN: 2955-6303*

Ilya V. Panin, Cand. Med. Sci., Assotiate Professor, of the Department of Cardiovascular, — ray Endovascular Surgery and Radiology; *ORCID: 0000-0003-1259-1963, SPIN: 7597-6703*

Vladimir A. Martynov, MD, Professor, Head, of the Department of Infectious Diseases and Phthisiology; *ORCID: 0000-0002-0117-0613, SPIN: 2378-4380*

Summary

The article contains a description of generalized sarcoidosis diagnosed morphologically after cholecystectomy for phlegmonous cholecystitis.

Keywords: generalized sarcoidosis, abdominal sarcoidosis

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Проблема внелегочных поражений при саркоидозе является актуальной на сегодняшний день. В отечественной литературе можно найти всесторонние обзоры на эту тему [1, 2], однако описание конкретных случаев из реальной клинической практики встречается редко [3, 4]. В связи с этим, мы хотели бы поделиться нашим клиническим наблюдением.

Больной М., 1975 года рождения, поступил в больницу скорой медицинской помощи (БСМП) 18 января 2020 года с клинической картиной острого холецистита.

Из анамнеза: с 24-летнего возраста периодически беспокоили боли в животе и метеоризм. В 2019 году был приступ желчной колики, во время которого при УЗИ-обследовании в желчном пузыре впервые обнаружили конкремент размером 18 мм в диаметре.

Во время госпитализации по данным УЗИ у пациента выявлены следующие изменения: уплотнение ткани печени, край которой выступал из-под реберной дуги на +3 см; желчный пузырь размером 119x36 мм, с толщиной стенки 6 мм, заполнен слизью и мелкими конкрементами, холодох 4 мм, другие протоки не расширены, выпота в брюшной полости нет. В анализах периферической крови определялся незначительный лейкоцитоз $8,23 \cdot 10^9/\text{л}$. 20.01.2020 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическое рассечение спаек и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко.

Заключение патогистолога – выявлена картина флегмонозного холецистита. Кроме того, в стенке желчного пузыря и прилежащем к нему лимфатическом узле были обнаружены многочисленные «штампованные» эпителиоидно-клеточные гранулемы саркоидозного типа.

27.01.2020 г. больной выписан из БСМП с рекомендацией обратиться в противотуберкулезный диспансер на консультацию по поводу возможного саркоидоза.

Через месяц после выписки из стационара (27.02.2020) пациент был обследован в поликлинике противотуберкулезного диспансера. Стеклопрепараты были пересмотрены патоморфологом диспансера. Заключение: саркоидоз лимфоузла и стенки желчного пузыря.

Жалоб в момент обращения нет. Семейный анамнез: старший брат больного, начиная с 39-летнего возраста, в течение трех с лишним лет состоял на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом «саркоидоз внутригрудных лимфоузлов». После эффективного лечения метипредом он был снят с учета.

Из поликлинической амбулаторной карты больного установлено, что в мае 2017 года обследовался по поводу заложенности левого уха и длительного, трехмесячного, одностороннего паротита с левой же стороны. В это же время больному проводилась профилактическая флюорография, на которой была видна двухсторонняя симметричная медиастинальная лимфоаденопатия, которая в поликлинике в тот момент не получила должной

клинической оценки. По этим данным больному ретроспективно был установлен диагноз синдрома Хеерфорда, патогномоничного для саркоидоза. Сведения об анатомическом и функциональном состоянии печени в амбулаторной карте отсутствовали.

Рост 176 см, вес 83 кг. При физикальном обследовании в легких дыхание везикулярное с минимальным количеством сухих хрипов. АД=120/80 мм рт. ст. Пульс 77 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на +3 см, безболезненна при пальпации. Селезенка у края реберной дуги, слегка болезненна. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови 3.03.2020 – Эр. $5,4 \cdot 10^{12}$, Hb-161 г/л, лейкоциты $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$ (Н-73,6%, Э-4%, Л-20,0%, М-2,9%) СОЭ-19 мм/час. Биохимические анализы крови 3.03.2020 – щелочная фосфатаза (ЩФ) – 207 Ед/л (N до 132 Ед/л); холестерин 6,9 ммоль/л (N до 5,5 ммоль/л), мочевиная кислота 455 мкм/л (N до 420 мкм/л); остальные показатели (белок крови и его фракций, билирубин (общий, прямой, непрямой), АЛТ, АСТ, ГГТ, креатинин, мочевиная, глюкоза, ревматоидный фактор, СРБ; Fe, K, Na, Ca) в пределах нормы.

Исследование крови 4.03.2020 на α -фетопротейн 4,89 (N до 5,8 МЕ/мл), раково-эмбриональный антиген 1,3 (N до 3,8 нг/мл). Исследование крови 4.03.2020 на маркеры гепатитов А, В, С – отрицательные.

РКТ придаточных пазух носа 5.03.2020 – хронический полисинусит, гипертрофический ринит, S-образная деформация носовой перегородки.

МСРКТ легких 5.03.2020 – с обеих сторон в легких отмечаются многочисленные перилимфатические узелки, местами сливного характера. Средостение расширено за счет симметрично увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов. Стенки крупных бронхов несколько утолщены. Размеры внутригрудных лимфоузлов: паратрахеальных до 23 мм, аортопульмональных до 16 мм, бифуркационных до 18 мм. Заключение: саркоидоз ВГЛУ и легких, активная фаза, стадия II.

Спирография 28.02.20 – смешанные (обструктивно-рестриктивные) нарушения функции внешнего дыхания II ст.

МСРКТ брюшной полости 3.03.2020 с внутривенным болюсным контрастированием ультравистом 370–100 мл (время начала фаз большого контрастного усиления 10», 60», 360»).

Определяется группа увеличенных лимфоузлов ворот печени и по ходу чревного ствола размером каждый до 18 мм. В воротах селезенки определяются многочисленные лимфоузлы размером до 13 мм. Печень умеренно увеличена в размерах – КВР до 18 см, толщина правой доли до 10 см, левая доля 9,2x8 см, билобарный размер на уровне ворот 21,5 см. Структура паренхимы однородная. Контур – ровный. Сосудистый рисунок дифференцируется обычно. Внутри – и внепеченочные протоки не расширены. Плотность паренхимы в неактивную фазу до 6,0 ед. HU (N). Селезенка увеличена в размерах (селезеночный индекс до

Таблица 1

Динамика показателей периферической крови после окончания лечения

Дата	Эритроциты	Нв	Лейкоциты	Э, %	Н, %	Л, %	М, %	СОЭ, мм/час	Тромбоциты
4.04.23	4,35·10 ¹² /л	141 г/л	14,1·10 ⁹ /л	–	86,7	11	1,4	36	423·10 ⁹ /л
18.05.23	5,08·10 ¹² /л	154 г/л	5,1·10 ⁹ /л	–	66,2	36	1,8	9	181·10 ⁹ /л
16.11.23	4,82·10 ¹² /л	143 г/л	5,0·10 ⁹ /л	2	48	37	12	9	309·10 ⁹ /л
1.02.24	4,9·10 ¹² /л	151 г/л	5,1·10 ⁹ /л	–	51	39	11	9	280·10 ⁹ /л

Таблица 2

Динамика биохимических показателей крови, отклонявшихся от нормы, после лечения

Дата	ГГТ N до 50 Е/л	ЩФ N до 132 Е/л	Мочевая кислота N до 420 Е/л	Холестерин N до 5,5 мм/л
4.04.23	338*	207*	289	4,3
18.05.23	473*	249*	542*	5,2
16.11.23	445*	163*	421	6,6*
1.02.24	535*	148*	398	5,8*

1078), структура однородная, накопление контраста пестрое. Поджелудочная железа и почки без изменений. Кальцинированные и мягкие атеросклеротические бляшки стенок аорты, подвздошных артерий. Заключение: внутрибрюшная висцеральная лимфоаденопатия, умеренная гепатоспленомегалия.

Клинический диагноз: саркоидоз с поражением медиастинальных и абдоминальных (висцеральных) лимфоузлов, легких, печени, желчного пузыря, селезенки, дыхательная недостаточность I ст.; хронический полисинусит, гипертрофический ринит, S-образная деформация носовой перегородки, состояние после холецистэктомии по поводу калькулезного флегмонозного холецистита.

Пациенту было рекомендовано лечение метипредом в дозе 8 мг 2 раза в день, утром и в обед, в течение 6 месяцев, а также урсосаном в дозе 500 мг 2 раза в день также на 6 месяцев под наблюдением гастроэнтеролога поликлиники по месту жительства.

Приверженность больного к лечению, по мнению поликлинического гастроэнтеролога, была хорошей. Лечение завершено 7.09.2020 г.

В связи с закрытием диспансера для непрофильных больных во время пандемии COVID-19, очная консультация была предоставлена пациенту только

в начале марта 2023 года. Состояние при осмотре удовлетворительное, жалоб нет.

Было рекомендовано динамическое наблюдение, результаты которого приведены ниже.

Динамика анализов периферической крови и биохимических показателей после окончания лечения представлены в таблицах 1 и 2.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки 16.02.2024: легочные поля прозрачные, корни легких структурные, тень и положение средостения обычные. УЗИ органов брюшной полости от 16.02.2024 г. Печень: КВР правой доли 16,4 см, эхо-структура однородная, по краю реберной дуги; холедох 6 мм, внутрипеченочные протоки не расширены; v.portae 10 мм, v. lienalis 5 мм. Селезенка увеличена 141x57x45 мм, эхогенность ее обычная, структура однородная. Поджелудочная железа и почки без патологических отклонений. Заключение: небольшая спленомегалия. Как видно из приведенных выше данных, в результате проведенного лечения торакальные проявления саркоидоза подверглись полному обратному развитию. Печень и селезенка заметно уменьшились в объеме. После лечения сохраняется повышение уровней ГГТ (в большей мере) и ЩФ (в меньшей мере), что свидетельствует о развитии холестаза. Наблюдение за больным продолжается.

Обсуждение

Таким образом, диагноз саркоидоза был первоначально заподозрен в хирургическом стационаре при обследовании пациента по поводу ЖКБ и флегмонозного холецистита. В гистологических препаратах удаленного желчного пузыря и регионального лимфоузла были обнаружены «штампованные» эпителиоидноклеточные гранулемы, характерные для саркоидоза, а также признаки флегмонозного холецистита.

Дальнейшее комплексное обследование в условиях противотуберкулезного диспансера позволило уточнить диагноз и определить генерализованный характер саркоидоза на основании как легочных, так и внелегочных его проявлений. При этом, мы уточнили анамнез и выявили особенности саркоидоза, такие как развитие в 2017 году синдрома Хеерфорда, который является патогномичным для этой болезни, а также семейный характер заболевания.

Кроме того, у пациента было диагностировано редкое саркоидозное поражение желчного пузыря, описания которого в доступной литературе мы не встретили. Можно полагать, что саркоидозное поражение желчного пузыря и типичный саркоидозный гепатит с холестатическим синдромом явились дополнительными факторами риска развития ЖКБ и флегмонозного холецистита.

В результате проведения лечения кортикостероидами легочно-медиастинальные проявления саркоидоза полностью регрессировали.

Сохранение биохимических признаков синдрома холестаза могло быть обусловлено как саркоидозом, так и другими «классическими» факторами холестаза. Поэтому необходимо дальнейшее наблюдение и лечение пациента.

Заключение

Представлено редкое клиническое наблюдение генерализованного торакального и абдоминального саркоидоза с поражением желчного пузыря, который был диагностирован морфологически после операции холецистэктомии по поводу калькулезного и флегмонозного холецистита.

Саркоидозный гепатит с холестатическим синдромом и саркоидозное поражение желчного пузыря могут рассматриваться как дополнительные факторы риска развития ЖКБ и флегмонозного холецистита.

Соответственно, в клинической практике, необходимо учитывать выявленные у больного особенности диагностики и лечения саркоидоза.

Литература | References

1. Vizel A. A., Amirov N. B. Sarcoidosis and digestive system organs involvement. *The bulletin of contemporary clinical medicine*. 2010;3(1):43–50. (in Russ.)
Визель А. А., Амиров Н. Б. Саркоидоз и поражения органов системы пищеварения. Вестник современной клинической медицины. 2010;3(1):43–50.
2. Sharovalova T. G., Kozlova I. V., Ryabova A. Yu. et al. Sarcoidosis of the Digestive System: Diagnostic and Therapeutic Aspects. *Effective Pharmacotherapy Gastroenterology*. 2020;16(15):112–117. (in Russ.) doi 10.33978/2307–35–86–2020–16–15–112–117.
Шаповалова Т. Г., Козлова И. В., Рябова А. Ю. и др. Саркоидоз органов пищеварения: диагностические и терапевтические аспекты. Эффективная фармакотерапия. 2020;16(15): 112–117. doi: 10.33978/2307–3586–2020–16–15–112–117.
3. Kruglyakova L. V., Markova E. V., Sulima M. V. Generalized sarcoidosis with the affection of digestive organs, urinary tract and Lymphatic system (clinical observation). *Amur Medical Journal*. 2017;18(2):72–76. (in Russ.)
Круглякова Л. В., Маркова Е. В., Сулима М. В. Генерализованный саркоидоз с поражением органов пищеварения, мочевого выделения и лимфатической системы (клинические наблюдения). Амурский медицинский журнал. 2017;18(2):72–76.
4. Plotkin D. V., Reshetnikov M. N., Pryadkin A. A., Nikanorov A. V., Zyuzya Yu. R., Sinitsyn M. V. Peritoneal and Respiratory Sarcoidosis: a Rare Clinical Observation. *Effective Pharmacotherapy Gastroenterology*. 2020; 16(15):118–121. (in Russ.) doi 10.33978/2307–35–86–2020–16–15–118–121.
Плоткин Д. В., Решетников М. Н., Прядкин А. А., Никаноров А. В., Зюзя Ю. Р., Синицын М. В. Саркоидоз брюшины и органов дыхания: редкое клиническое наблюдение. Эффективная фармакотерапия. 2020;16(15):118–121. doi 10.33978/2307–35–86–2020–16–15–118–121.