

«РЕВМАТОИДНОЕ» ЛЁГКОЕ

Соколова И.А., Абдураимов А.Б., Кутузов Т.А.

Неспецифическая интерстициальная пневмония является редким и благоприятным вариантом интерстициального поражения легких при ревматоидном артрите. Приводим клиническое наблюдение пациентки 59 лет, у которой интерстициальные изменения в легких развились в начале заболевания, одновременно с суставным синдромом при отсутствии клинических, функциональных и рентгенологических проявлений и были выявлены только с помощью компьютерной томографии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, интерстициальная пневмония, КТ.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
ГОУ ВПО
Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова
Минздравсоцразвития
России

г. Москва

RHEUMATOID LUNG DISEASE

Sokolina I.A., Abduraimov A.B., Kutuzov T.A.

Nonspecific interstitial pneumonia is a rare and rather benign form of the interstitial lung disease associated with rheumatoid arthritis. This case report of 59 y.o. female describes rheumatoid lung disease manifested simultaneously with the joint disease in the absence of clinical, functional and x-ray signs, which was established only on the base of the computed tomography results.

Keywords: rheumatoid arthritis, interstitial pneumonia, CT.

Chair of radiology of the
First Moscow State
Medical University
I.M. Sechenov

Moscow, Russia.

При ревматоидном артрите (РА) патологические изменения встречаются во всех отделах респираторной системы и могут проявляться в виде одной из 5 форм: хронического плеврита (с выпотом и без него); интерстициальной болезни легких (ИБЛ); внутрилегочных ревматоидных узлов; ревматоидных узлов с пневмокониозом (синдром Каплана), легочной гипертензии [1]. Развитие ИБЛ при РА (ИБЛ-РА) значительно ухудшает прогноз заболевания. Смертность, обусловленная интерстициальным легочным фиброзом, составляет 6% всех причин смерти больных РА и превышает смертность от всех других вместе взятых внесуставных проявлений РА [2]. По клинической картине ИБЛ-РА удается распознать только в 2-6% случаев, а при использовании компьютерной томографии (КТ) - в 10-47% [3]. При этом

большое значение имеет не только выявление, но и дифференциальная диагностика интерстициальных изменений.

История болезни.

Больная П., 59 лет.

Жалобы: на одышку при умеренной физической нагрузке, периодические артралгии мелких и крупных суставов, скованность суставов по утрам.

Анамнез. С марта 2008 г после перенесённой респираторной вирусной инфекции появились боли в голеностопных, коленных и лучезапястных суставах, отёчность и утренняя скованность этих суставов. В мае диагностирован ревматоидный артрит (РФ=384 ме/л, СРБ=48 мг/л). Начато лечение метотрексатом, однако дважды отмечалась реакция на приём метотрексата (лихорадка до 40°C, приступ удушья,

усиление одышки), в связи с чем препарат был отменён, впоследствии респираторных жалоб не предъявляла. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания в базальных отделах легких выслушивалась крепитация. ФВД: умеренное снижение ЖЕЛ (68%), остальные показатели – в пределах нормы. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологические изменения не определялись. Для исключения ИБЛ-РА была выполнена КТ органов грудной полости (июнь 2008 г). Выявлены распространенные интерстициальные изменения в легких в виде симптома «матового стекла» и умеренные ретикулярные изменения, обусловленные утолщением внутривдолькового и межвдолькового интерстиция.

Результаты обследования.

МСКТ органов грудной полости была выполнена в октябре 2010 г. на аппарате Somatom Sensation 40 фирмы Siemens. Выявлены признаки интерстициального поражения легких: распространенные участки «матового стекла», уплотнения межвдолькового и внутривдолькового интерстиция, тракционные бронхоэктазы (рис.1). Интерстициальные изменения локализовались субплеврально, интенсивность их нарастала по направлению от верхушек к диафрагме (рис.2). В средостении определялись единичные кальцинированные паратрахеальные лимфоузлы размерами до 10 мм (рис.3).

По результатам КТ было сделано заключение о наличии интерстициального поражения легких, ассоциированного с ревматоидным артритом, наиболее вероятный морфологический вариант – неспецифическая интерстициальная пневмония. От морфологической верификации диагноза решено было воздержаться. К лечению добавлен метипред. За время наблюдения (2008-2011 гг) прогрессирования респираторных симптомов не наблюдалось, показатели ЖЕЛ оставались прежними. При ежегодном КТ контроле признаков нарастания интерстициального фиброза не отмечалось, что косвенно подтверждает морфологический вариант неспецифической интерстициальной пневмонии.

Обсуждение.

Возможность сочетания РА с интерстициальным поражением легких стала обсуждаться во многом благодаря работам P.Ellman и R.E. Ball, опубликованным в 1948 г [4]. Частота интерстициального поражения легких при ревматоидном артрите (РА) сильно варьирует и во многом зависит от метода диагностики. При обзорной рентгенографии органов грудной клетки интерстициальные изменения при РА выявляют у 1-6% больных [5], функциональные нарушения по рестриктивному типу встречаются у 40% [6], а по данным гистологического исследования легочный интерстиций поража-

ется у 80% больных РА [7]. Кроме того, в значительной мере генез поражения легких определяется применяемыми при РА лекарствами, многие из которых обладает пневмотоксичностью. Так развитие лекарственно-индуцированного пневмонита на метотрексат встречается от 0,3 до 11,6% случаев, в среднем 4,5% [8].

В противоположность преимущественно суставным формам РА, когда наблюдается преобладание среди заболевших лиц женского пола, ИБЛ-РА чаще страдают мужчины старше 50 лет. Клинические проявления артрита, как правило, предшествуют интерстициальному поражению легких в 90% случаев [9]. Редко оба синдрома развиваются одновременно, еще реже болезнь дебютирует ИБЛ.

Клинические проявления ИБЛ-РА неспецифичны, наиболее часто встречаются одышка и малопродуктивный кашель. В связи с ограничением физической активности у больных РА, одышка может проявляться поздно. Типичными функциональными изменениями являются рестриктивные нарушения с нормальным отношением ОФВ1/ФЖЕЛ и снижение диффузионной способности легких по монооксиду углерода (DLco) [10].

При проведении немногочисленных специальных исследований, включавших КТ и биопсию легкого, было показано, что при РА встречаются различные гистологические варианты ИБЛ: обычная интерстициальная пневмония (ОИП), неспецифическая интерстициальная пневмония (НИП), организуемая пневмония [11]. Распределение гистологических вариантов ИБЛ-РА отличается от других системных заболеваний соединительной ткани преобладанием ОИП. Характерным гистологическим проявлением ИБЛ-РА является лимфоидная гиперплазия, которая обнаруживается у большинства больных.

Клиническое течение ИБЛ-РА может быть очень медленным (в течение 10 и более лет) или фульминантным. Полагают, что ИБЛ-РА имеет как минимум две клинические формы – доброкачественную и злокачественную, которые могут соответствовать двум гистологическим вариантам интерстициального поражения легких – НИП и ОИП. Развитие ИБЛ при РА, особенно гистологического варианта обычной интерстициальной пневмонии является прогностически неблагоприятным. Средняя продолжительность жизни составляет 3,5 года, летальность от 14 до 50% за 2-летний период наблюдения [12]. По данным разных авторов, 5-летняя выживаемость в пределах 39-44%.

Своевременное выявление и дифференциальная диагностика интерстициальных поражений легких при РА является важной задачей, поскольку во многом определяет прогноз заболевания [13]. Решающая роль в этом принадле-

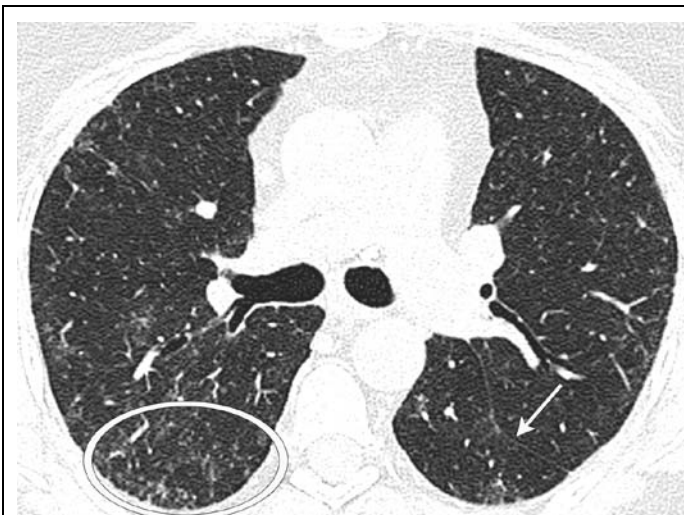


Рис. 1,а.



Рис. 1,б.



Рис. 2.

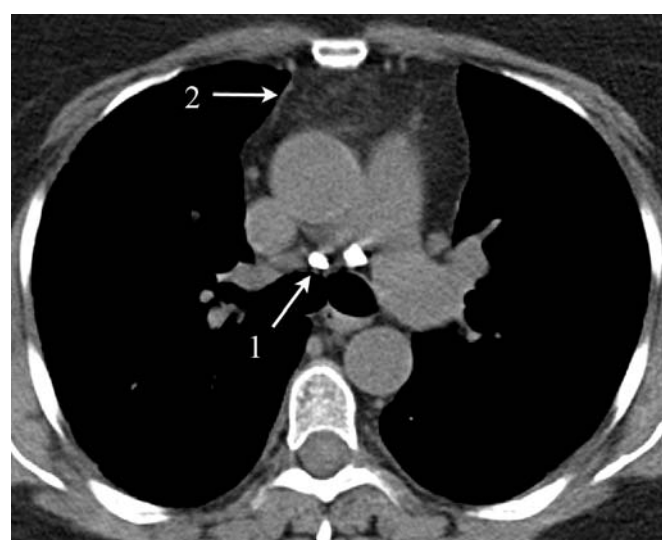


Рис. 3.

Рис. 1. МСКТ органов грудной полости, лёгочное окно на уровне бифуркации трахеи (а) и нижних легочных вен (б).

В субплевральных отделах определяется уплотнение легочной паренхимы по типу «матового стекла», уплотнение и деформация внутридолькового (а, овал) и междолькового (б, овал) интерстиция, тракционные бронхоэктазы (б, стрелки), а также уплотнение междолевой плевры (а, стрелка).

Рис. 2. Мультипланарная реформация во фронтальной плоскости:

интерстициальные изменения преобладают в субплевральных и базальных отделах легких.

Рис. 3. КТ на уровне бифуркации трахеи, мягкотканное окно.

Кальцинаты внутригрудных лимфоузлов (1). Избыточное развитие клетчатки переднего средостения (2).

жит КТ. По данным КТ наиболее частыми симптомами, выявляемыми при ИБЛ-РА, являются симптом «матового стекла» (до 90%), ретикулярные изменения, обусловленные утолщением внутридолькового и междолькового интерстиция (до 98%) [14, 15, 16]. При морфологическом варианте ОИП быстро развиваются признаки дезорганизации легочной паренхимы – «сотое легкое» и легочная гипертензия. Вариант НИП протекает более благоприятно. Несмотря на то,

что признаки «сотого легкого» встречаются и при КТ, и при гистологическом исследовании у половины больных с диагнозом НИП, их распространенность выражена в меньшей степени, чем при ОИП. При однократном исследовании дифференцировать ОИП и НИП достаточно сложно. Однако в процессе динамического КТ-наблюдения по интенсивности нарастания интерстициального фиброза и нарушения архитектоники легкого, это становится возможным.

Заключение. Интерес данного клинического случая, на наш взгляд, обусловлен тем, что у пациентки с РА интерстициальное поражение легких проявилось в начале заболевания, одновременно с суставным синдромом. Респираторные жалобы отсутствовали, а нарушения функциональных показателей были незначительными. При рентгенографии органов грудной клетки патологические изменения не определялись. Только при проведении КТ были обнаружены признаки ИБЛ. Представленный

клинический случай позволяет сделать вывод о целесообразности применения КТ уже на ранних стадиях заболевания. КТ является наиболее информативным из неинвазивных методов диагностики поражения легких при РА, позволяет оценить активность воспаления и фиброза, что важно для определения эффективности терапии и прогноза заболевания.

Список литературы

1. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия: Учебник. – В 2-х т. – Изд. 2-е, перераб. – Т.2, ч. I. – М.: «ОАО Издательство «Медицина», 2005. – 512 с.: ил.
2. Gabbay E., Tarala R., Will R. et al. Interstitial lung disease in recent onset rheumatoid arthritis. // *Am. J Respir. Crit. Care Med.* 1997; 156: 528-535.
3. McDonagh J., Greaves M., Wright AR. et al. High resolution computed tomography of the lungs in patients with rheumatoid arthritis and interstitial lung disease. // *Br. J. Rheumatol.* 1994; 33: 118-122.
4. Ellman P., Ball R.E. "Rheumatoid disease" with joint and pulmonary manifestations. *BMJ* 1948; 2: 816-820.
5. Remy-Jardin M., Remy J., Cortet B. et al. Lung changes in rheumatoid arthritis: CT findings. // *Radiology* 1994; 193: 375-382.
6. Roschmann RA, Rothenberg RJ. Pulmonary fibrosis in rheumatoid arthritis: a review of clinical features and therapy. // *Semin. Arthritis Reum.* 1987; 16: 174-185.
7. Cervantes-Peres P., Toro-Perez AH, Rodriguez-Jurado P. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. // *JAMA* 1980; 243: 1715-1759.
8. Barrera P., Laan RF, van Riel PL et al. Methotrexate-related pulmonary complications in rheumatoid arthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases* 1994; 53: 434-439
9. Cancellieri A., Dalpiaz G., Maffessanti M. et al. Diffuse Lung Diseases. Clinical Features, Pathology, HRCT. Milan, New York: Springer; 2006
10. Brown K.K. Rheumatoid lung disease // *Proc. Am. Thorac. Soc.* 2007; 4: 443-448.
11. Kim EA, Lee KS, Johkoh T. et al. Interstitial lung diseases associated with collagen vascular diseases: radiologic and histopathologic findings. // *Radiographics* 2002; 22: 151-165.
12. Демина А.В., Раденска-Лоповок С.Г., Фоломеева О.М. Причины смерти у больных с ревматическими заболеваниями в Москве. *Тер. архив*, 2005; 77 (4): 77-82.
13. Kim EJ, Collard HR, King TE. Rheumatoid Arthritis-associated interstitial lung diseases. The relevance of histopathologic and radiographic pattern. // *Chest* 2009; vol.136, N5, 1397-1405.
14. Mayberry JP, Primack SL, Müller NL. et al. Thoracic manifestations of systemic autoimmune diseases: radiographic and High-resolution CT findings. // *Radiographics* 2000; 20: 1623-1635.
15. Tanaka N., Kim JS., Newell JD. et al. Rheumatoid Arthritis-related lungs diseases: CT findings. // *Radiology* 2004; 232: 81-91.
16. Webb W.R., Muller N.L. Naidich D.P. High-resolution CT of the lung, 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001.