

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

▲

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

ŪMINĖ SARKOIDOZĖ

Darbo autorė. Sigita GUSTAITĖ (VI kursas).

Darbo vadovė. Lekt. Giedrė CINCILEVIČIŪTĖ, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Krūtinės ligų, imunologijos ir alergologijos klinika.

Darbo tikslas. Remiantis klinikinio atvejo informacija ir literatūros šaltiniais išnagrinėti ūminės sarkoidozės atvejį.

Darbo metodika. Gautas raštiškas pacientės sutikimas ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų direktoriaus leidimas naudoti nuasmenintus pacientės duomenis. Atlikta atvejo analizė ir literatūros apžvalga.

Atvejo aprašymas. 41 metų amžiaus pacientė atvyko į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Priėmimo-skubios pagalbos skyrių dėl karščiavimo, bendro silpnumo, sąnarių skausmo, tinimo. Simptomai prasidėjo prieš mėnesį – sutino pėdos, tapo skausmingi čiurnų sąnariai. Vėliau atsirado kitų sąnarių skausmas ir tinimas, pacientė subfebriliai karščiavo iki 37,5 °C. Dėl minėtų simptomų kreipėsi į šeimos gydytoją. Atlikus kraujo tyrimus rastas padidėjęs C reaktyvusis baltymas (CRB) – 67,79 mg/l. Skirtas antibakterinis gydymas cefadroksiliu ir nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU). Gydymas nepadėjo, temperatūra kilo iki 38 °C. Pacientė dar kartą kreipėsi į šeimos gydytoją, gavo siuntimą pas angiochirurgą. Atliktas kojų giliųjų ir paviršinių venų ultragarsinis tyrimas – trombozės neaptikta. Priėmimo-skubios pagalbos skyriuje atlikti tyrimai, rasta neutrofilinė leukocitozė, trombocitozė (leukocitai – $17,15 \times 10^9/l$, neutrofilai – $14,30 \times 10^9/l$, trombocitai – $645 \times 10^9/l$), padidėjęs CRB – 183,1 mg/l ir prokalcitoninas – 0,06 µg/l. Pilvo organų echoskopijoje – hepatomegalija su išreikšta steatoze. Krūtinės ląstos rentgenogramoje stebėti smulkūs infiltracijos židiniai, plaučių šaknų ir tarpuplaučio limfadenopatija. Įtariant sarkoidozę pacientė hospitalizuota Pulmonologijos ir alergologijos skyriuje. Iš anamnezės žinome, kad pacientė serga hipotiroze, policistinių kiaušidžių sindromu. Darbe plaučiams kenksmingų medžiagų nėra. Pacientė augina katę, nerūko. Objektyvios apžiūros metu stebėta mazginė eritema rankų ir kojų srityje, plaštakų ir pėdų patinimas. Auskultuojant abipus pašiurkštėjęs vezikulinis alsavimas be karkalų, tachikardija (pulsas – 100 k./min.). Pacientė turi viršsvorį. Atlikta kompiuterinė tomografija (KT), joje simetrinė tarpuplaučio ir plaučių šaknų limfadenopatija, abipus plaučių viršūnėse sumažėjusio oringumo zonos. Atlikta bronchoskopija, kairiame plautyje rastas neryškus grūdėtumas keterėlės gleivinėje tarp 1/2 ir 3 segmentinių bronchų, paimta žnyplinė biopsija. Bronchoalveolinio lavažo skystyje CD4/CD8 santykis – 15,3, vyrauja makrofagai (79 proc.), rūgščiai atsparių bakterijų, tuberkuliozės mikobakterijų DNR, *Pneumocystis jirovecii*, navikinių ląstelių nerasta. Remiantis klinikiniais duomenimis, krūtinės KT vaizdu, bronchoskopijos tyrimų rezultatais, patvirtinta plaučių sarkoidozė, Lefgreno sindromas. Skirtas simptominis gydymas NVNU, salbutamolio inhaliacijomis. Pacientės būklė pagerėjo, ji nustojo

karščiuoti, pradėjo nykti mazginė eritema, sumažėjo plaštakų ir pėdų tinimas, bet išliko pėdų skausmas. Gautas histologinio tyrimo atsakymas, rasta smulki granuloma, suformuota epitelioidinių histiocitų ir daugiabranduolių gigantinių Langhans'o tipo ląstelių. Pacientė toliau stebėta. Atvykus po mėnesio – būklė gerėjanti, plaučių funkcijų tyrime – lengvas dujų difuzijos sutrikimas. Gydomas gliukokortikoidais neindikotinas, rekomenduota tęsti simptominį gydymą.

Rezultatai. Manoma, kad sarkoidozė išsivysto genetinę predispoziciją turintiems asmenims, kai jie susiduria su įvairiais infekcinės (pvz., *M. tuberculosis*) ar neinfekcinės kilmės antigenais (pvz., dirbant žemės ūkio ar pramonės srityje, kūrenant krosnij). Tyrimai parodė, kad nutukimas didina sarkoidozės riziką, o rūkantys asmenys sarkoidoze suserga rečiau. Tai galėtų būti susiję su sarkoidozės patogenezė, kurioje svarbų vaidmenį atlieka CD4 ląstelės ir makrofagai, formuojantys granulomas. Nutukimas organizme sukelia lėtinę prouždegiminę būseną, dėl kurios aktyvinamos CD4 ląstelės. Šiuo atveju pacientė nėra nutukusi, bet turi viršsvorį, pilvo organų echoskopijoje rasta hepatosteatozė. Granulomos gali savaimė išnykti be pasekmių, tačiau išlieka recidyvo tikimybė, liga gali progresuoti. Todėl sarkoidoze sergančius pacientus būtina stebėti net įvykus remisijai. Aprašytai pacientei šiuo metu indikuotinas tik simptominis gydymas, tačiau sunkėjant plaučių funkcijos sutrikimui ar atsiradus kitų organų pažeidimui būtų sprendžiama dėl poreikio skirti gydymą gliukokortikoidais.

Išvados. Sarkoidozės, o ypač Lefgreno sindromo, prognozė dažniausiai būna gera. Retais atvejais liga progresuoja, galimos gyvybei grėsmingos komplikacijos, todėl reikalingas stebėjimas. Sarkoidozės etiologija išlieka neaiški, tačiau atsiranda vis daugiau duomenų apie įvairių rizikos veiksnių, pavyzdžiui, nutukimo įtaką ligos išsivystymui.

Raktažodžiai. Sarkoidozė; Lefgreno sindromas; CD4 ląstelės.