

В. А. Ситник, Н.С. Дрозд
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ЭКСТРАТОРАКАЛЬНОГО САРКОИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Г. Л. Бородина
Кафедра фтизиопульмонологии,

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

***Резюме.** Проведен ретроспективный анализ особенностей клинического течения и диагностики экстраторакального саркоидоза в сравнении с саркоидозом органов дыхания.*

***Ключевые слова:** саркоидоз органов дыхания и экстраторакальный.*

***Resume:** A retrospective analysis of the extrapulmonary sarcoidosis clinical course and diagnosis has been done in compared with pulmanory sarcoidosis.*

***Key words:** pulmanory and extrapulmonary sarcoidosis.*

Актуальность. Известно, что саркоидоз – системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эпителиоидно клеточных гранул без казеоза практически во всех органах и системах организма [1].

Представление о распространенности заболевания существенно изменилось: ранее оно считалось редким, а в настоящее время появилось много данных о быстро растущей заболеваемости саркоидозом во всем мире [2]. Имеются сведения об утяжелении течения саркоидоза, что проявляется в увеличении удельного веса генерализованных и гормонозависимых форм, повышении частоты рецидивов и обострений, развитии инвалидизирующих осложнений [3]. Полиморфизм клинической симптоматики определяет высокую вероятность диагностических ошибок.

Высокая заболеваемость саркоидозом (10–40 на 100 тыс. населения) регистрируется в странах с высоким уровнем развития здравоохранения (страны Северной, Центральной Европы и Америки) [4]. В Республике Беларусь заболеваемость составляет около 8 на 100 тыс. населения и ежегодно выявляются 700–750 пациентов. В последние годы во всем мире наблюдается увеличение частоты внелегочных локализаций саркоидоза, что связано, прежде всего, с совершенствованием диагностики и повышением уровня знаний врачей о системных проявлениях заболевания [5]. Однако гиподиагностика все еще наблюдается весьма часто, что затрудняет лечение заболевания. Таким образом, изучение особенностей течения экстраторакального саркоидоза и путей совершенствования его диагностики является актуальной и практически важной задачей.

Цель: нашего исследования явился анализ особенностей диагностики и клинического течения саркоидоза с наличием экстраторакальных проявлений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 карт стационарного пациента с саркоидозом органов дыхания, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». Были сформированы 2 группы: I группу составили 50 пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД), II гр. – 40 пациентов с СОД в сочетании с поражением других органов и систем. Проведено сравнение особенностей выявления различных экстраторакальных проявлений саркоидоза в пульмонологическом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (РБ) и в отделе гранулематозных заболеваний лёгких (г. Москва, ГУ ЦНИИТ РАМН), где проводилось специальное исследование по совершенствованию диагностики внелегочного саркоидоза [6].

Результаты и обсуждение. Различий между группами по рентгенологическим стадиям не было выявлено. В обеих группах преобладали пациенты со 2-й рентгенологической стадией заболевания (рисунок 1.).

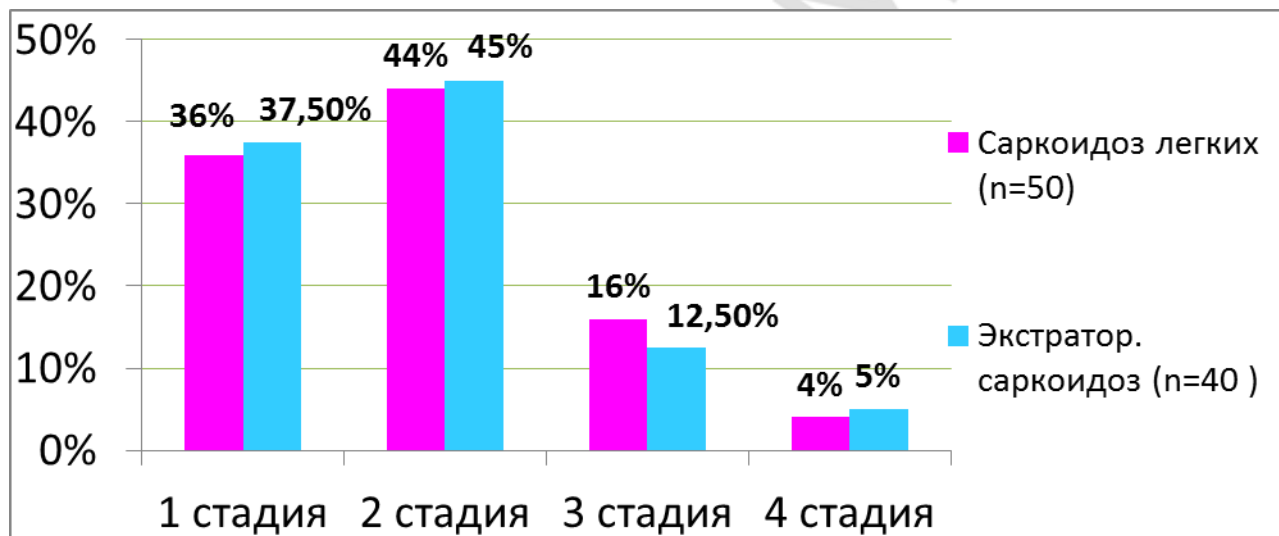


Рисунок 1 – Распределение пациентов в зависимости от рентгенологической стадии заболевания

Частота встречаемости саркоидоза кожи в РБ соответствовала данным ГУ ЦНИИТ РАМН (42,8% и 41,3%; $p > 0,05$); а других внелегочных локализаций (селезенка, печень, мышцы, сердце) – была статистически значимо ниже (Таблица 1).

Таблица 1 - Частота встречаемости внелегочных проявлений саркоидоза

Локализация	г. Минск ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»; %	г. Москва ГУ ЦНИИТ РАМН; %
Кожа и подкожная клетчатка	42,8	41,3
Периферические ЛУ	30,6	37
Селезенка	8,2	23,9
Печень	12,2	23,9
Нервная система	-	19,6
Глаза	4,1	19,6
Щитовидная железа	-	13
Почки	-	10,9
Сердце	-	8,7
Мышцы	2,1	2,2
Околоушные железы	-	2,2
Репродуктивная система	-	2,2

* У одного пациента могло быть несколько внелёгочных локализаций.

Синдром Лефгрена чаще встречался в I группе (18% и 5%; $p < 0,05$) и предопределял благоприятное течение заболевания (рисунок 2).

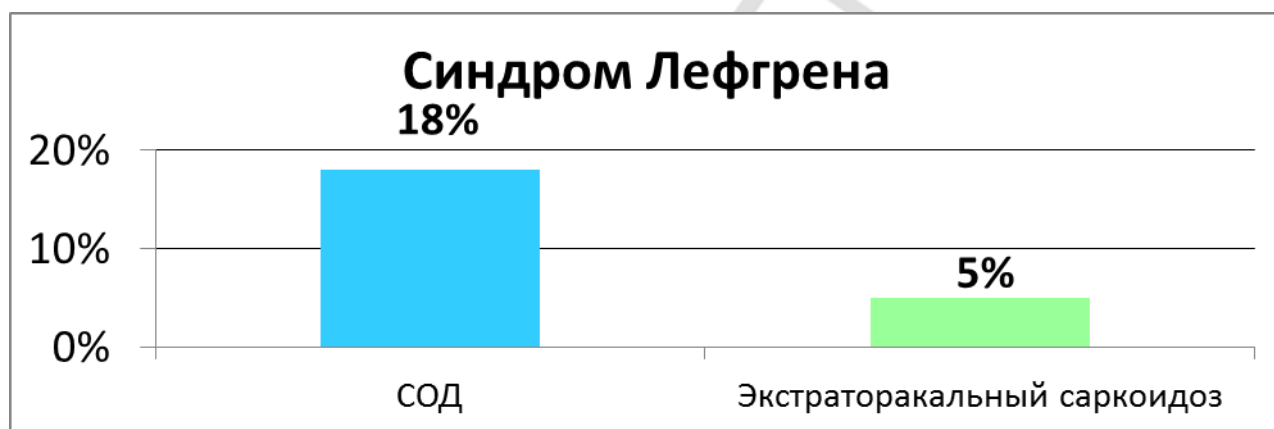


Рисунок 2 – Частота встречаемости синдрома Лефгрена

Начало заболевания при СОД чаще было бессимптомным (60% и 25%; $p < 0,001$), а при внелегочном поражении – постепенным (50% и 20%; $p < 0,01$; рисунок 3).

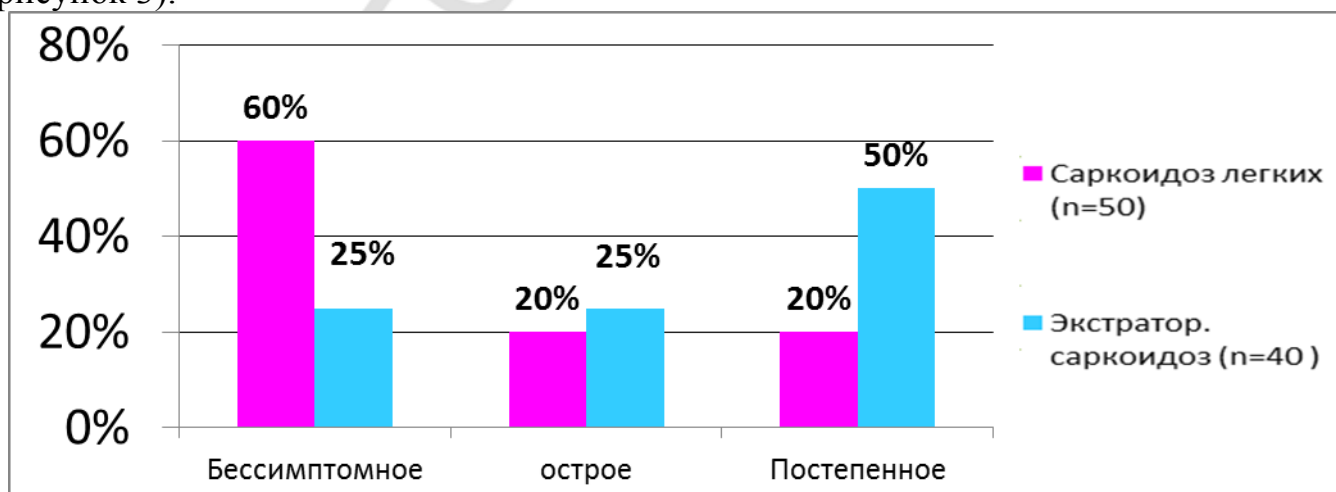


Рисунок 3 – Особенности начала заболевания при различных формах саркоидоза

В связи с бессимптомным течением саркоидоз органов дыхания чаще выявлялся при профилактических осмотрах (66% и 20%; $p < 0,001$); а экстраторакальные проявления (преимущественно поражение кожи, периферических л/узлов и глаз) – при обращении за медицинской помощью с жалобами (80% и 34%; $p < 0,01$; Рисунок4). В таких случаях экстраторакальные проявления саркоидоза способствовали диагностике процесса в легких.

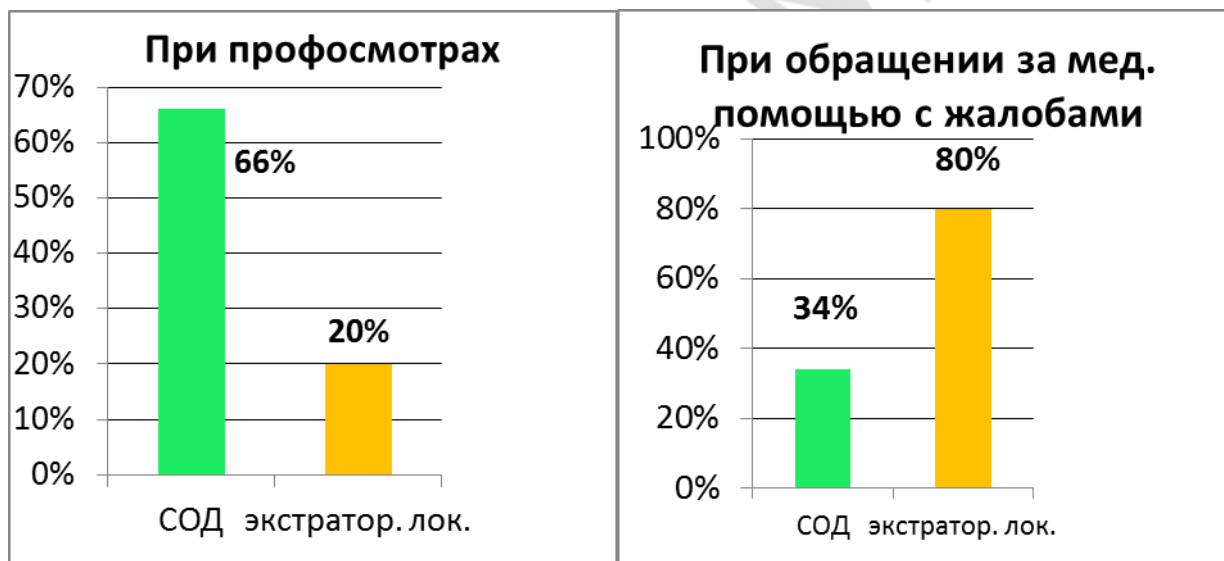


Рисунок 4 – Способы выявления саркоидоза

Отмечено преимущественно благоприятное течение СОД (76% и 45%; $p < 0,01$) и более частое рецидивирование при внелегочном поражении (47,5% и 22%; $p < 0,01$; Рисунок5).

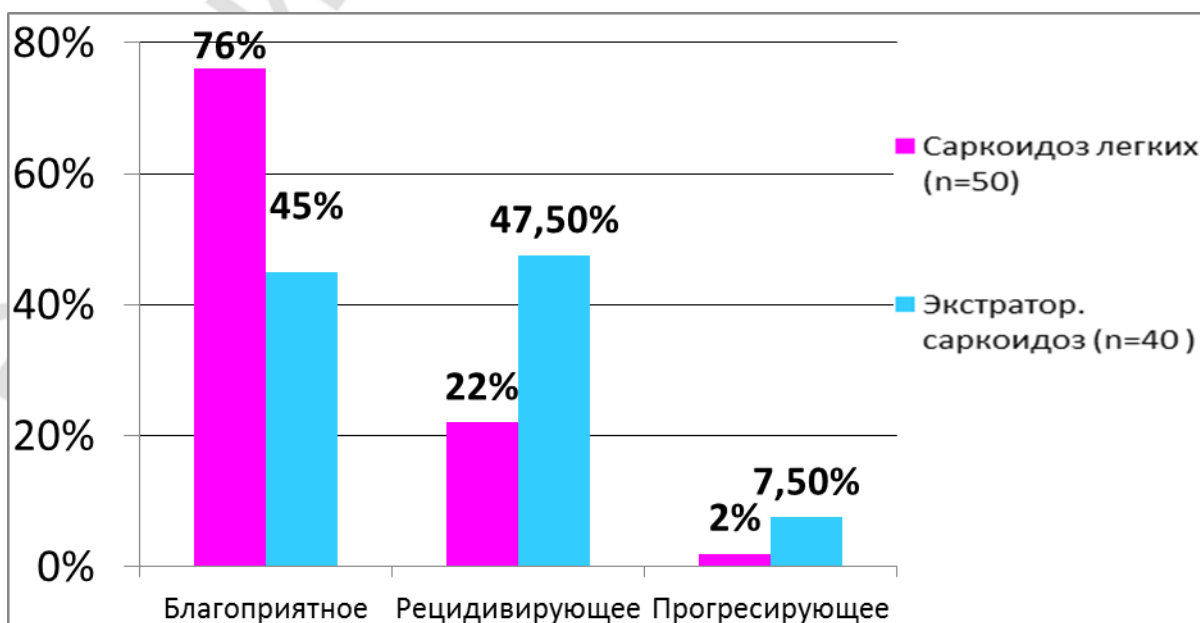


Рисунок 5 – Характер течения саркоидоза в зависимости от формы заболевания

Заключение. Самыми частыми формами экстракторакального саркоидоза являются поражение кожи и периферических л/узлов. Реже диагностируются поражения селезенки и печени, а поражения нервной системы, сердца, почек и репродуктивной системы - практически не диагностируются.

В результате проведенных исследований были выявлены клинические

особенности саркоидоза с наличием экстраторакальных проявлений: постепенное малосимптомное течение, менее благоприятный прогноз, склонность к рецидивам и первично хроническому течению.

Для совершенствования диагностики экстраторакального саркоидоза рекомендуется введение в комплекс обследования пациента с саркоидозом дополнительных диагностических мероприятий (УЗИ сердца и щитовидной железы, Холтер-мониторирование с анализом вариабельности сердечного ритма и консультации офтальмолога, невролога, кардиолога и т.д.).

V.A. Sitnic, N.S. Drozd

CLINICAL FEATURE OF EXTRAPULMONARY SARCOIDOSIS IN BELARUS

Tutor Associate professor H. L. Baradzina

Department of Phthisiopulmonology,

Educational Establishment "Belarusian State Medical University", Minsk

Литература

- 1.Кривонос, П.С. Саркоидоз органов дыхания : метод.рекомендации / П. С. Кривонос и др. – Мн. : БГМУ, 2005. – 23 с.
2. Epidemiology of interstitial lung disease in Greece [Text] / A. Karakatsani, D. Papakosta, A. Rapti et. al. // Respir. Med. — 2009. — Vol. 103 (8). — P. 1122–1129.
3. Шмелев,Е. И. Проблемы туберкулеза./ Е. И. Шмелев – 2006. -№10.-С. 36-39.
- 4.Мартынов, А.И.- Внутренние болезни. В 2 т. Т.1 Внутренние болезни. 552с. / А.И. Мартынов, Н.А. Мухин – М.: ГОЭТАР МЕД, - 2004, - 522с.
5. Визель, А.А. Саркоидоз: от гипотезы к практике/ А.А. Визель. —Казань: Издательство «ФЭН», Академия наук РТ, 2004. —348 с.
6. Владимирова, Е.Б. Клинико диагностические аспекты внелегочных проявлений туберкулёза/ Автореф. дисс. ... к. м. н. Е.Б. Владимирова – М., 2009. – 23с