

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бородин Г.Л.¹, Сытый В.П.^{1, 2}, Сытый Ю.В.³

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М.Танка»²

УЗ «5-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь³

Саркоидоз в настоящее время рассматривается как системное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранул, мультисистемным поражением и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов, включая ФНО – α с исходом в рассасывание или фиброз. Так как саркоидоз – системное заболевание, необходим мультидисциплинарный подход к его диагностике. В большинстве случаев заболевание затрагивает органы дыхания, однако может поражать практически любой орган. Именно экстраторакальные проявления саркоидоза, по мнению Vardhanabhuti V. [et al.], 2012, определяют многообразие клинической картины и создают значительные трудности в его диагностике.

По заключению экспертов ACCESS клинические признаки саркоидоза имеют взаимосвязь с полом, расой и возрастом. Grunewald J., 2010 представил данные о том, что не только клинические особенности, но даже течение и исходы саркоидоза генетически predeterminedены. Описано, что «lupus pernio», увеит — типичны для афроамериканцев, узловатая эритема — для европейцев, а поражения сердца и глаз при саркоидозе

наиболее часто выявляют в Японии, где вовлечение в процесс миокарда является основной причиной смерти пациентов с саркоидозом.

От саркоидоза умирает 1,0-6,0% пациентов, обычно вследствие прогрессирующей дыхательной недостаточности и формирования легочного сердца. Но непосредственной причиной смерти саркоидоз может быть также при поражении других жизненно важных органов: головного мозга, проводящей системы сердца и т.д.

Изолированные экстраторакальные изменения по результатам исследования Владимировой Е. В., 2009 выявляются только у 3-5% пациентов, обычно они сочетаются с поражением легких. Но иногда экстраторакальные проявления могут быть ведущими и существенно влиять на выбор терапевтической тактики. Это относится к саркоидозу ЦНС, сердца, глаз, которые по данным Chapelon-Abrie С., 2012 встречаются с частотой до 10-15% и требуют срочной интенсивной терапии. Частота поражения сердца при саркоидозе колеблется, по данным различных авторов, от 8 до 60%. В патологический процесс могут вовлекаться все оболочки сердца, но наиболее часто – миокард. Иногда с помощью Эхо КГ обнаруживается выпот в полости перикарда. Youssef G. [et al.], 2011 описывают сложность верификации изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. В отличие от тяжелых поражений миокарда, приводящих, как правило, к инвалидности и являющихся причиной внезапной смерти пациентов, легкие поражения сердца в виде нарушений ритма без кардиалгий и сердечной недостаточности обычно остаются при жизни недиагностированными.

Цель исследования – выявить возрастные и гендерные особенности саркоидоза органов дыхания в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования. В исследование включены 278 пациентов с саркоидозом, которые находились на лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» в 2015 году. По гендерному и возрастному признакам пациенты распределялись следующим образом: мужчин было 155 (55,8%), женщин – 123 (44,2%); средний возраст пациентов – 32,5 года, в том числе до 40 лет – 179, 40-59 лет – 77, 60 лет и старше – 22 пациента. Большинство пациентов страдали лёгочно- медиастинальной (72%) формой саркоидоза. Впервые выявленный саркоидоз был диагностирован у 93%, рецидивирующий – у 7% пациентов. Методы обследования: анамнез, физикальные, лабораторные (общий анализ крови, биохимическое исследование крови), различные методы визуализации (рентгенография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)) и функциональные методы исследования (ЭКГ,

суточное мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование, спирография), бронхоскопия торакоскопия.

Результаты. По гендерному и возрастному признакам пациенты распределялись следующим образом: мужчин было 155 (55,8%), женщин – 123 (44,2%); средний возраст пациентов – 32,5 года, в том числе до 40 лет – 179, 40-59 лет – 77, 60 лет и старше – 22 пациента. Среди пациентов пожилого и старческого возраста саркоидоз диагностирован у 22 (15 женщин и 7 мужчин). Большинство пациентов страдали лёгочно-медиастинальной (83%) формой саркоидоза, 7% - генерализованной, 6% - медиастинальной, 4% - легочной. У 6% выявлено поражение внутригрудных лимфатических узлов. Достоверных критериев поражения других органов у обследованных пациентов не отмечено. Отдельные симптомы, которые могут указывать на вовлечение в патологический процесс других органов, зарегистрированы у пациентов генерализованной и легочно-медиастинальной формами саркоидоза. Впервые выявленный саркоидоз был диагностирован у 93%, рецидивирующий – у 7% пациентов. У всех пациентов при рентгенологическом обследовании выявлены изменения, характерные для саркоидоза вышеуказанных форм. В периферической крови отмечена тенденция к лейкопении и лимфопении; при биохимическом исследовании – повышение уровня γ -глобулинов.

Таким образом, саркоидоз является трудно диагностируемым заболеванием, для подтверждения которого требуется дополнительные обследования, включающее КТ, МРТ ПЭТ УЗИ спирография и биопсия пораженных органов.

Заключение. Поражение саркоидозом является не редким в Республике Беларусь, однако в связи со сложностью верификации отмечается гиподиагностика этого заболевания. У большинства пациентов с саркоидозом органов дыхания поражение других органов не распознается, так как обычно принимается за проявление каких-либо сопутствующих заболеваний. Поэтому для успешной диагностики поражения других органов необходимо тщательное клиническое обследование и многолетнее наблюдение за пациентами с саркоидозом.

-улучшение мозгового кровообращения,
-стимулирование функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем,
-повышение физической работоспособности.

1 раздел процедуры ЛФК длится около 4-5 минут и должен включать ходьбу обычным шагом, с ускорением, чередуя с дыхательными упражнениями и упражнениями для мышц рук и плечевого пояса.

Во 2 разделе выполняются упражнения для мышц рук и плечевого пояса элементами статического усилия: наклоны туловища вперед-назад, в стороны. Упражнения для крупных мышц нижних конечностей при чередовании с упражнениями на расслабление мышц плечевого пояса и дыхательными упражнениями. Продолжительность 10 минут.

В 3 разделе рекомендованы упражнения в положении лежа для мышц живота и нижних конечностей в сочетании с поворотами головы и шеи и при чередовании с дыхательными упражнениями; комбинированные упражнения для рук, ног, туловища. Темп выполнения - медленный, продолжительность раздела-10-12 минут.

В 4 разделе в положении стоя выполняются упражнения с наклонами туловища, упражнения для рук и плечевого пояса, упражнения для ног в сочетании с дыхательными, упражнения на равновесие, ходьба. В положении сидя выполняются упражнения с движениями глазных яблок, для рук и плечевого пояса. Длительность раздела 15-12 минут.

При составлении комплекса ЛФК следует учитывать возраст, общее состояние больного, наличие сопутствующей патологии, степень физической подготовки и отсутствие противопоказаний.

Таким образом, периодическое курсовое применение описанных методов реабилитации позволяет не только уменьшить количество применяемых лекарственных препаратов при данной патологии, но и значительно уменьшить степень выраженности симптомов болезни и улучшить качество жизни.