

26-27 ФЕВРАЛЯ 2016 Г., КУРСК



ЮБИЛЕЙНАЯ
МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
МОЛОДЫХ
УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ

**СБОРНИК
СТАТЕЙ**

The Kursk State
Medical University

Курский государственный
медицинский университет

The Voronezh State Medical
University of
N.N. Burdenko

Воронежский государственный
медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

The Kazan State
Medical Academy

Казанская государственная
медицинская академия

All-Russia Public Organisation
«Russian Society of
Young Scientists»

Общероссийская общественная
организация «Российский союз
молодых ученых»



**THE ANNIVERSARY
INTERNATIONAL
SCIENTIFIC
CONFERENCE
OF THE YOUNG
SCIENTISTS IN MEDICINE**



**ABSTRACT
BOOK**

26-27 FEBRUARY 2016, KURSK

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ВНЕЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ситник В.А., Дрозд Н.С., Коломиец Д.И., Бородина Г.Л.

Кафедры фтизиопульмонологии

Белорусский государственный медицинский университет

Курский государственный медицинский университет

Научные руководители: зав. кафедрой, к.м.н., доцент Г.Л. Бородина,

д.м.н., профессор В.М.Коломиец

Известно, что саркоидоз – системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эпителиоидноклеточных гранул без казеоза практически во всех органах и системах организма. Характер морфологических изменений вызывает значительные трудности при выявлении и дифференциальной диагностике заболевания, прежде всего с туберкулезом.

В настоящее время заболеваемость саркоидозом во всех странах имеет тенденцию к быстрому росту. Высокая заболеваемость (10–40 на 100 тыс. населения) регистрируется в странах с высоким уровнем развития здравоохранения (страны Северной, Центральной Европы и Америки). В Республике Беларусь заболеваемость составляет около 8 на 100 тыс. населения, и ежегодно выявляются 700–750 пациентов, в России заболеваемость составляет от 2 до 5 на 100.000 населения.

Если течение саркоидоза органов дыхания в последние годы изучено достаточно полно, то клинические проявления саркоидоза внелегочной локализации (СВнЛ), частота которых нарастает, изучены явно недостаточно. Полиморфизм клинической симптоматики СВнЛ определяет высокую вероятность диагностических ошибок. Частота внелегочных поражений варьирует в широких пределах и окончательно не определена, так как многое зависит от методов и места наблюдения за пациентами. Известно, например, что саркоидоз кожи почти в 3 раза чаще встречается при включении в план обследования консультации дерматолога. Иногда внелегочные проявления протекают бессимптомно и не выявляются в течение многих лет. В то же время запоздалая диагностика может иметь крайне негативные последствия. Так, развитие гранулематозного процесса в сердце чаще всего проявляется различными видами нарушений ритма и проводимости, что может приводить к застойной сердечной недостаточности или внезапной смерти.

Цель исследования. Анализ особенностей диагностики и клинического течения саркоидоза внелегочной локализации (с экстраторакальными проявлениями) для совершенствования алгоритма его диагностики.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделениях клинических баз кафедр фтизиопульмонологии Белорусского и Курского государственных медицинских университетов в соответствии с договором о межвузовском сотрудничестве вузов Союзного государства (Республика Беларусь и Российская Федерация). Особенности развития и клинического течения СВнЛ изучены при наблюдении 90 пациентов, которые находились на

обследовании и лечении по поводу саркоидоза в пульмонологическом отделении «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии».

Критерии включения:

- саркоидоз органов дыхания I-IV стадии, в том числе с наличием внелегочных проявлений;
- возраст от 18 до 65 лет.

Критерии исключения:

- изолированный внелегочный саркоидоз (нет показаний для лечения в пульмонологическом отделении);
- тяжелые сопутствующие заболевания;
- саркоидоз без морфологической верификации.

Для выполнения задач исследования были сформированы 2 группы, в первую были включены 50 пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД), вторую группу составили 40 пациентов с СОД в сочетании с СВнЛ.

Группы были сопоставимы по возрастно-половому составу, средний возраст (лет) был $38,6 \pm 4,7$ и $37,4 \pm 6,1$, при этом соотношение лиц женского и мужского пола составило 27/23 и 21/19, индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$) - $26,9 \pm 4,2$ и $24,8 \pm 5,7$ соответственно. Высшее образование имели 41 и 35 пациентов, наличие профессиональных вредностей в анамнезе выявлено у 7 и 6 пациентов, а вредные привычки (табакокурение) имели 4 и 3 пациента из наблюдаемых в группах. Особенности клинического течения (признаки) представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические признаки обследованных групп

Клинические признаки	Группы наблюдения	
	СОД	СОД+СВнЛ.
Саркоидоз, медиастинальная форма (стадия I)	18	15
Саркоидоз, легочно-медиастинальная форма (стадия II)	22	18
Саркоидоз, легочная форма (стадия III)	8	5
Саркоидоз органов дыхания IV стадии	2	2
Бессимптомный саркоидоз	26	16
Неспецифические симптомы (слабость, артритический и интоксикационный синдромы)	19	7
Симптомы, связанные с вовлечением органов дыхания	9	5
Симптомы, связанные с вовлечением других органов	-	32
Нормальная функция внешнего дыхания	29	35
Обструктивные нарушения функции внешнего дыхания	8	2
Рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания	13	3

Статистическая обработка материалов исследований выполнялась на персональном компьютере с помощью пакета Statistica 6.0 for Windows, Biostat 4.03 for Windows (Халафян А.А., 2010). При создании базы данных использовался редактор электронных таблиц Excel 7.0.

Результаты и обсуждения. При анализе анамнестических данных было выявлено, что обследованные в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» пациенты с саркоидозом обеих групп имели высокий уровень образования, а их трудовая деятельность чаще всего была связана администрированием, программированием, сферой обслуживания и часто требовала большого психоэмоционального напряжения. Только 1 из 40 пациентов II группы временно не работал. 3 из 50 пациентов I группы и 1 из 40 пациентов II группы находились в отпуске по уходу за ребенком. Различий между группами по частоте влияния производственных факторов и характеру работы не отмечено (7 из 50 в I группе и 5 из 40 во II группе).

Подтверждены литературные данные о более частом развитии саркоидоза у некурящих, так как лишь у 7 пациентов из обеих групп выявлена такая распространенная вредная привычка, как табакокурение.

В ходе исследования различий между группами по данным лучевых методов исследования с определением стадий процесса не было выявлено. В обеих группах преобладали пациенты со 2-й рентгенологической стадией заболевания (44% в I группе и 45% - во II группе).

Среди всех диагностированных внелегочных проявлений доминировало поражение кожи и периферических лимфатических узлов (чаще всего над – и подключичных, шейных, подмышечных). Другие внелегочные проявления саркоидоза (поражение селезенки, печени, мышц, сердца) выявлялись статистически значимо реже. Здесь возможно отметить, что ретроспективно изучен случай поражения сердца у пациента 48 лет (в одной из клиник региона РФ), страдавшего саркоидозом в течение 12 лет при крайне нерегулярном приеме кортикостероидной терапии и закончившийся фатально. Поражения саркоидозом щитовидной железы, репродуктивной системы, почек не были выявлены ни в одном случае.

Клинические проявления саркоидоза у обследованных пациентов были очень разнообразны, зависели от особенностей локализации процесса и варьировали от генерализованной формы заболевания с множеством внелегочных проявлений до бессимптомного течения. Синдром Лефгрена чаще встречался в I группе (18% и 5%; $p < 0,05$).

Начало заболевания при СОД чаще ($p < 0,001$) было бессимптомным, что еще раз подчеркивает ведущую роль профилактических осмотров в ранней диагностике саркоидоза, так как в таких случаях пациент может быть своевременно выявлен только при регулярном прохождении рентгенологических обследований. У пациентов с внелегочными поражениями заболевание чаще развивалось малосимптомно и постепенно ($p < 0,01$).

Несмотря на обширность рентгенологических изменений, функция внешнего дыхания у большинства пациентов обеих групп была в пределах нормы.

Выявлены различия в путях выявления саркоидоза в зависимости от наличия внелегочных проявлений заболевания. СОД в связи с преимущественно бессимптомным течением чаще выявлялся при профилактических осмотрах (36 из 50 ($72,0 \pm 4,1\%$) по сравнению с 13 из 40 ($32,3 \pm 6,1\%$; $p < 0,01$); а СОД+СВнЛ (преимущественно поражение кожи, периферических л/узлов и глаз) – по обращению к терапевтам или узким специалистам 27 из 40 ($67,7 \pm 6,3\%$) (рисунок 1).

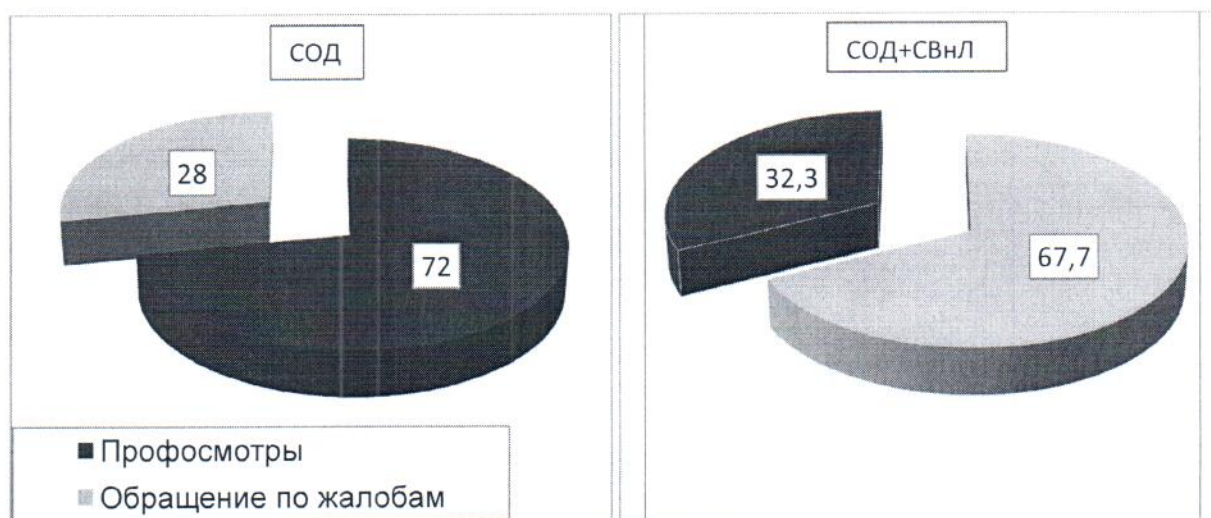
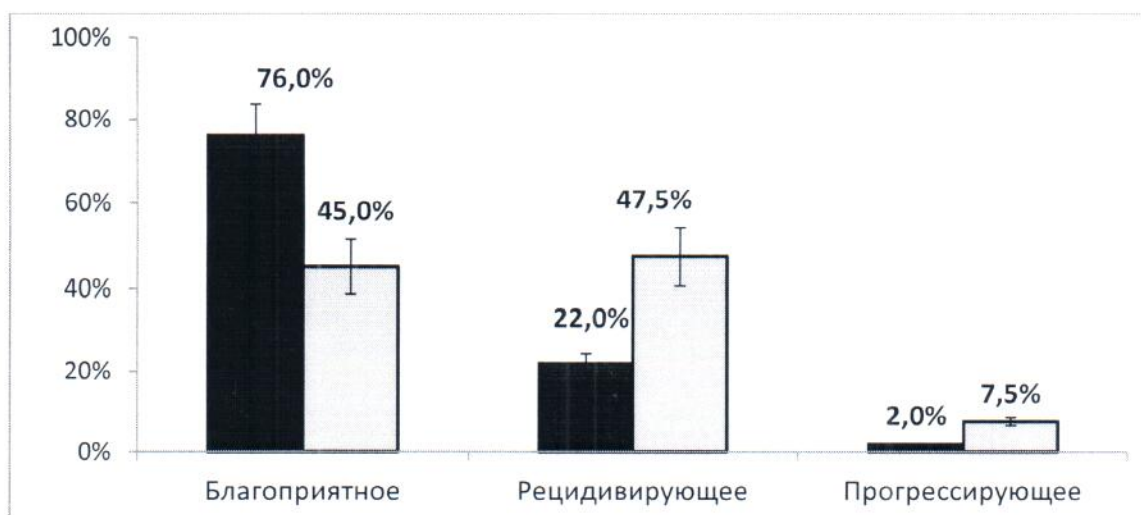


Рисунок 1. Способы выявления саркоидоза в Республике Беларусь

В результате проведенных исследований были выявлены клинические особенности течения и исходов СОД+СВнЛ. При СОД течение заболевания чаще было благоприятным (у 38 пациентов из 50 и у 18 пациентов из 40 с внелегочными проявлениями соответственно ($p < 0,01$)). Рецидивирование чаще наблюдалось при внелегочном поражении (у 19 из 40 по сравнению с 12 пациентами из 50 в I группе ($p = 0,01$)). Прогрессирующее течение наблюдалось редко в обеих группах, статистических различий не выявлено ($p > 0,05$; рисунок 2).



Примечание: СОД - ■ СОД+СВнЛ - ▨

Рисунок 2. Характер течения саркоидоза в зависимости от наличия внелегочных проявлений.

Выводы. В настоящее время выявляемость внелегочных проявлений саркоидоза постепенно повышается, однако удельный вес таких случаев остается невысоким и среди них доминируют пациенты с поражениями кожи и периферических лимфатических узлов, являющиеся наиболее легкодоступными для диагностики.

По уровню образования, социальному статусу, стилю жизни не выявлено различий между пациентами с саркоидозом органов дыхания и саркоидозом с наличием внелегочных проявлений. Все пациенты представляют собой высокообразованную, социально активную группу населения молодого и среднего возраста, ведущую здоровый образ жизни.

Саркоидоз с наличием внелегочных поражений имеет свои клинические особенности: постепенное малосимптомное начало, менее благоприятный прогноз, склонность к рецидивам и редкое развитие синдрома Лефгрена, что необходимо учитывать при диагностике и назначении лечения.

Выявлены различия в путях выявления саркоидоза в зависимости от наличия внелегочных проявлений заболевания. Если больные СОД выявляются преимущественно при проверочных рентгенологических осмотрах, то пациенты с СВнЛ в основном по обращаемости за медицинской помощью.

Таким образом, изучение особенностей течения саркоидоза внелегочной локализации продолжает оставаться актуальной и практически важной задачей. Результаты исследования подтверждают необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с саркоидозом. Для совершенствования диагностики внелегочных проявлений рекомендуется введение в комплекс обследования дополнительных диагностических мероприятий (УЗИ сердца и щитовидной железы, Холтер-мониторирование с анализом вариабельности сердечного ритма и консультации офтальмолога, невролога, кардиолога и т.д.).

Список литературы:

1. Визель, А.А. Саркоидоз: от гипотезы к практике/ А.А. Визель. — Казань: Издательство «ФЭН», — Академия наук РТ, — 2004. — 348 с.
2. Владимирова, Е.Б. Клинико диагностические аспекты внелегочных проявлений туберкулёза/ Автореф. дисс. ... к. м. н., — М., — 2009. — 23с.
3. Корнев, Б. М. Саркоидоз как системное заболевание: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.43 / Б. М. Корнев. — М., — 1999. — 43 с.
4. Калиничев, Г. Л. Саркоидоз нервной системы / Г. Л. Калиничев, В. Л. Добин // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 10. — С. 73–75
5. Кистенев, Б. А. Диагностика саркоидоза головного мозга / Б. А. Кистенев, М. Ю. Максимова, В. А. Моргунов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 4. — С. 15–19.
6. Саркоидоз органов дыхания / Под редакцией В.К. Гаврисюка — Киев, — 2015. — 192с.
7. Chapelon-Abric, C. Cardiac sarcoidosis / C. Chapelon-Abric // Presse Med. - 2012. — Vol. 41, № 6, pt. 2. — P. 317–330.
8. Extra-pulmonary manifestations of sarcoidosis / V. Vardhanabhuti [et al.] // Clinical Radiology. — 2012. — Vol. 67, № 3. — P. 263–276.
9. Epidemiology of interstitial lung disease in Greece / A. Karakatsani, D. Papakosta, A. Rapti et. al. // Respir. Med. — 2009. — Vol. 103 (8). — P. 1122–1129.