

Комментарии**Диагностика, лечение и наблюдение за пациентами страдающими саркоидозом - практический опыт****Н.А. Распопина****1й Московский Государственный Медицинский университет,
кафедра пульмонологии, Москва**

Работа авторов представленной статьи своевременна и актуальна. Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о росте заболеваемости и распространенности саркоидоза во всем мире. Приводятся данные о том, что число больных саркоидозом ежегодно увеличивается на 1,9%. В настоящее время средний показатель распространенности саркоидоза в мире составляет 20 на 100 тыс. населения (от 10 до 40 в разных странах), а заболеваемость саркоидозом варьирует от 1-2 до 17 на 100 тыс. человек. В России эти показатели составляют, по разным данным, соответственно 12-47 и 2-7 на 100 000 населения (Чучалин А.Г., 2010г.). В Москве согласно исследованиям, проведенным в 2001 г, заболеваемость в целом по Москве составила 3,8 на 100 тыс. населения. За период с 1995 по 2001гг. она увеличилась на 46,2%, при этом более значительна среди мужчин (с 1,0 до 2,4 на 100 тыс. населения, темп роста 140,0%), чем среди женщин (с 4,5 до 5,0 на 100 тыс. населения, темп роста 11,0%); отмечено также смещение показателя заболеваемости саркоидозом в более старший возраст. Увеличился в 2 раза и показатель распространенности саркоидоза среди жителей Москвы за период с 1995 по 2001гг. он составил 11,5 на 100 тыс. населения. Причин роста распространенности и заболеваемости, как справедливо заметили авторы, много и одной из очевидных являются неблагоприятные условия окружающей среды. Так при оценке заболеваемости саркоидозом по административным округам Москвы было замечено, что она больше в тех округах, где выше показатели запыленности и загазованности (показатель заболеваемости выше 4,0 на 100 тыс. населения в СВАО, ЮЗАО, ЮВАО, СЗАО при суммарном показателе запыленности и загазованности больше 10 баллов). (Гармаш Ю.Ю., 2003)

Авторы статьи четко отметили, что современная ситуация по саркоидозу в России характеризуется тем, что диагностика, лечение и наблюдение за пациентами страдающими саркоидозом возложено на врачей первичного звена: врачи общей практики, участковые врачи и врачи других специальностей. Административным порядком пациенты для наблюдения переданы в руки врачам первичного

звена, и они потерялись в общем потоке больных. Стройная система VIII группы диспансерного учета больных саркоидозом в противотуберкулезных учреждениях была упразднена приказом Минздрава РФ № 109 от 21.03.2003г и приказом Минздрава РФ № 312 от 14.07.2003г., а место дальнейшего наблюдения больных саркоидозом определено не было.

Существует два основных пути выявления больных саркоидозом. При профилактических осмотрах (флюорография), выявляется от 1/3 до 1/2 случаев преимущественно с бессимптомным или постепенным началом болезни. В остальных случаях саркоидоз выявляют при обращении к врачам, как в связи с клиническими проявлениями саркоидоза, так и по поводу других заболеваний. При этом недостаточная осведомленность участковых врачей, к которым в первую очередь обращаются эти пациенты, о саркоидозе, отсутствие широкого диалога и публикаций в периодической печати об этой нозологии, осложняет участь больных, удлинняет путь к правильной постановке диагноза и затягивает начало проведения лечебных мероприятий.

Несмотря на более чем столетнюю историю изучения - J. Hutchinson, 1875 г. (узловатая эритема), С. Воек, 1899 (болезнь Бека) - саркоидоз по-прежнему остается сложной проблемой из-за многообразия клинических проявлений заболевания, затрудняющих его своевременную диагностику и лечение.

Саркоидоз легких хронического течения является системным заболеванием, характеризующимся наряду с легочными также широким спектром внелегочных проявлений - поражением кожи, печени, почек, сердца, которые могут модифицировать клиническую картину заболевания и значительно затруднять его диагностику.

Для большинства случаев характерно несоответствие удовлетворительного общего состояния и обширности поражения легочной ткани и ВГЛУ. Начало заболевания может быть бессимптомным, постепенным или острым. При отсутствии клинических проявлений, что наблюдается у 10% больных, заболевание обычно выявляется при рентгенологическом обследовании грудной клетки. Наиболее часто (у 2/3 больных) имеет место постепенное на-

чало заболевания со скудной клинической симптоматикой: болью в груди, между лопаток, сухим кашлем, одышкой при физическом напряжении, общим недомоганием. Аускультативные изменения в легких часто отсутствуют, иногда могут выслушиваться жесткое дыхание и сухие хрипы. Острое начало заболевания (синдром Лефгрена), наблюдаемое примерно у 1/4 больных, характеризуется лихорадкой, появлением узловой эритемы, полиартрита. При осмотре выявляют узловатую эритему - пурпурно-красные, плотные (индуративные) узлы, которые чаще всего возникают на голенях.

Часто при саркоидозе поражаются слюнные железы, что проявляется их припухлостью, уплотнением и сухостью во рту. Сочетание саркоидоза ВГЛУ, слюнных желез, глаз (иридоциклита) и лицевого нерва носит название синдрома Хеерфорда. Острое начало саркоидоза является прогностически благоприятным признаком, выраженная симптоматика позволяет своевременно установить диагноз и начать лечение, приводящее к быстрому и полному рассасыванию изменений в пораженных органах.

Из всех перечисленных органов поражения при саркоидозе чаще всего встречается поражения внутригрудных лимфоузлов (78-80% случаев). Саркоидоз органов дыхания сочетается с экстрапульмональными поражениями почти у 20% больных.

Наиболее частыми внелегочными локализациями процесса являются периферические лимфатические узлы (до 40%), кожа и подкожная клетчатка (около 20%), почки, печень, селезенка, сердце (2-18% клинически и до 78% по данным аутопсии), нервная система (5-10%). Реже поражаются щитовидная железа, глотка, кости, молочные железы. Интактными при саркоидозе остаются только надпочечники. Внелегочные локализации саркоидоза обычно имеют множественный характер, и их наличие, как правило, предопределяет рецидивирующее течение заболевания.

На сегодняшний день разработаны алгоритмы диагностики саркоидоза на разных этапах оказания медицинской помощи и они представлены в статье, однако, в жизни они выполняются не часто: большинство врачей первичного звена или стараются направить таких пациентов к узким специалистам

(чаще пульмонологам) или удовлетворяются данными рентгенологического и рутинных лабораторных исследований, не проводят морфологическую верификацию диагноза, которая является обязательной согласно международным рекомендациям по саркоидозу.

Сочетание клинических проявлений и характерного рентгенологического симптомокомплекса позволяет диагностировать саркоидоз органов дыхания в 30-40% случаев. Тем не менее, отсутствие гистологического подтверждения часто является источником диагностических ошибок, которые имеют место у 40-50% больных.

Надеемся, что в следующих публикациях посвященных саркоидозу будут представлены исследования, посвященные прогностическим критериям развития болезни и более подробно освещены вопросы лечения, представлены схемы назначения СГКС при различных формах заболевания, длительность и порядок отмены этих препаратов при достижении ремиссии заболевания. Остается открытым и важный вопрос: не способствуют ли терапия кортикостероидами развитию рецидивов саркоидоза? Т.к. имеются клинические наблюдения за пациентами, которые свидетельствуют о возможном влиянии стероидов на рецидивирование саркоидоза, в то время как при спонтанной ремиссии рецидивов практически не наблюдается. На это еще в 1997г обратил внимание J.E. Gottlieb, согласно его данным частота рецидивов саркоидоза на фоне терапии кортикостероидами достигает 74%.

С этого времени однозначно удалось убедиться только в том, что короткие и незавершенные курсы кортикостероидотерапии неблагоприятно влияют на дальнейшее течение саркоидоза и способствуют рецидивам (Дауров Б.И. 2004, Бородина Г.Л.2006). Таким образом, несмотря на то, что кортикостероиды являются основой терапии саркоидоза на протяжении нескольких десятилетий, вопросы тактики лечения, показания к назначению, режимы и способы применения кортикостероидов нуждаются в дальнейшей корректировке и детализации. Необходимо обсуждение роли альтернативных средств, в том числе и ингаляционных ГКС в лечении различных форм саркоидоза.