

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ САРКОЇДОЗУ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», номер держреєстрації 0110U008151.

Вступ. Саркоїдоз – полісистемний гранулематоз невідомої етіології, що проявляється лімфаденопатією середостіння, ураженням легень, шкіри, кісток та інших органів та систем [3, 7].

На сьогодні актуальність досліджень у даному напрямку обумовлюється достатньо високим рівнем розповсюдженості саркоїдозу, як у світі (від 0,2 до 64 випадків на 100 000 населення) [3], так і в Україні (від 10 до 40 на 100 000 дорослого населення) [4, 7]. Захворюваність на саркоїдоз в Україні знаходиться в межах від 1-2 до 17 на 100 000 тис. дорослого населення [4, 7].

Різноманітна клінічна симптоматика при саркоїдозі, а також відсутність специфічних діагностичних тестів, значно ускладнює встановлення діагнозу [6].

Невід'ємною складовою лікувально-діагностичного процесу при саркоїдозі є визначення ступеня активності захворювання, а також комплексний прогноз перебігу патології з урахуванням факторів, що обтяжують її перебіг.

Мета роботи. Дослідити особливості клінічних даних у хворих на саркоїдоз та виокремити симптоми і фактори, що здатні моделювати перебіг захворювання.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження виконано на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського. У дослідженні прийняли участь 42 хворих на саркоїдоз легень (табл. 1).

Пацієнтам виконано комплексне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження, включаючи спіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітки на CT/e Dual GE Medical Systems (США) або Siemens Somatom Emotion (Німеччина) за стандартною методикою [5, 12]. Окремим пацієнтам виконано гістологічну верифікацію діагнозу. Стадія саркоїдозу встановлювалась за даними рентгенологічного дослідження органів грудної клітки: 0 – зміни на рентгенограмах відсутні; 1 – двостороння прикоренева лімфаденопатія (ДПЛ); 2 – ДПЛ, зміни в легеневій паренхімі; 3 – зміни в легеневій паренхімі без ДПЛ; 4 – фіброзні зміни в легеневій тканині,

Таблиця 1

Основні статеві-вікові параметри обстежених осіб

Параметри	Хворі на саркоїдоз (n = 42)
Вік (роки)	49,57 (44,00; 57,50)
Чоловіки/Жінки	18/24
Саркоїдоз стадія	
0	0
1	6
2	35
3	1
4	0

включаючи формування «стільникової» легені [3, 9, 10, 11]. Ступінь активності захворювання визначали за сукупністю характерних клініко-інструментальних даних [2, 9, 10, 11]. У дослідження включені клінічні дані пацієнтів хворих на саркоїдоз, отримані під час первинного обстеження.

Порівняння отриманих показників проводилось у пакеті прикладних програм Statistica [1, 8]. Відмінності вважались статистично достовірними при $p \leq 0,05$.

Результати досліджень та обговорення. В сукупний аналіз клінічної симптоматики пацієнтів, хворих на саркоїдоз, при первинному обстеженні включені дані скарги, об'єктивного обстеження, анамнезу та показників загального аналізу крові (табл. 2).

Найбільш частою скаргою серед усіх пацієнтів була задишка – 81%. У жінок скарги на задишку зустрічались значно частіше (92%), що обумовлено, на нашу думку, переважуванням серед осіб жіночої статі саркоїдозу II ст. (табл. 1). Більше, ніж 50% пацієнтів з саркоїдозом – скаржились на кашель. У хворих на саркоїдоз задишка частіше за все є наслідком прогресування рестриктивних змін та зниження дифузійної здатності легень, тоді як кашель, особливо на пізніх стадіях, є наслідком розповсюджених інтерстиціальних змін у легенях, і в меншій мірі плеври [6]. Кореляційний аналіз за Пірсоном виявив слабкий позитивний ($r = 0,32$, $p < 0,05$) зв'язок між рівнем задишки та статтю пацієнтів. Тоді як кашель слабо, проте статистично достовірно ($p < 0,05$) корелював зі стадією саркоїдозу ($r = -0,41$) та ураженням суглобів ($r = 0,39$). Окремо вирізняється досить значимий рівень кореляції ($r = 0,50$, $p < 0,05$) між статтю та стадією саркоїдозу. У підсумку можна сказати, що

Клінічні прояви саркоїдозу легень

Показники		Жінки	Чоловіки	Всі хворі
Симптоми (%)	Задишка	92	67	81
	Кашель	46	67	55
	Артрит/артралгії	25	33	29
	Зміни шкірного покриву	46	50	48
	Збільшення периферійних лімфатичних вузлів	4	6	5
	Підвищення температури тіла	46	44	45
	Без симптомів	8	11	10
Анамнез паління (%)	Курці	4	88	21
	Курці в минулому	4	33	17
	Ніколи не палили	96	28	67
Контакт зі шкідливостями на виробництві (%)		25	28	26
Показники загального аналізу крові (%)	Лімфопенія	17	11	14
	Тромбоцитопенія	8	0	5
	Збільшення швидкості осідання еритроцитів	50	72	60

у жінок спостерігається більш тяжкий перебіг саркоїдозу, що обумовлює зростання частки скарг на задишку. Рівень кашлю має тенденцію до зростання зі збільшенням активності патологічного процесу не залежно від статі.

Загалом серед чоловіків та жінок, не залежно від стадії саркоїдозу, зафіксовано високу частоту уражень суглобового апарату – 29%, а серед змін шкірного покриву превалювала вузлувата еритема (82%). Лімфаденопатія периферійних лімфатичних вузлів зустрічалась не часто – 5%. Проте пацієнтам з лімфаденопатією периферійних лімфатичних вузлів морфологічне дослідження проводилось обов'язково (рис. 1).

На гістологічному зрізі препарату тканини лімфатичного вузла виявлено повне заміщення його структури епітеліоїдноклітинними гранульомами, що мають мультифокусний характер, зливаючись в конгломерати (рис. 1). Значна частина гранульоми представлена широким полем проліферату епітеліоїдних клітин, обмеженим по периферії круглоклітинним інфільтратом переважно лімфоцитарного складу. Периферійний інфільтрат різновираженої щільності, місцями мізерний або взагалі зникає (рис. 1).

Така значна частка пацієнтів хворих на саркоїдоз зі скаргами на кашель, задишку, ознаками ураження суглобів, змінами шкіри та підвищенням температури тіла, відображає високу ступінь активності

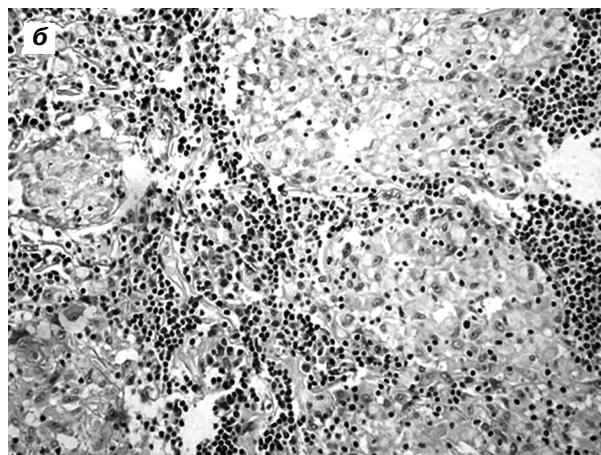


Рис. 1. Ураження шкіри та периферійних лімфатичних вузлів у пацієнта К. 40 р., хворого на саркоїдоз (а.), з гістологічно верифікованим діагнозом (б.) Фарбування гематоксиліном та еозином. Зб. х200.

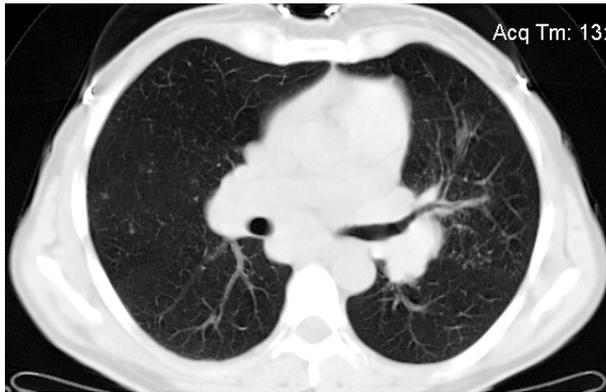


Рис. 2. Рентгенологічна картина органів грудної клітки у хворого П. (47 років) з саркоїдозом легень II ст. Спіральна комп'ютерна томографія (товщина зрізу 1-2 мм).

захворювання [2]. Безсимптомний перебіг зустрічався лише у 10% хворих.

Оцінюючи анамнез захворювання та життя – було встановлено, що час до постановки діагнозу у окремих пацієнтів коливався від 2 місяців до 2-х років. Клінічні прояви саркоїдозу часто залежать від генетичної схильності та впливу зовнішніх специфічних агентів, що можуть викликати порушення імунореактивності та ураження різних органів та тканин [2, 6, 7]. З огляду на це, нами було оцінено контакт пацієнтів з тютюновим димом та різного роду шкідливостями на виробництві. Серед жінок, хворих на саркоїдоз, лише 4% в минулому палили, тоді як серед чоловіків тільки частка активних курців становила 55%. Серед обстежених хворих 22% чоловіків та 21% жінок мали контакт зі шкідливими чинниками під час виконання своєї професійної діяльності. До шкідливих факторів у жінок були віднесені: органічний пил (2/24), випари нафтопродуктів (1/24), пари хлору (1/24), пил та сажа (2/24), а у чоловіків – контакт зі скловолоком (2/18), випарами нафтопродуктів (2/18), пилом та сажею (1/18).

Підвищення швидкості осідання еритроцитів було найбільш частою зміною у показниках загальноклінічного аналізу крові (табл. 2). Рідше реєстрували лімфопенію (14%) та тромбоцитопенію (5%).

За допомогою кореляційного аналізу (за Пірсоном) було виявлено, що підвищення температури тіла має значимий ($p < 0,05$) кореляційний зв'язок між ознаками ураження суглобів ($r = 0,38$) та збільшенням швидкості осідання еритроцитів ($r = 0,32$), а наявність контакту з зовнішніми шкідливими агентами має слабкий негативний зв'язок зі стадією саркоїдозу ($r = -0,32$, $p < 0,05$). Оцінюючи результати кореляційного аналізу, можна констатувати наявність хоч і слабого, проте статистично достовірного ($p < 0,05$) зв'язку між об'єктивними ознаками активності саркоїдозу (підвищення температури тіла, артрит/артралгії) та окремими показниками загального аналізу крові (збільшення швидкості осідання еритроцитів), а відсутність контакту з зовнішніми шкідливими чинниками асоціюється з більш легким перебігом саркоїдозу незалежно від статі пацієнта.

Усім пацієнтам для уточнення діагнозу та проведення якісного диференціально-діагностичного аналізу були застосовані високоточні рентгенологічні методи дослідження у вигляді спіральної комп'ютерної томографії (рис. 2).

Застосування комп'ютерної томографії з високою роздільною здатністю дозволяє більш якісно оцінити ступінь ураження органів дихання та визначитись зі стадією хвороби [7].

Висновки. У пацієнтів жіночої статі, хворих на саркоїдоз, спостерігається тенденція ($r = 0,50$, $p < 0,05$) до збільшення ступеня тяжкості захворювання, що обумовлює зростання частки скарг на задишку.

Рівень кашлю має тенденцію до зростання, зі збільшенням активності патологічного процесу, незалежно від статі.

Наявність об'єктивних ознак активності патологічного процесу (підвищення температури тіла, артрит/артралгії) асоціюється зі змінами у показниках загального аналізу крові (збільшення швидкості осідання еритроцитів).

Відсутність контакту з зовнішніми шкідливими чинниками (органічний пил, випари нафтопродуктів, пари хлору, пил та сажа, скловолокло) асоціюється з більш легким перебігом саркоїдозу незалежно від статі пацієнта.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому за показниками активності патологічного процесу розробити метод прогнозування перебігу саркоїдозу у хворих.

Список літератури

1. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс / А. Банержи [пер. с англ. под ред. В. П. Леонова]. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
2. Интерстициальные заболевания легких: руководство для врачей / [Агишев А. С., Акопов А. Л., Амосов В. И. и др.]; под ред. М. М. Ильковича, А. Н. Кокосова. – СПб: Нормиздат, 2005. – 560 с.
3. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания на амбулаторном этапе / Под ред. Ильковича М. М. Симаненкова В. И. – СПб.: Нормиздат, 2007. – 76 с.
4. Поддубный А. Ф. Клиническая и лабораторная диагностика саркоидоза / А. Ф. Поддубный // Здоровье Украины. – 2000. – № 2. – С. 8-11.
5. Респираторная медицина: в 2 т. / Под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 1. – 800 с.

6. Саркоидоз: Монографія / Под ред. Визеля А. А. (Серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред. серии Чучалин А. Г.). – М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2010. – 416 с.
7. Фещенко Ю. І. Саркоїдоз органів дихання: сучасний стан проблеми / Ю. І. Фещенко, Л. М. Процик, Ю. О. Чередник // Український пульмонологічний журнал. – 2006. – №3. – С. 5-10.
8. Халфарян А. А. STATISTICA 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей: Учебник / А. А. Халфарян. – М.: Издательство Бином, 2010. – 496 с.
9. ATS/ERS/WASOG Committee. Statement on Sarcoidosis // Sarcoidosis. Vasc. Diffuse. Lung Dis. – 1999. – Vol. 16. – P. 149-173.
10. Costabel U. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis / U. Costabel, G. W. Hunninghake // Eur. Respir. J. – 1999. – Vol. 14. – P. 735-737.
11. Costabel U. Sarcoidosis: clinical update / U. Costabel // Eur. Respir. J. – 2001. – Vol. 18. – Suppl. 32. – P. 56s-68s.
12. Parr D. G. Computed tomography: a new gold standard for the clinical assessment of emphysema / D. G. Parr, P. A. Dawkins, R. A. Stockley // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2006. – Vol. 174. – № 8. – P. 954-954.

УДК 6.16.24 – 002:612.11

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ САРКОЇДОЗУ

Бойко Д. М.

Резюме. Основною метою роботи було дослідити особливості клінічних даних у хворих на саркоїдоз та виокремити симптоми і фактори, що здатні моделювати перебіг захворювання.

У пацієнтів, хворих на саркоїдоз, жіночої статі спостерігається значима тенденція до збільшення ступеня тяжкості захворювання, що обумовлює зростання частки скарг на задишку. Відсутність контакту з зовнішніми шкідливими чинниками асоціюється з більш легким перебігом саркоїдозу не залежно від статі пацієнта.

Ключові слова: саркоїдоз, клінічні дані, кореляція.

УДК 6.16.24 – 002:612.11

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА

Бойко Д. Н.

Резюме. Основной целью работы было исследовать особенности клинических данных у больных саркоидозом и выделить симптомы и факторы, способные моделировать течение заболевания.

У пациентов, больных саркоидозом, женского пола наблюдается значимая тенденция к увеличению степени тяжести заболевания, что обуславливает рост доли жалоб на одышку. Отсутствие контакта с внешними вредными факторами ассоциируется с более легким течением саркоидоза независимо от пола пациента.

Ключевые слова: саркоидоз, клинические данные, корреляция.

UDC 6.16.24 – 002:612.11

Clinical Features of Sarcoidosis

Boyko D. M.

Summary. The main goal of the work was to investigate the clinical features of the data patients with sarcoidosis and identify symptoms and factors that capable modeling the disease.

In female patients with sarcoidosis observed a significant trend of increasing severity of the disease, which causes increase in the proportion of complaints of dyspnea. The lack of contact with external hazards associated with a mild course of sarcoidosis independently of sex of the patient.

Key words: sarcoidosis, clinical data, correlation.

Стаття надійшла 3.10.1012 р.

Рецензент – проф. Дудченко М. М.