

VII КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ ПО САРКОИДОЗУ И ДРУГИМ ГРАНУЛЕМАТОЗАМ

(16 — 19 июня 2002 г., г. Стокгольм)

На VII конгрессе Всемирной ассоциации по саркоидозу и другим гранулематозам (WASOG) было представлено более 100 работ из 22 стран. *S.Rothkrantz-Kos, M.Drent et al.* (Голландия) не удалось доказать, что полиморфизм гена промотора миелопероксидазы влияет на патогенез и течение саркоидоза. В то же время *B. Salobir et al.* из Словении подтвердили роль D/I полиморфизма гена, отвечающего за АПФ. По данным *J.Grutters et al.* (Нидерланды), аллель IL6 -174C может играть роль в определении тяжести саркоидоза или перерождении его в легочный фиброз.

С.Е.Борисов, представлявший на конгрессе WASOG Россию, от имени коллектива НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии поднял проблему оценки активности саркоидоза, а также выступил против назначения лечения без веских к тому показаний. Был сделан вывод о том, что изначально существуют два различных морфологических типа тканевой реакции при саркоидозе с преобладанием или гранулематоза, или фиброза, которые коррелируют с клиническим течением заболевания.

E.Hoitsma et al. (Нидерланды) отметил боль в суставах, мышцах и в грудной клетке у 70,7% пациентов. В соавторстве с пульмонологами из Бельгии он указал, что у 43% больных саркоидозом имело место ночное апноэ. *J. De Vries и M. Drent* (Нидерланды) нашли связь между возникновением саркоидоза и пережитым стрессом. *M. Lenters et al.* провели исследование, выявившее взаимосвязь между субъективным ощущением усталости и неработоспособности при саркоидозе и ухудшением функции дыхания и газообмена. *Yeager H. et al.* (США), использовавшие вопросник SF-36, отметили снижение качества жизни при саркоидозе. *Е.Богородская и др.* (Москва) подчеркнули значимость мониторинга состояния внешнего дыхания при саркоидозе. *Llopis F. et al.* (Испания) указали на высокую частоту нарушений проходимости на уровне мелких бронхов. *Z. Pavlovic-Porovic и Djuric B.* (Югославия) также подчеркнули значимость бронхиальной обструкции при саркоидозе. *Puscinska E. et al.* (Польша) акцентировали внимание на оценке DLco и статической растяжимости легких. *E.Glenn и G. Fulton* (США) отметили значимость службы поддержки для больных саркоидозом. *A. Pietinalho et al.* (Финляндия) не удалось подтвердить гипотезу о том, что в молодом возрасте прогноз этого заболевания благоприятнее, чем у лиц зрелого возраста. Интернет-исследование, проведенное нами совместно с пульмонологом из Мемфиса (США) *Норманом Соскелем* (*Vizel A.A., Soskel N.T., Gouryleva M.E., Vizel E.A.*), показало, что подходы к саркоидозу

в Татарстане (Россия) и США заметно различаются. Если в Татарстане саркоидоз выявляли преимущественно фтизиатры при флюорографии, то в США - пульмонологи и терапевты. При этом в обеих странах преобладали пациенты со II типом саркоидоза. В США значительно чаще проводили гистологическую верификацию болезни, не встречалась тест-терапия противотуберкулезными препаратами. Авторы из двух стран пришли к общему выводу о том, что в настоящее время нет оснований для госпитализации больных саркоидозом в противотуберкулезные стационары, подчеркнута значимость изоляции больных, получающих иммунодепрессанты, от больных туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. В пользу этой точки зрения свидетельствует работа *S.Akagawa et al.* (Токио), в которой описано 4 случая заражения туберкулезом больных саркоидозом. *A.Shah et al.* (Индия) отметили, что каждому второму пациенту необоснованно назначалась противотуберкулезная терапия. Ни в одной из работ, представленных на конгрессе, не было данных в пользу взаимосвязи между саркоидозом и туберкулезом.

P.Sorensen et al. (Дания) отметили, что саркоидоз в 88,7% случаев проявлял себя клинически, причем чаще он обнаруживался у женщин, а у больных с синдромом Лёфгрена заболевание протекало мягко, доброкачественно. *C.Ainslie, E.Bateman* установили, что в Северной Америке и Европе у афро-американцев саркоидоз встречается чаще и протекает тяжелее, а в Южной Африке не было различий между больными черной, белой и смешанной рас. *C.Almonacid et al.* (США, Испания) установили, что у белых намного чаще встречался синдром Лёфгрена, а у афро-американцев - поражения глаз, лимфатических узлов, потливость и потеря массы тела. *K. Amoli* (Иран) отметил благоприятное течение саркоидоза и потребность в назначении гормонов только в 57,7% случаев. *A. Shah et al.* (Индия) отметили эффективность лечения преднизолоном с последующей высокой частотой рецидивов, преобладание мужчин и хронический рецидивирующий фиброзирующий тип течения. *P.Andrikakos et al. и A.Rapti et al.* (Греция) указали, что в их стране клинические проявления саркоидоза не отличаются от "типичного". *R.Baughman, E.Lower* (США) выделили кардиосаркоидоз как одну из основных причин летальных исходов при этом заболевании. *T.Tachibana et al.* (Япония) отметили, что при кардиосаркоидозе лечение гормонами коры надпочечников проводилось в 94% случаев, водитель ритма вшивали в 33%. *I. Petrache et al.* (США) констатировали, что саркоидоз в семей-

ном анамнезе и женский пол являются отрицательными прогностическими факторами течения саркоидоза сердца. *M. Padilla et al.* выявили строгую корреляцию между наличием легочной гипертензии и снижением DLco, ОФВ₁ и рентгенологической стадией заболевания.

По мнению *V. Vucinic et al.* (Югославия), нейросаркоидоз следует предполагать у каждого больного саркоидозом с неврологическими жалобами. *E. Lower et al.* (США) наблюдали 7 больных с саркоидозом спинного мозга и констатировали относительную эффективность высоких доз кортикостероидов и их сочетания с циклофосфамидом. *E. Hoitsma et al.* (Германия, Голландия) доложили о том, что при саркоидозе очень часто встречается нейропатия мелких волокон. Впервые в материалах конгресса они описали нарушения вегетативной иннервации с помощью сцинтиграфии.

K. Sugisaki et al. (Япония) показали, что средняя эффективность 5-летнего лечения саркоидоза оральными кортикостероидами составила 77%. Гормоны коры надпочечников чаще всего назначали при саркоидозе глаз. *A. Pietinalho et al.* (Финляндия, Швеция) в двойном слепом, рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании доказали достоверное влияние 18-месячного лечения стероидами на маркеры воспаления в лаважной жидкости больных с I и II стадиями легочного саркоидоза. Подавление активности саркоидозного воспаления ингаляционными и оральными глюкокортикоидами было доказано в работе датских пульмонологов и рентгенологов *N. Milman et al.* с помощью позитронной эмиссионной томографии. *V. Zugic et al.* (Югославия) установили, что применение метотрексата при саркоидозе улучшает проходимость мелких бронхов и диффузионную способность. *V. Vucinic et al.* указали на целесообразность лечения метотрексатом хронического саркоидоза. *R. Baughman et al.* (США) отметили, что показанием к применению стероидов является нарушение дыхания, проявляющееся одышкой. *A. Rapti et al.* из Афин (Греция) опубликовали предварительные положитель-

ные результаты лечения хронического персистирующего саркоидоза рекомбинантным интерфероном-гамма.

Y. Kataria et al. (США) показали, что по результатам краткосрочного исследования инфликсимаб можно отнести к эффективным средствам лечения саркоидоза при невосприимчивости к другим лекарственным средствам. Они отметили также, что ни одно лекарство пока не излечивает эту болезнь. *R. Baughman* (США) подчеркнул перспективность воздействия на фактор некроза опухолей (TNF-альфа) с помощью пентоксифиллина и талидомида.

Таким образом, работы, представленные на VII Всемирном конгрессе WASOG, позволяют расценивать саркоидоз как системное полнорганное заболевание, не связанное, вероятно, с туберкулезом, но обусловленное воздействием какого-то антигена. Наблюдение и лечение этих больных во всем мире ведутся в многопрофильных учреждениях, располагающих не только пульмонологическими методами исследования (РКТ высокого разрешения, бронхология, клиническая физиология дыхания), но и сильной иммунологической лабораторией, кардиологическими, неврологическими и электрофизиологическими методами. Кардиосаркоидоз становится одной из ведущих проблем изучения этого заболевания. Многие страны создали центры наблюдения и лечения больных саркоидозом. В научные изыскания включают больных с доказанным диагнозом. Большинство современных авторов расценивают саркоидоз как обструктивную патологию мелких дыхательных путей, а исследование внешнего дыхания - как обязательный компонент оценки состояния этих больных. В лечении саркоидоза пока не достигнуто существенных прорывов: глюкокортикоиды остаются ведущими препаратами, которые облегчают состояние больных, но дают немало рецидивов. Определенные надежды связаны с воздействием на фактор некроза опухолей α и других провоспалительных цитокинов.

Проф. А.А. Визель, М.Э. Гурьева,
Е.А. Визель (Казань)