



Характеристика больных саркоидозом, обратившихся к пульмонологу: анализ повседневной практики

И.Ю. Визель, А.А. Визель

Представлены данные 1156 больных саркоидозом на момент первичного обращения к врачу-пульмонологу. Проанализирована последовательность диагностического процесса, клинические, лабораторные и функциональные данные. Проведенная работа показала, что ведение больных саркоидозом врачом-пульмонологом приближено к национальным и международным клиническим рекомендациям, ориентировано на раннюю диагностику и щадящую терапию, и может быть полезна для исследователей других регионов России для сравнения показателей.

Ключевые слова: саркоидоз, диагностика, лечение.

Введение

Саркоидоз – системное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранул, мультисистемным поражением с определенной частотой вовлечения различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением хемокинов и цитокинов, включая фактор некроза опухоли α [1]. Этиология саркоидоза неизвестна. С принятием 10-й Международной классификации болезней саркоидоз перешел из класса “Другие инфекционные и паразитарные болезни” (код I36) в класс III “Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм” (код D86). В России в 2003 г. было прекращено официальное диспансерное наблюдение таких больных в противотуберкулезных диспансерах (ПТД) (ликвидация VIII группы диспансерного учета). Саркоидоз, как и другие неинфекционные и не имеющие социальной значимости заболевания, был передан в общую врачебную сеть, а консультативную помощь стали оказывать пульмонологи.

Целью работы был анализ данных пациентов, обратившихся к пульмонологу-консультанту

Казанского медицинского университета с диагнозом саркоидоза.

Характеристика пациентов

Критерием включения пациентов в исследование был окончательный клинический диагноз саркоидоза, выставленный после дообследования и/или верификации на клеточном или тканевом уровне. Было обследовано 1156 больных саркоидозом (67,8% женщин, 32,2% мужчин), средний возраст которых составлял $42,3 \pm 0,35$ года (от 12 до 76 лет). Образовательный статус пациентов был следующим: неполное среднее образование – у 0,8% больных, полное среднее – у 12,6%, среднее специальное – у 36,9%, высшее образование – у 49,3% и ученая степень – у 0,4% (среди больных с верифицированным диагнозом (БВДС) – у 0,8; 12,0; 37,2; 49,4 и 0,6% соответственно).

Цитологические и/или гистологические данные, подтверждавшие диагноз, были получены в 631 случае (54,6%). Среди них в 59,5% случаев материал был получен при видеоторакоскопии, в 16,6% – при трансбронхиальной биопсии, в 10,6% – при открытой биопсии легкого, в 7,4% – при удалении периферического лимфатического узла, в 4,7% – при биопсии кожи, в 0,9% – при биопсии печени или при удалении селезенки и в 0,3% – диагноз был подтвержден на аутопсии. “Классическая” саркоидная гранулема без некроза была описана в 85% случаев, в 3,7% случаев в эпителиоидно-клеточной гранулеме был некроз, в 9,4% случаев в материале, полученном из

Кафедра фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета.

Ирина Юрьевна Визель – канд. мед. наук, ассистент кафедры.

Александр Андреевич Визель – профессор, зав. кафедрой.

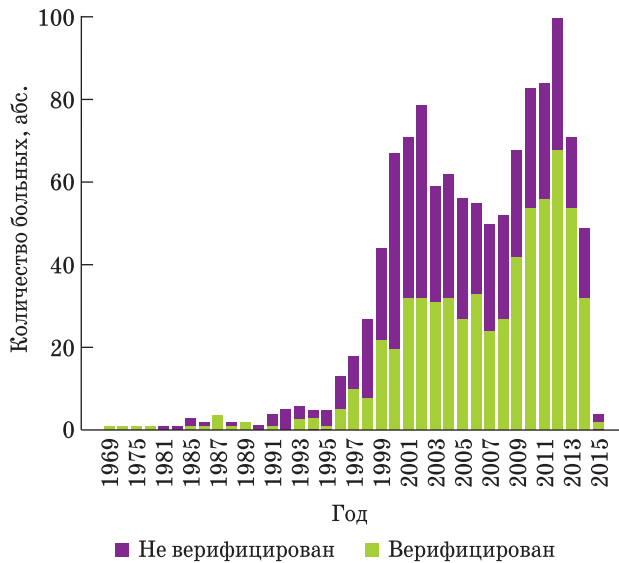


Рис. 1. Распределение больных саркоидозом, обратившихся к пульмонологу, по годам первичного выявления и верификации диагноза.

бронхов, были выявлены скопления эпителиоидных клеток, в 2,3% – гигантские клетки Пирогова–Лангханса.

В 525 случаях диагноз не был подтвержден на клеточном или тканевом уровне в связи с отказом пациентов от проведения инвазивных процедур либо из-за наличия противопоказаний (беременность, сопутствующие заболевания, недостаточность органов и систем). В таких случаях клинический диагноз был установлен на основании совокупности наиболее типичных признаков саркоидоза и исключения другой патологии. Ведущие эксперты из США констатировали, что саркоидоз может быть диагностирован у больных с сочетанием типичных для саркоидоза признаков, когда вероятность диагнозов, входящих в группу дифференциальной диагностики, крайне мала. Они отметили, что при отсутствии данных биопсии саркоидоз является “диагнозом исключения” [2]. В той же работе указывается, что наличие эпителиоидно-клеточных гранулем в биопсийном материале само по себе является недостаточным для установления клинического диагноза саркоидоза.

Нами были рассмотрены данные пациентов, выявленных в период с 1969 г. по февраль 2015 г. Из них 77,5% были жителями Татарстана, 5,7% – Марий Эл, по 2,2% – Чувашии, Удмуртии и Мордовии, по 1,6% – Ульяновской и Самарской областей, 1,1% – Нижнего Новгорода, а также менее чем по 1% пациентов из 24 субъектов Федерации. Среди БВДС 75,3% были из Республики Татарстан, 4,3% – из Марий Эл, 2,8% – из Удмуртии, 2,7% – из Чувашии, 2,5% – из Ульяновской области, 1,1% – из Са-

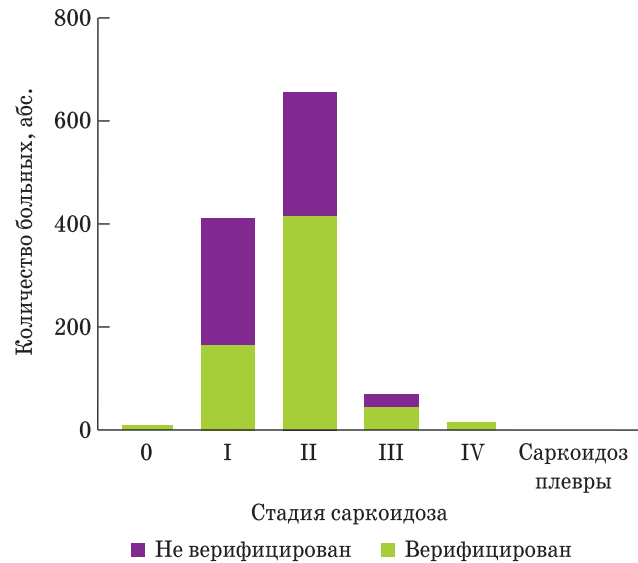


Рис. 2. Доля БВДС среди обратившихся к пульмонологу больных при разных рентгенологических стадиях саркоидоза.

марской области и менее чем по 1% пациентов из 24 субъектов Федерации.

Статус курения был следующим: 90,3% пациентов не курили на момент обращения (16% курили ранее и бросили; 74,3% не курили никогда), 2,4% курили менее 5 пачек-лет и 7,3% – более 5 пачек-лет (среди БВДС – 91,4% (16,8; 74,6%); 2,4 и 6,2% соответственно).

Распределение пациентов по годам выявления и частоте верификации представлено на рис. 1.

Частота верификации диагноза при разных рентгенологических стадиях саркоидоза представлена на рис. 2.

Преобладали больные с поражением легких и внутригрудных лимфатических узлов. Синдром Лефгрена имел место в 20,3% случаев (среди БВДС – в 16,8%). Саркоидоз периферических лимфатических узлов был выявлен у 7,1% больных, саркоидоз кожи – у 5,9%, вероятный диагноз “саркоидоз сердца” установлен у 0,9% больных (магнитно-резонансная томография и биопсия сердца не проводились) (среди БВДС – у 11,4; 8,1; 0,8% соответственно). В 0,4% случаев отмечено поражение центральной нервной системы и в 2,7% – невропатия (у БВДС – в 0,6 и 1,7% соответственно). Поражения органа зрения были выявлены у 1,3% больных: у 1,0% – увеит, у 0,2% – иридоциклит и у 0,1% – поражение слезных каналов (среди БВДС – 0,5; 0,2 и 0,2% случаев соответственно). Поражения селезенки наблюдались у 9,6% больных: у 7,5% – спленомегалия, у 0,3% – саркоидоз селезенки, у 1,7% – очаги в селезенке, у 0,1% – гиперспленизм (среди БВДС – 8,6; 0,6; 2,4 и 0,2% случаев соответственно).



В 2,5% случаев саркоидозом страдали другие члены семьи (среди БВДС – в 2,1%), а у 3,4% женщин на фоне активного саркоидоза наступила беременность (среди БВДС – у 3,3%).

Сопутствующие заболевания встречались со следующей частотой: псориаз – 0,4% случаев, гипертоническая болезнь – 20,8%, бронхиальная астма – 2,5%, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 2,4%, хронический бронхит – 2,3%, сахарный диабет 2-го типа – 2,9%, сахарный диабет 1-го типа – 0,1%, несахарный диабет – 0,2%, остальные нозологии встречались с частотой менее 1%. Гепатит В имел место в 0,8% случаев, гепатит С – в 1,0%. Перенесли гепатит А в детстве 8,0% больных. В 1 случае был диагностирован аутоиммунный гепатит.

Среди БВДС сопутствующие заболевания распределялись следующим образом: псориаз – 0,5% случаев, гипертоническая болезнь – 21,9%, бронхиальная астма – 3,0%, ХОБЛ – 2,4%, хронический бронхит – 1,4%, сахарный диабет 2-го типа – 3,2%, сахарный диабет 1-го типа – 0%, несахарный диабет – 0,2%, остальные нозологии встречались с частотой менее 1%. Гепатит В имел место в 0,6% случаев, гепатит С – в 1,1% случаев. Перенесли гепатит А в детстве 8,9% больных. В 1 случае был диагностирован аутоиммунный гепатит.

Аллергические реакции в прошлом отмечали 36,2% больных (среди БВДС – 38,4%).

Распределение пациентов по группам крови было следующим: 0(I) – 27,9%, А(II) – 38%, В(III) – 25,8%, АВ(IV) – 8,4%; резус-фактор был отрицательным (Rh(-)) у 12,4% больных (среди БВДС – 30,6; 37,4; 23,4 и 8,9% случаев соответственно; Rh(-) был у 9,7% пациентов).

Пути выявления заболевания

Первые проявления саркоидоза и причины обращения за медицинской помощью были следующими (в скобках указана частота их встречаемости у БВДС): выявление изменений при флюорографии – 47,1% случаев (44,8%), при рентгенографии – 4,3% (5,2%), при рентгеновской компьютерной томографии – 0,7% (0,6%), обращение с жалобами со стороны органов дыхания – 21,3% (23,6%), на слабость – 3,3% (3,6%), на увеличение периферических лимфатических узлов – 2,2% (3,3%), обращение по поводу суставного синдрома – 11,9% (10,3%), кожных проявлений – 7,4% (6,7%), с неврологическими жалобами – 0,7% (0,6%), жалобами со стороны органа зрения – 0,8% (0,8%), на боли в животе – 0,2% (0,3%), на увеличение слюнных желез – 0,1% (0).

Специалистами, которые первыми предположили у пациента саркоидоз, в 45,8% случаев были фтизиатры, в 21,0% – терапевты, в 13,5% – пульмонологи, в 7,3% – онкологи, в 4% – ревматологи, в 3,7% – рентгенологи, в 2% – торакальные хирурги, в 1% – неврологи (доля остальных специалистов составляла менее 1% на каждого).

В 42,7% случаев диагностический процесс осуществлялся в условиях многопрофильного лечебного учреждения, в 39,5% – в ПТД, в 12,4% – в клиническом онкологическом диспансере (КОД), в 4,2% – в условиях амбулаторного приема пульмонолога (на каждый из остальных случаев приходилось менее 1%).

Верификация диагноза на клеточном или тканевом уровне в 62,4% случаев проводилась в КОД, в 28,2% – в многопрофильном лечебном учреждении и только в 9,4% – в ПТД.

Среди 457 пациентов, у которых первичная диагностика проводилась в ПТД, верификация была проведена в дальнейшем в 46,4% случаев, однако только у 19,3% этих пациентов инвазивная диагностика осуществлялась в ПТД (в таком же количестве случаев – в многопрофильном лечебном учреждении), а чаще всего – в онкологическом диспансере (61,3%).

Среди 495 пациентов, у которых первичная диагностика проводилась в многопрофильном лечебном учреждении, верификация была проведена в дальнейшем в 52,9% случаев, при этом инвазивная диагностика наиболее часто проводилась там же – в 49,2% случаев, в онкологическом диспансере – в 46,6% случаев и в ПТД – только в 4,2%.

Среди 45 пациентов, у которых первичная диагностика проводилась на амбулаторном приеме пульмонолога, верификация была проведена в дальнейшем в 29,2% случаев, при этом инвазивная диагностика наиболее часто осуществлялась в КОД – в 71,4% случаев, в ПТД – в 21,4% случаев, а в многопрофильном лечебном учреждении – в 7,1%.

После первого обращения к врачу первичные диагнозы широко варьировали (90 вариантов). В первую десятку диагнозов вошли туберкулез (25,3% случаев), саркоидоз (20,7%), пневмония (9,3%), узловатая эритема (8,7%), острый бронхит (6,2%), полиартрит (4,1%), увеличение внутригрудных лимфатических узлов неустановленного генеза (3,7%), опухолевые заболевания (3,5%), диссеминация неустановленного генеза (3,5%), лимфогранулематоз (2,0%), а на каждый из остальных диагнозов приходилось менее 1%. После первичного обследования осталось 9 диагнозов, частота которых превысила 1%: саркоидоз – 76,5% случаев, туберкулез – 7,7%, опухо-



левые заболевания – 4,2%, лимфома – 1,7%, узловатая эритема – 1,5%, диссеминация неясного генеза – 1,1%, острый бронхит – 1,0%. После дообследования (а в 54,6% случаев после гистологической верификации) был установлен окончательный диагноз саркоидоза.

Сроки от выдвижения клинической гипотезы до установления клинического диагноза широко варьировали – от 1 до 132 нед ($6,37 \pm 0,28$ нед, медиана 4,00), но у 66,7% больных окончательный диагноз был установлен в пределах 4 нед, а у 92% – в пределах 11 нед.

Клинические проявления саркоидоза при выявлении больных

На момент первого обращения к врачу у 65,3% больных одышки не было, 33,3% больных жаловались на одышку при физической нагрузке, а у 1,4% больных одышка возникала при обычной ходьбе (среди БВДС – 62,6; 36,1 и 1,3% случаев соответственно).

Жалобы на утомляемость и небольшую слабость отметили 21,8% больных, слабость была умеренно выраженной у 21,5% больных, выраженной – у 11,6 и крайне выраженной – у 0,1% (среди БВДС – 23,6; 20,3%, 12,7 и 0,2% случаев соответственно).

У каждого 3-го обратившегося пациента (30,5%) отмечалась субфебрильная температура, а у 4,9% – лихорадка была фебрильной (среди БВДС – у 32,3 и 3,8% соответственно).

Сухой кашель имел место у 29,5% обратившихся, у 8,0% было отмечено отделение слизистой, а у 0,8% – гнойной мокроты (среди БВДС – у 33,1; 7,8 и 0,5% соответственно).

На ощущение дискомфорта в грудной клетке указывали 21,8% пациентов, а на боль – 1,3% (среди БВДС – 22,0 и 1,3% соответственно).

При осмотре и пальпации кожи у 5,9% больных имели место проявления саркоидоза кожи, у 1,4% – подкожные саркоиды Дарье–Русси, у 19,2% – узловатая эритема (среди БВДС – у 8,1; 2,1 и 16,8% соответственно).

Опухание и боль в суставах (чаще всего голеностопных) имели место в 34,3% случаев (среди БВДС – в 32,8%).

Асимметрия лица, отражающая односторонний паралич лицевого нерва (паралич Белла), наблюдалась у 1,3% пациентов (среди БВДС – у 1,4%).

Оценка туберкулиновой чувствительности и лабораторные исследования

Внутрикожная проба Манту была проведена 754 пациентам (80,1% обратившихся). Среди

Таблица 1. Результаты лабораторных исследований у БВДС и у больных саркоидозом с неverified диагнозом

Параметры	Диагноз саркоидоза	
	не верифицирован	верифицирован
Гемоглобин, г/л	131,8 ± 0,9	131,7 ± 0,7*
Лейкоциты периферической крови, ×10 ⁹ /л	6,18 ± 0,09	6,07 ± 0,08*
Нейтрофилы, %		
палочкоядерные	2,18 ± 0,12	2,12 ± 0,10*
сегментоядерные	61,36 ± 0,39	61,02 ± 0,37*
Эозинофилы, %	2,23 ± 0,09	2,51 ± 0,10**
Лимфоциты, %	27,57 ± 0,36	27,14 ± 0,33*
Моноциты, %	6,58 ± 0,14	7,01 ± 0,15**
Скорость оседания эритроцитов, мм/мин	16,02 ± 0,54	15,9 ± 0,45*
Тромбоциты, ×10 ⁹ /л	256,4 ± 5,5	261,2 ± 6,7*
Кальций крови общий, ммоль/л	2,29 ± 0,02	2,33 ± 0,01*
Аланинаминотрансфераза, ЕД/л	28,2 ± 1,1	33,3 ± 4,0*
Аспаргатаминотрансфераза, ЕД/л	30,3 ± 5,4	29,7 ± 3,5*

* p > 0,1; ** p < 0,05.

них у 81,4% больных имела место уколочная реакция, у 2,2% – гиперемия, у 5,8% – папула до 5 мм (т.е. отрицательная реакция – у 89,4% больных), у 7,9% – папула 6–12 мм, у 2,4% – папула 13–17 мм и у 0,3% – папула более 17 мм (среди 427 БВДС – 84,2; 3,0; 4,9 (92,1); 5,9; 1,8 и 0,2% случаев соответственно).

Диаскинтест (введение рекомбинантного туберкулезного аллергена) был проведен 231 пациенту (20% обратившихся). Реакция была отрицательной в 97,4% случаев, положительной (папула 6–21 мм) – в 2,2% и гиперергической (папула более 21 мм) – у 1 больного (0,4%) (среди 157 БВДС – у 98,1; 1,3 и 0,6% соответственно).

Результаты лабораторных исследований представлены в табл. 1 в виде сравнения данных БВДС и пациентов с неverified диагнозом, а в табл. 2 приведены параметры функции легких, артериального давления (АД) и пульса.

Несмотря на наличие статистически значимых различий по ряду показателей, они не являлись клинически значимыми (средние значения варьировали в пределах нормальных величин). Нормальные значения количества лейкоцитов периферической крови наблюдались у 91,3% больных (среди БВДС – у 90,3%), нормальное количество лимфоцитов в лейкоформуле – у 80,3% (среди БВДС – у 81,1%). Средние значения кальция в периферической крови были в пределах нормы, но референсные значения отмечались



Таблица 2. Результаты оценки функции легких, АД и пульса у БВДС и у больных саркоидозом с неверифицированным диагнозом

Параметры	Диагноз саркоидоза		p
	не верифицирован	верифицирован	
САД, мм рт. ст.	122,4 ± 0,7	122,9 ± 0,7	>0,1
ДАД, мм рт. ст.	78,9 ± 0,5	79,3 ± 0,5	>0,1
Пульс, уд/мин	79,5 ± 0,4	80,5 ± 0,4	>0,1
SaO ₂ , %	96,59 ± 0,06	96,7 ± 0,05	>0,1
D _{lco} , %	89,49 ± 1,54	84,38 ± 1,38	0,013
ФЖЕЛ, % от должной	100,1 ± 0,8	95,0 ± 0,7	<0,001
ОФВ ₁ , % от должного	99,9 ± 0,9	93,6 ± 0,8	<0,001
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, %	81,40 ± 0,38	81,08 ± 0,35	>0,1
ПОС, % от должной	105,4 ± 1,1	99,8 ± 0,9	<0,001
МОС ₂₅ , % от должной	102,7 ± 1,3	95,7 ± 1,1	<0,001
МОС ₅₀ , % от должной	88,7 ± 1,4	81,4 ± 1,1	<0,001
МОС ₇₅ , % от должной	73,9 ± 1,6	69,0 ± 1,2	0,011
СОС ₂₅₋₇₅ , % от должной	90,6 ± 1,4	84,8 ± 1,2	0,002

Обозначения: САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких; ОФВ₁ – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду; ПОС – пиковая объемная скорость; МОС₂₅₋₇₅ – максимальная объемная скорость выдоха на уровне 25–75% ФЖЕЛ; СОС₂₅₋₇₅ – средняя объемная скорость выдоха на уровне 25–75% ФЖЕЛ; D_{lco} – диффузионная способность легких по монооксиду углерода; SaO₂ – насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом.

только у 48,9% больных, у 37,1% больных была выявлена гипокальциемия и у 14% – гиперкальциемия (среди БВДС – у 54,8; 32,4 и 12,8% соответственно).

Значения жизненной емкости легких были в пределах нормы или выше у 85,1% вновь выявленных больных, а снижены – у 14,9%, причем значения менее 50,0% от должных отмечались только у 1,1% больных (среди БВДС – у 81,3; 19,7 и 1,1% соответственно).

Диффузионная способность легких была нормальной у 64,6% больных и сниженной – у 35,4% (менее 40,0% от должной – у 9,7%) (среди БВДС – у 60,2; 39,8 и 12,0% соответственно).

Анализ назначенной терапии

После первого обращения пациента в 50,7% случаев врачи не назначали терапию, а только обследовали пациента и проводили наблюдение. В 18% случаев были назначены антибактериальные препараты, в 9,6% – противотуберкулезные (на всех этапах диагностики и наблюдения 13,9% больных саркоидозом были назначены противотуберкулезные препараты). Относительно частыми назначениями до установления диагноза саркоидоза были антибактериальные препараты в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами (6,0%) либо только нестероидные противовоспалительные средства (5,3%), системные глюкокортикостероиды (ГКС) (2,9%), витамин Е (1,6%), последовательное назначение антибактериальных, а затем противотуберкулезных препаратов (1%). Остальные назначения на первичном этапе встретились реже чем в 1% случаев. После установления диагноза саркоидоза только 13,1% пациентов не было сделано каких-либо назначений. При дальнейшем ведении 80,4% пациентов получали α-токоферол (витамин Е), 42,1% – пероральные формы пентоксифиллина, 32,3% – системные ГКС, 6,6% – метотрексат, 4,9% – противомаларийные хлорохины, 3,5% – эфферентную терапию.

палительными средствами (6,0%) либо только нестероидные противовоспалительные средства (5,3%), системные глюкокортикостероиды (ГКС) (2,9%), витамин Е (1,6%), последовательное назначение антибактериальных, а затем противотуберкулезных препаратов (1%). Остальные назначения на первичном этапе встретились реже чем в 1% случаев. После установления диагноза саркоидоза только 13,1% пациентов не было сделано каких-либо назначений. При дальнейшем ведении 80,4% пациентов получали α-токоферол (витамин Е), 42,1% – пероральные формы пентоксифиллина, 32,3% – системные ГКС, 6,6% – метотрексат, 4,9% – противомаларийные хлорохины, 3,5% – эфферентную терапию.

Обсуждение

Проведенное исследование позволило установить следующие факты. Популяция больных саркоидозом, активно обратившихся за помощью пульмонолога, на 2/3 была представлена женщинами, пациенты имели высокий образовательный уровень. Чаще всего встречались лучевые формы II и I внутригрудного саркоидоза. Только у половины больных диагноз был подтвержден на тканевом или клеточном уровне. Следует отметить, что первичная диагностика чаще проводилась в многопрофильных лечебных учреждениях и ПТД, тогда как верификация диагноза чаще осуществлялась в онкологических и многопрофильных лечебных учреждениях (на долю фтизиатрических учреждений пришлось всего 9,4%). У пациентов, выявленных фтизиатрической службой, почти в половине случаев была проведена верификация диагноза, но в 80,7% случаев это было сделано в других учреждениях. При анализе данных 295 пациентов (все с верифицированным диагнозом) в Омске было отмечено сходное распределение больных, однако значительно реже встречался синдром Лефгрена – в 3,73% случаев, тогда как, по нашим данным, среди БВДС он наблюдался в 16,8% случаев [3].

Следует обратить внимание, что наибольшую сложность представлял первичный этап диагностики саркоидоза, о чем свидетельствует тот факт, что до обращения к пульмонологу больным было выставлено более 90 различных диагнозов, среди которых лидировали туберкулез, саркоидоз, пневмония, узловатая эритема и острый бронхит. Один из наиболее значимых мировых ученых, занимавшихся саркоидозом и интерстициальными заболеваниями легких, – Д. Джеймс в связи с этим назвал саркоидоз “великим имитатором” [4].

Наиболее коротким путь к установлению диагноза оказался у пациентов, выявленных при про-



ведении флюорографии или других лучевых исследований, тогда как пациентам, обратившимся с жалобами на слабость, одышку, кашель, субфебрилитет, чаще назначали начальные схемы лечения, направленные на другие заболевания (как правило, противотуберкулезные препараты и антибиотики). Реакция на введение туберкулина была отрицательной в 88,4–92,1% случаев, а на проведение диаскинтеста – в 97,4–98,1%, т.е. преобладала анергия. В Индии – стране с очень высокой распространенностью туберкулеза и инфицированностью населения – туберкулиновая анергия встречалась в 88,7–92,0% случаев и не зависела от предшествовавшего проведения вакцинации БЦЖ [5]. В одном из последних исследований также отмечено, что отрицательная туберкулиновая реакция свидетельствует в пользу саркоидоза. Однако проведение квантиферонового теста (IGRA – interferon-gamma release assay) позволяет выявить латентную туберкулезную инфекцию даже у туберкулиннегативных пациентов [6]. Все пациенты были дополнительно дообследованы на туберкулез – этот инфекционный диагноз был исключен. Гемограмма на момент обследования в большинстве случаев не была значимой для постановки диагноза. Только у 12,8–14,0% пациентов имелась гиперкальциемия, которая рассматривается экспертами как плохой прогностический признак саркоидоза [7].

Среди функциональных показателей наиболее чувствительной оказалась диффузионная способность легких по монооксиду углерода, выраженная в процентах от должных величин. Использование этого показателя рекомендовано основным международным согласительным документом по саркоидозу и российскими Федеральными согласительными клиническими рекомендациями [1, 8].

Результаты анализа назначенной терапии свидетельствовали о том, что ГКС получали только 1/3 больных, тогда как остальным проводили

более щадящие методы лечения, и только в 6,6% случаев назначали цитостатик метотрексат. Такой подход соответствует как отечественным рекомендациям, так и последним резюме экспертов, использовавших согласительный дельфийский метод [9]. Несмотря на то что был достигнут консенсус в том, что ГКС являются первыми препаратами выбора и их начальная доза не должна превышать 40 мг/сут per os, не было достигнуто соглашения в отношении начальной дозы ГКС и сроков лечения [10].

Заключение

Проведенная работа показала, что ведение больных саркоидозом в условиях приема пульмонолога приближено к национальным и международным клиническим рекомендациям, ориентировано на раннюю диагностику и щадящую терапию, и может быть полезна для исследователей других регионов России для сравнения показателей. Настоящее исследование является первым этапом в изучении большой выборки больных саркоидозом. Дальнейшая работа будет направлена на проведение анализа исходов, эффективности и безопасности назначаемого лечения.

Список литературы

1. Чучалин А.Г. и др. // Вестн. совр. клин. мед. 2014. Т. 7. № 4. С. 62.
2. Baughman R.P. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2011. V. 183. № 5. P. 573.
3. Петров Д.В. и др. // Вестн. совр. клин. мед. 2013. Т. 6. № 2. С. 42.
4. James D.G. // Postgrad. Med. J. 2001. V. 77. № 905. P. 177.
5. Gupta D. et al. // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. 2003. V. 20. № 1. P. 40.
6. Vyas S. et al. // Lung India. 2015. V. 32. № 1. P. 91.
7. Baughman R.P. et al. // Arthritis Res. Ther. 2014. V. 16. № 3. P. 111.
8. Hunninghake G.W. et al. // Am. J. Crit. Care Med. 1999. V. 160. № 2. P. 736.
9. Чучалин А.Г. и др. // Вестн. совр. клин. мед. 2014. Т. 7. № 5. С. 73.
10. Schutt A.C. et al. // Respir. Med. 2010. V. 104. № 5. P. 717.