



В заключение можно отметить, что проблема атипичных возбудителей при ВП, с точки зрения практического врача, является весьма актуальной, так как данная тема недостаточно изучена применительно к условиям РФ, что особенно важно, учитывая повсеместное распространение *Sr* и *Mr*, их значительную долю в этиологии ВП, в том числе и в форме смешанной инфекции. Как отмечалось выше, отсутствие патогномичных клинических и рентгенологических признаков хламидийной и микоплазменной инфекций при атипичной пневмонии, сложность лабораторного уровня диагностики предполагает большей частью эмпирическое назначение антибиотиков при ВП с учетом их действия на атипичные возбудители. Этиотропная эрадикация данных инфектов решается неоднозначно. Новые перспективы связаны с использованием антибиотиков разрабатываемого класса кетолидов, макролидами и адресным применением «респираторных» фторхинолонов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хамитов Р. Ф., Пальмова Л. Ю. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* инфекции в пульмонологии: актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. — Москва: ООО «ИПХ ЭХО», 2002. — 64 с.
2. Bochud P. Y., Moser F., Erard P. et al. Community-acquired pneumonia. A prospective outpatient study. // *Medicine (Baltimore)*. — 2001. — Vol. 80. — Suppl. 2. — p. 75-87.

3. Chambers S. T., Town G. I., Neill A. M. et al. Legionella, Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma infection in patients admitted to Christchurch Hospital with pneumonia. // *N. Z. Med. J.* — 1999. — Vol. 112. — Suppl. 109. — p. 222-224.
4. File T. M. Levofloxacin in the treatment of community acquired pneumonia. // *Can. Respir. J.* — 1999. — Vol. 6. — Suppl. A. — p. 35A-39A.
5. Hahn D. L., Azenabor A. A., Beatty W. L., Byrne G. I. Chlamydia pneumoniae as a respiratory pathogen. // *Front. Biosci.* — 2002. — Vol. 7. — p. 66-76.
6. Hammerschlag M. R., Roblin P. M. Microbiologic efficacy of moxifloxacin for the treatment of community-acquired pneumonia due to Chlamydia pneumoniae. // *Int. J. Antimicrob. Agents.* — 2000. — Vol. 15. — Suppl. 2. — p. 149-152.
7. Lorenz J. Clinical efficacy of new antibacterial therapies in at-risk populations. // *J. Infect.* — 2002. — Vol. 44. Suppl. A. — p. 255-230.
8. Miyashita N., Fukano H., Okimoto N. et al. Clinical presentation of community-acquired Chlamydia pneumoniae pneumonia in adults. // *Chest.* — 2002. — Vol. 121. Suppl. 6. — p. 1776-1781.
9. Patel T., Pearl J., Williams J., Haverstock D., Church D. Efficacy and safety of ten day moxifloxacin 400 mg once daily in the treatment of patients with community-acquired pneumonia. // *Respir. Med.* — 2000. — Vol. 94. — Suppl. 2. — p. 97-105.
10. Schanwald S., Kuzman I., Burek V. et al. Azithromycin: single 1,5 g dose in the treatment of patients with atypical pneumonia syndrome a randomized study. // *Infection.* — 1999. — Vol. 27. — Suppl. 3. — p. 198-202.

## Особенности клинических проявлений саркоидоза в Республике Татарстан

А. А. ВИЗЕЛЬ, Г. Р. НАСРЕТДИНОВА, Н. Б. АМИРОВ.

Казанский государственный медицинский университет. Межрегиональный клиничко-диагностический центр, г. Казань.

Саркоидоз — системное относительно доброкачественное заболевание неизвестной природы, которое характеризуется образованием неказеифицирующих эпителиоидно-клеточных гранул в различных органах. Преобладают внутригрудные поражения. Саркоидная гранулема образуется в ответ на персистирующий и вероятно мало деградирующий антигенный стимул, который индуцирует локальный клеточный Th1-типа иммунный ответ с олигоклональным паттерном; они имеют склонность к экспрессии генов  $\alpha$ - и  $\beta$ -цепей различных участков рецепторов Т-клеток (TCR). Вследствие хронической стимуляции макрофаги выбрасывают медиаторы воспаления — цитокины (IL-1, IL-6, IL-8, IL-15, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , GM-CSF) и хемокины (RANTES, MIP-1 $\alpha$ , IL-16) локально, что приводит к скоплению Th1-клеток в месте развития воспаления и способствует образованию гранулемы и повреждению легкого [2].

Саркоидоз отнесен МКБ-10 к классу III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» и не относится к инфекционным заболеваниям. Его учет проводился до 2003 года в противотуберкулезных учреждениях, согласно отчетам которых распространенность саркоидоза в Республике Татарстан в 2000 году составляла 15,22, в 2001 — 15,30, в 2002 — 17,85 на 100 тыс. населения. В 1998-2003 годы в Татарстане было проведено целенаправленное углубленное исследование этой нозологии на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ, что привлекло к регистрации в противотуберкулезных учреждениях значительного числа пациентов, не состоявших ранее на учете [1].

Целью данной работы был ретроспективный анализ 832 случаев саркоидоза в Республике Татарстан за 1969-2003 годы. Больные из районов составили 271 (32,5%), из столицы РТ — 558 (67,1%), адрес не был указан в картах у 3 (0,4%). На диспансерном учете противотуберкулезных учреждений числились 798 больных (95,6%). Из 832 больных на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ и МКДЦ г. Казани углубленное обследование прошли 317 пациентов (38,1%). В этот период отмечалась устойчивая тенденция к ежегодному увеличению числа больных саркоидозом. Это были лица в возрасте от 16 до 82 лет. Преобладали женщины — 621 (74,6%). Социальный статус был следующим: служащие — 332 (39,9%), рабочие — 321 (38,5%), пенсионеры — 67 (8,1%), не работающие — 55 (6,6%), инвалиды — 23 (2,8%), учащиеся — 19 (2,3%), неизвестно — 15 (1,8%). 47 (5,6%) пациентов курили, 25 (3,0%) — курили в прошлом. Про-

фессиональная вредность была у 145 пациентов с саркоидозом (17,4%). Саркоидоз среди медицинских работников составил 6,7% (56 больных). Контакт с больным, имевшим туберкулез, был отмечен у 36 больных (4,3%), а имевшим саркоидоз у 4 больных (0,5%). Родственная связь была замечена у 1 пациента (0,1%). Сопутствующие заболевания имели место у 635 больных (76,3%), среди которых преобладали патология желудочно-кишечного тракта, аллергологическая патология, заболевания ЛОР-органов, неврологическая патология.

Острый дебют саркоидоза встретился у 308 (37%) больных, в том числе синдром Лёфгрена — у 112 (13,5%). Постепенное начало заболевания с малосимптомной клинической картиной было у 453 (54,4%), а бессимптомное — у 65 (7,8%) пациентов, начало не было описано в картах — у 6 (0,7%). Внелегочные локализации саркоидоза были зафиксированы только у 84 (9,9%), среди которых доминировали поражения глаз, кожи и периферических лимфатических узлов.

Преобладающей клинической формой была I лучевая стадия заболевания — 516 больных (62%), как среди мужчин (52,4%), так и среди женщин (65,2%). Среди мужчин стадии II и III встречались несколько чаще.

При анализе путей выявления было отмечено, что наибольшее количество больных саркоидозом были выявлены при профилактическом осмотре — 520 больных (62,5%) (примерно 2/3 больных, независимо от стадий), а на долю выявления по обращению к врачу пришлось только 36,1% больных.

При выявлении первым врачебным заключением чаще всего был рентгенологический синдром (лимфаденопатия или диссеминация) неустановленной природы — 126 больных (15,1%), далее следовал туберкулез, который был ошибочно диагностирован у 93 пациентов (11,2%) и из них противотуберкулезную терапию, чаще 3-4 препаратами, получили 83 пациента в течение от 2 недель до 1,5 лет. В условиях стационара противотуберкулезного учреждения от 1 недели до 36 недель специфическое лечение получили 46 пациентов (5,5%).

Гистологическая верификация диагноза была проведена в 202 случаях (24,5%), из них биопсия легких и ВГЛУ проводилась 184 (22,1%) пациентам, внелегочная биопсия — 25 (3,0%) пациентам. Самым частым методом биопсии была видеоторакоскопическая операция в Клиническом онкологическом диспансере (КОД), которая была сделана 122 пациентам (14,7%), трансbronхиальная биопсия у 37

пациентов (4,4%) была проведена в РКБ, открытая биопсия — 13 (0,4%), торакотомия — 7 (0,8%), атипичная резекция легких — 3 (0,4%), медиастинальная биопсия — 2 (0,2%). Биопсия периферических лимфатических узлов подтвердила диагноз саркоидоз у 15 больных (1,8%), кожи — у 4 (0,5%), матки, щитовидной железы, околоушной железы, селезенки, печени + селезенки + почек (у одного больного) и слизистой оболочки носа — по 1 случаю.

Жалобы при выявлении были отмечены только у 524 (63%) больных. Наиболее частыми симптомами были слабость (32,8%), кашель (30,1%), одышка (26,4%), повышение температуры тела (24,1%), боли в суставах (21,0%), узловатая эритема (17,7%), боли в грудной клетке (16,9%), похудение (8,8%), боли в сердце (7,9%), другие жалобы встречались реже. Если при I стадии синдром Лёфгрена был частым (17%) проявлением саркоидоза, то при II и III стадиях преобладали такие симптомы, как слабость, кашель, одышка, боли и дискомфорт в грудной клетке.

Данные объективного осмотра выявили изменения у 279 больных (33,5%): изменения суставов — 170 (20,4%); кожные изменения — 154 (18,4%); жесткое дыхание — у 34 (4,1%) больных; сухие хрипы — 29 (3,5%); увеличение периферических лимфатических узлов — 27 (3,2%); увеличение щитовидной железы — 15 (1,8%); положительный симптом Пастернацкого — 14 (1,7%); влажные хрипы — 5 (0,6%); увеличение печени — 3 (0,4%); увеличение околоушной железы — 3 (0,4%); паралич лицевого нерва — 2 (0,2%); шум трения плевры — 1 (0,1%); увеличение селезенки — 1 (0,1%).

Кальций крови был выше нормы у 46 пациентов из 222 больных (20,7%). Чаще повышенный уровень кальция встречался при III стадии заболевания (54,5%). Определение С-реактивного белка было проведено 162 больным, из них положительный результат был у 81 пациента (50%), сиаловые кислоты были определены у 164, выше нормы они были у 60 пациентов (35,6%). Функциональные пробы печени выявили патологию у 13 из 355 больных (3,7%). Туберкулиновые пробы были проведены большинству пациентов (82,5%). У 67,6% реакция Манту была отрицательной.

Спектр рентгенологических изменений (как их описывали рентгенологи в картах) был следующим: лимфаденопатия средостения — 772 (92,8%), диссеминация — 241 (29,0%), диффузные изменения легочного рисунка — 180 (21,6%), изменения прикорневого легочного рисунка — 76 (9,1%), очаги — 61 (7,3%), плевральные изменения (такие, как утолщения междолевой плевры, плевральные наслоения и т.д.) — 53 (6,4%), инфильтративные изменения 8 (1,0%), матовое стекло — 5 (0,6%), фибротические изменения — 5 (0,6%), буллы — 2 (0,2%), очаги в плевре — 2 (0,2%).

За весь период наблюдения консультацию офтальмолога прошел почти каждый второй (46,4%), РКТ было проведено 255 больным (30,6%) только в последние 4 года, фибробронхоскопия — 169 (20,3%) При выявлении ФВД обследовали у 243 больных (24,2%), DLCO еще реже — 32 больным (3,8%).

После оказания консультативной помощи на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ (316 больных), в МКДЦ и, при согласии больных на инвазивные процедуры в КОД и РКБ, частота гистологического подтверждения саркоидоза возросла почти в 2 раза — до 44,3%, оценка внешнего дыхания была проведена в 100% случаев, оценка диффузии — в 82%. После проведения спиральной РКТ высокого разрешения изменилась и структура лучевых стадий: стадия 0 — 0,6%, стадия I — 37,7%, II — 55,7%, III — 5,1%, IV — 0,9%. В то же время были выявлены случаи саркоидоза центральной нервной системы и желудка. Особенностью оказания лечебной помощи этой подгруппе больных было соблюдение положений международного соглашения по саркоидозу [2]: применение стероидов только при прогрессировании и внутрилегочном поражении, отказ от туберкулостатиков, максимально возможная изоляция от инфекции, применение щадящей альтернативной терапии — токоферола и пентоксифиллина.

В заключение следует отметить, что клинические проявления саркоидоза в Республике Татарстан не отличаются от проявлений этого заболевания в средневропейской части. В эпидемиологических показателях сохраняется существенное преобладание внутригрудных форм поражения, ввиду высокого охвата населения профилактическими лучевыми обследованиями (флюорографией). Методы оптимизации диагностики и наблюдения этого заболевания требуют приведения их в соответствие с Федеральным законом Российской Федерации «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ, постановлением Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», приказом Минздрава РФ № 109 от 03.2003 года и приказом Минздрава РФ № 312 от 14.07.2003 г. «О признании утратившими силу приказов Минздравмедпрома России и Минздрава России от 22.11.1995 г. № 324 и от 02.02.1998 г. № 33», согласно которым в противотуберкулезных учреждениях наблюдаются только больные туберкулезом любой локализации, а группа учета VIII (саркоидоз) в противотуберкулезных учреждениях упразднена. Пока ведущее место по выявлению и регистрации саркоидоза остается за противотуберкулезными учреждениями, тогда как полноту обследования и верификацию диагноза обеспечивают крупные многопрофильные учреждения (РКБ, КОД, МКДЦ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Визель А. А., Булашова О. В., Амиров Н. Б., Дмитриев Е. Г., Казаков И. М., Исламова Л. В., Гурылева М. Э., Насретдинова Г. Р. Интегральная модель диагностики и наблюдения больных саркоидозом в современных условиях. // Пульмонология. — 2003. — № 3. — с. 74-79.
2. Hunninghake G. W., Costabel U., Ando M. a.o. Statement on sarcoidosis. // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. — 1999. — Vol. 16. — № 2. — p. 149-173.

## Проблемы диагностики и лечения саркоидоза в Самарской области

Ю. В. БОГДАНОВА, О. В. МИЦЕНКО, И. Д. АРТАМОНОВ, М. А. КАСЬЯНОВА, С. Н. БЫЧКОВА, Е. С. МАЛКОВА.  
Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина.

Саркоидоз — это полисистемное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии.

В последние годы имеется тенденция роста заболеваемости саркоидозом. Так, в Самарской области этот диагноз в 2000 г. зарегистрирован в 450 случаях, а в 2003 г. — в 494 случаях. Распространенность саркоидоза по Самарской области составила 1,6 на 100 тысяч населения. Растет число больных с внелегочными проявлениями саркоидоза.

Для диагностики и лечения больных с саркоидозом в Самарской области организован пульмонологический центр на базе Самарской областной клинической больницы. Центр включает в себя пульмонологическое отделение, отделение рентген- и КТ-диагностики, эндоскопическое отделение, клиническую и иммунологическую лабораторию, отделение функциональной диагностики и отделение торакальной хирургии (видеоторакоскопия с биопсией).

За 2003 г. в пульмонологическом центре Самарской областной клинической больницы с диссеминированными легочными заболеваниями обследовано 54 пациента.

В результате обследования у 2 больных выявлен туберкулез легких и у 2 — канцероматоз легких. В одном случае поставлен диагноз гистиоцитоза Х (подтвержден морфологически после проведения торакоскопии с биопсией).

У одного пациента, впервые обратившегося к пульмонологу по поводу одышки, выявлена системная склеродермия с поражением легких (диагноз подтвержден результатами биопсии кожи, иммунологическими исследованиями).

Экзогенный аллергический альвеолит диагностирован у 5 пациентов, токсический фиброзирующий альвеолит — у 4 пациентов (в т.ч. «кордароновой» этиологии).

В 2 случаях верифицировать диагноз диссеминированного легочного заболевания не удалось (пациентам реко-