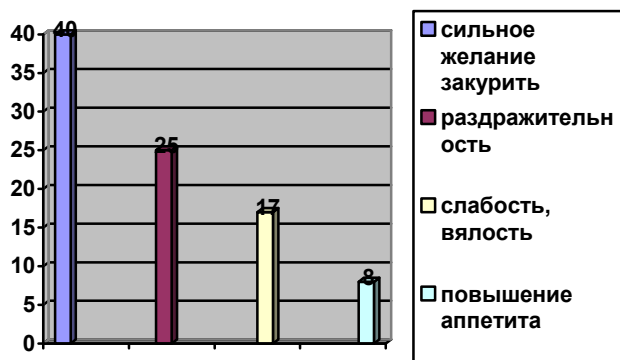


большинство из них мужчины (63%). В группе мужчин преобладала высокая степень никотиновой зависимости, а у женщин – средняя и низкая. Имелись отличия по интенсивности курения в течении суток: мужчины курили больше в утренние часы и в первую половину дня, а женщины – во вторую половину дня, ближе к вечеру, для получения расслабляющего эффекта. Интенсивность курения составляла: у мужчин – 1-3 пачки в день, у женщин – от 2 до 10 сигарет в день. Имелись различия в степени мотивации: вследствие малой интенсивности курения женщины более слабо были мотивированы на отказ от курения. Из 56 курящих, в ходе дальнейшего собеседования, на стадию действия (бросили курить) перешли 34 чел. (60%). На сегодняшний день, из тех пациентов, с кем удается поддерживать контакт, бросили курить – 17 человек, снизили интенсивность курения – 23 человека. Из тех, кто бросил курить – 13 мужчин, 4 женщины. Возможно их больше, так как с частью пациентов контакт был потерян по разным обстоятельствам, и не было возможности отследить их дальнейшую судьбу. Большинство пациентов (90%) в качестве медикаментозной поддержки выбрали препарат варениклин (ЧАМПИКС, Pfizer) и 10% выбрали никотинзаместительную терапию, 2 пациента из них в дальнейшем перешли на варениклин. В течении первой недели после начала лечения, у 40% пациентов отмечалось сильное желание закурить, 25% – раздражительность, 17% – слабость, вялость, 8% – повышенный аппетит.



К концу 2-й-4-й недели большинство симптомов не определялись. Продолжительность лечения, в среднем, составила 1,7 месяца. Часть пациентов (9 чел.), находящихся на отказе от курения, проходила стационарное лечение по поводу ХОБЛ. Им было назначено более расширенное обследование и лечение. Из 9 чел., находившихся на стационарном лечении – 6 бросили курить, 3 – снизили интенсивность курения. Такой способ лечения никотиновой зависимости может быть рекомендован тем курящим, кто может попасть в какие-то провокационные ситуации в первые дни отказа от курения, не уверен в своих силах, и тем пациентам, кто имеет сопутствующую патологию (ХОБЛ, ИБС и др.) и им требуется комплексное лечение. Стационарное лечение пациентов с никотиновой

зависимостью имеет определенные преимущества: более полное обследование пациента в условиях стационара, комплексное и адекватное выявление и лечение сопутствующей патологии, круглосуточный медицинский мониторинг, отсутствие «провоцирующих курение» ситуаций, дополнительные стимулы к отказу от курения, в том числе и принудительные, более комфортное и спокойное эмоциональное состояние пациента и др.

Отказ от курения позволяет осуществить профилактику различных заболеваний. Это четко прослеживается на примере хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). «Прекращение курения является единственным наиболее эффективным, в том числе – экономически эффективным, способом прекращения прогрессирования заболевания (Уровень доказательности А). Короткие курсы лечения табачной зависимости являются эффективными (А) и каждый курящий должен получать курс лечения при каждом визите к врачу» (GOLD).

0010. САРКОИДОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Х.Х. Ганцева, Э.Д. Поздеева, Л.Т. Сулейманова
Башкирский Государственный медицинский
университет (Уфа, Россия)

Саркоидоз является одним из самых распространенных из известных гранулематозов. При этом отмечается неуклонный постепенный рост частоты этого заболевания как в мире, так и у нас, в России. Так, удельный вес саркоидоза среди контингента, прошедшего через диагностическое отделение ЦНИИТ РАМН за 30 лет составил 61%, оставив далеко позади экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) — 12% и пневмонии — 9%. При саркоидозе часто поражаются многие органы, в связи с этим заболевший человек первично может обратиться к врачам разных специальностей: интернистам различного профиля, дерматологу, окулисту, невропатологу, хирургу, онкологу. (Шмелев Е.И. 2004)

В 1999 году появился исторический документ, «стейтмент» по саркоидозу, в котором был обобщен мировой опыт лечения этой болезни, и был констатирован тот факт, что не менее половины больных саркоидозом могут излечиваться спонтанно. С тех пор и в России стало меняться отношение к этому заболеванию, акценты сместились в сторону более интенсивного обследования, проведения РКТ высокого разрешения, трансбронхиальной и видеоторакоскопической (ВТС) биопсии. Диагностика саркоидоза достаточно трудна. В настоящее время после первичного обследования правильный диагноз ставится в 50%; в 20% проводится длительное противотуберкулезное лечение, а 25% больных лечат от неспецифической легочной патологии. (Moller DR

2003) Таким образом, врачи большинства специальностей должны иметь обязательный минимум знаний, на базе которого им предстоит накапливать опыт работы по этой интересной, непростой и социально значимой нозологии.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости саркоидозом среди больных 1 и 2 терапевтических отделений терапевтической Клиники БГМУ за период 2001-2011 гг.; определить особенности клинического течения заболевания и своевременной диагностики, возможность использования данных для обоснования и выбора рациональной терапии. Для практического достижения цели были сформулированы следующие задачи:

- провести анализ и оценить контингент больных саркоидозом, госпитализированные в 1 и 2 терапевтические отделения Клиник БГМУ в 2001-2011гг (на основании материалов статистического отдела и архива Клиники);

- провести комплексную оценку диагностических мероприятий в клинике, включая жалобы, анамнез заболевания и жизни, оценку объективного состояния и результатов дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования;

- на основании данных ретроспективного анализа установить возможность использования разработанного нами диагностического алгоритма для возможности использования в практике врача-интерниста, в том числе для принятия решения в сложных клинических ситуациях.

Материал и методы исследования: Для выполнения цели и решения задач проведен статистический анализ 30.803 истории болезней больных, проходившие стационарное лечение в 1 и 2 терапевтических отделениях Клиники БГМУ за 10 лет (период 2001-2011гг), среди них выявлено 10 больных с диагнозом саркоидоз. Из них пять пациентов были мужского пола, и пять – женского, возраст больных составил от 26 до 59 лет (средний возраст $40 \pm 1,2$ лет). Все пациенты поступали в стационар в плановом порядке по направлению участкового терапевта- 9 человек и в одном случае был перевод из городского кожно-венерологического диспансера. При этом в половине случаев диагноз саркоидоз был выставлен впервые в клинике. У двух человек при поступлении диагноз звучал как узловатая эритема, у трех как внебольничная пневмония, а после углубленного исследования обнаруживали саркоидоз. Длительность заболевания саркоидозом на момент госпитализации в КБГМУ в течение года - у трех больных, около 10 лет - у двух больных. Всем больным были проведены объективные исследования, лабораторные (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови) и функциональные (ЭКГ, ФБС, Эхо-КГ, УЗИ ОБП и почек, рентгенография органов грудной клетки) методы исследования. Из 10 пациентов 4 были консультированы фтизиатром. При изучении жалоб выявили, что всех больных беспокоили слабость, кашель, чаще сухой, одышка, преимущественно при

физической нагрузке и повышение температуры тела в пределах 37,5-38,7 С. У четырех больных отмечалась узловатая эритема в виде плотных узлов размером до нескольких сантиметров, несколько возвышающихся над поверхностью кожи. Суставной синдром имел место у трех пациентов в виде болей и ломоты в крупных суставах нижних конечностей. Кроме того при объективном исследовании выявлялось увеличение мелких периферических лимфатических узлов у двух больных. Острое течение с синдромом Лефгрена было отмечено у одного человека (лихорадка, двухсторонняя внутригрудная лимфаденопатия, полиартралгия и узловатая эритема). При изучении анамнеза выяснили, что одному больному удалось добиться длительной ремиссии в течение 10 лет вследствие активного лечения (ГКС, плазмаферез). При аускультации легких у всех 10 человек выслушивалось везикулярное дыхание, у шести больных сухие хрипы. Усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука в нижних отделах справа определялось у двух пациентов, у остальных было одинаково с обеих сторон легких. Дыхательная недостаточность II степени определялась в половине случаев, у них наблюдалась одышка при обычной физической нагрузке. Увеличение частоты дыхания от 18 до 20 в минуту встречалось у 7 больных и от 21 до 25 у 2 больных. При анализе периферической крови выявили характерные воспалительные изменения в гемограмме, в виде повышения СОЭ в пределах 22-40 мм/ч и СРБ в пределах 18-60 мг/100 мл у шести больных, умеренного лейкоцитоза (до $16,4 \cdot 10^9$ /л) у четырех больных и повышения уровня серомукоидов (до 60 усл.ед.) у пяти больных. При этом у четырех пациентов обнаруживалась лимфоцитопения (15-17%), у двух - анемия средней степени тяжести (гемоглобин в пределах 73-85 г/л). Содержание электролитов (К, Na) определяли у пяти больных и у одного больного - содержание Ca^{2+} в сыворотке крови, результаты были в пределах нормы (3,8-4,8 ммоль/л, 138- 140 ммоль/л; 1,96 ммоль/л соответственно). Изучение иммунологического статуса проводилось троим пациентам. У одного больного были выше нормы IgG 28,62 г/л (8,0-20,0 г/л) и ЦИК 0,055 уе (0,017-0,045 уе). В клиническом анализе мочи, который был проведен всем больным, у 3 человек обнаруживались соли оксалаты (++) , у одного - белок 0,04% (в норме отр.), в остальных случаях результаты были в пределах нормы. В анализе мокроты ни у одного пациента из 10 не обнаружены ВК. При анализе заключений рентгенографического исследования органов грудной клетки выявлено: диффузное резкое усиление и деформация легочного рисунка, диффузный фиброз легочной ткани, малоструктурные корни у двух больных; инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле, на фоне усиленного легочного рисунка, расширение корней у одного человека и у четырех – расширение корней легких за счет увеличения лимфатических узлов, с бугристыми контурами. Трех больным проводился более точный и

высокоспецифичный метод диагностики внутригрудного и внелегочного саркоидоза – компьютерная томография. У всех троих изменения на томограммах интерпретировались как саркоидоз 2 степени: диффузные изменения в легких с наличием множественных перилимфатических очагов, перибронховаскулярными муфтами, инфильтратами, участками повышения плотности легочной ткани по типу матового стекла, увеличение паратрахеальной, бифуркационной и бронхиальной групп лимфатических узлов. Функция внешнего дыхания оценивалась с помощью спирографии (прибор КСП-1), которая была проведена 7 из 10 человек. При этом, у 3 больных были зарегистрированы резко выраженные нарушения по обструктивному типу ЖЕЛ 29-35%, ОФВ₁ 33-38%, у двоих - умеренные нарушения ФВД: ЖЕЛ 65-68%, ОФВ₁ 70%, у одного легкие нарушения ФВД по рестриктивному типу: ЖЕЛ 69%, ОФВ₁ 82%, у одного человека ФВД была в пределах нормы (ЖЕЛ 98%, ОФВ₁ 82%). Фибробронхоскопия была проведена двум больным, у обоих выявлялся катарально-слизистый эндобронхит. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у всех 10 пациентов выявлялись хронический холецистит и панкреатит, у одного человека - желчнокаменная болезнь, у двоих – гепатолиенальный синдром, хронический пиелонефрит также у двоих. Эхокардиографическое исследование выполнено четырем пациентам, из них у троих больных не обнаружено клапанной патологии, ФВ составила 60%, у одного - недостаточность Ткл с регургитацией 2(+++) 3(+++), СДЛА 43 ммртст, легочная гипертензия, ПМК без нарушения гемодинамики, ДМПП 0,4 см, ФВ 63%. Диагноз саркоидоза гистологически верифицирован только у одного из 10 пациентов с саркоидозом путем биопсии внутригрудных лимфатических узлов, что удалось выяснить из анамнеза. С дифференциально-диагностической целью одному человеку проведена проба Манту, результат которой был отрицательным. Двое пациентов с впервые выявленным саркоидозом, после консультации фтизиатра, были выписаны для дальнейшего обследования и лечения в городском противотуберкулезном диспансере. Всем больным проводилась симптоматическая и противовоспалительная терапия: антибиотики (чаще цефалоспорины 2-3 поколения), эуфиллин 5,0 в/в стр, бромгексин 0,008 мг. Также при изучении листа назначений лекарственных препаратов удалось выяснить, что 6 человек из 10 с первого дня госпитализации получали дексаметазон 8 мг парентерально с постепенным снижением дозы до 4 мг в течение 5-7 дней с переходом на преднизолон по схеме (начиная с 5 мг в таблетках). Делалил в дозе 0,25 мг 2 раза в сутки в комбинации с преднизолоном 5 мг получал один человек.

Результаты исследования: В результате проведенного исследования удалось выявить частоту встречаемости саркоидозом среди пациентов общего терапевтического профиля, которая составила 0,03%. За последние 2 года частота госпитализаций больных

саркоидозом выросла. С впервые выявленным саркоидозом было пять человек, у них длительное время диагноз вызывал трудности, что может быть связано с отсутствием выраженности клинических синдромов. Изменения только внутригрудных лимфатических узлов (стадия I) были выявлены у 4 больных (из них 3 мужчин и 1 женщина), тогда как поражения и лимфатических узлов и легких (стадия II) у 6 пациентов (из них 2 мужчин и 4 женщины). Средний возраст больных саркоидозом -40 лет. Данная нозология одинаково часто отмечалась как у лиц мужского пола, так и женского. Кроме того, никому из пациентов не определяли активность АПФ в крови путем радиоиммунного метода, тогда как при активном саркоидозе АПФ по современным данным является маркером активности процесса. Анемия неясной этиологии средней степени тяжести была вынесена в сопутствующие заболевания у трех человек. Рекомендованное определение уровня Са в крови больных саркоидозом у анализируемых наших пациентов проводился только одному. Диагноз саркоидоза гистологически верифицирован только у одного из 10 пациентов с саркоидозом путем биопсии внутригрудных лимфатических узлов, тогда как она является золотым стандартом подтверждения диагноза. По данным нашего исследования, практически всем больным саркоидозом проводилась глюкокортикостероидная терапия, тогда как мировой и отечественный опыт наблюдения за больными саркоидозом свидетельствует, что до 70% вновь выявленных случаев может сопровождаться спонтанной ремиссией. Ни у одного из 10 пациентов не применялись препараты, влияющие на фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), среди которых в состоянии изучения находится пентоксифиллин, а также антиоксиданты, тогда как отечественные исследователи при монотерапии витамином Е отмечали улучшение состояния в 55% случаев и стабилизацию - в 25% (Борисов С.Е. и соавт., 2003).

Выводы

1. Число больных саркоидозом растет, что связано как с ростом аутоиммунной патологии, так и с расширением кругозора врачей.

2. Важнейшая роль в выявлении и установлении предварительного диагноза принадлежит рентгенографии.

3. Лечение саркоидоза должно проходить под постоянным контролем врача, так как только врач может оценить серьезность поражения внутренних органов и назначить правильное, полноценное и своевременное лечение.

4. Саркоидоз - великий имитатор и может маскироваться под различные болезни.

5. Полученные данные позволяют утверждать о целесообразности продолжения и углубления исследования относительно необходимости и перспективности обеспечения ранней комплексной диагностики, индивидуализации лечения и реабилитационных мероприятий у пациентов с саркоидозом.