УДК 616.24-002.182-07

Анализ клинической диагностики саркоидоза в новых организационных условиях

И.Ю. ВИЗЕЛЬ, А.А. ВИЗЕЛЬ

Казанский государственный медицинский университет

Визель Ирина Юрьевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиопульмонологии
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49
тел. (843) 296–25–99, e–mail: tatpulmo@mail.ru

Были проанализированы 1094 случая обращения за медицинской помощью больных, обратившихся к врачу первичного звена, или выявленных при рентгенологическом обследовании в период с октября 1995 года по июль 2013 года. Федеральные и локальные организационные мероприятия приводят к улучшению диагностики саркоидоза, повышению частоты проведения биопсии, снижению частоты необоснованного применения противотуберкулезных препаратов и системных глюкокортикостероидов. Авторы указали, что необходима дальнейшая образовательная и организационная работа для улучшения оказания помощи больным саркоидозом в России.

Ключевые слова: *саркоидоз, первичная диагностика, лечение.*

The analysis of clinical diagnosis of sarcoidosis in new organizational conditions

I.YU. VIZEL, A.A. VIZEL

Kazan State Medical University

Were analyzed 1094 cases of treatment-seeking patients who have turned to primary care physicians or detected by X-ray examination in the period from October, 1995 to July, 2013. Federal and local institutional arrangements lead to a better diagnosis of sarcoidosis, an increase in incidence of biopsy, frequency reduction of abusive application of antitubercular drugs and system glucocorticosteroids. The authors stated that further educational and organizational work to improve the delivery of care to patients with sarcoidosis in Russia is required.

Key words: *sarcoidosis, primary diagnosis, treatment.*

Саркоидоз — эпителиоидноклеточный гранулематоз неизвестной природы — остается предметом изучения специалистов различного профиля. Электронная библиотека PubMed насчитывает более 24 тысяч публикаций по данному заболеванию, а на сайте зарегистрированных контролируемых клинических исследований (http://clinicaltrials.gov) мы находим более 100 активных проектов. Тем не менее, последнее международное соглашение по саркоидозу было опубликовано в 1999 году, после которого не произошло принципиальных изменений в подходах к этому заболеванию [1]. Авторы ключевых работ по саркоидозу именуют его «великим имитатором», поскольку нередко «классическая картина» заболевания может приводить к серьезным заблуждениям [2]. В России с 2003 года саркоидоз был передан в общую сеть здравоохранения, что расширило диагностический поиск при этом заболевании от флюорографической находки до полиорганного страдания. В Республике Татарстан была реализована уникальная схема диагностики и лечения больных саркоидозом, соответствующая международным стандартам ведения этой группы больных. Был осуществлен перевод больных саркоидозом из противотуберкулезных учреждений в общую лечебную сеть, что уменьшило не только вероятность инфицирования и суперинфицирования этих больных микобактериями туберкулеза (в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью), но и вероятность рецидивирующего течения саркоидоза. Повысилась обращаемость этих больных за медицинской помощью, что почти в 2 раза удвоило выявляемость саркоидоза в Татарстане [3]. Внедрение «Порядка оказания меди-

цинской помощи больным бронхолегочными заболеваниями» для пациентов с саркоидозом в г. Омске позволило обеспечить гистоморфологическую верификацию диагноза в 100% случаев, организовать комплексную терапию и диспансерное наблюдение, добиться сокращения количества рецидивов заболевания, обеспечить реабилитацию пациентов [4]. Процесс первичной диагностики саркоидоза остается серьезной проблемой. Такие достижения имидж-диагностики, как компьютерная томография высокого разрешения и позитронно-эмиссионная томография, рассматриваются сегодня как совершенные методы определения места для взятия биоптата из лимфатического узла, легкого или другого органа [5].

Цель работы — проведен анализ процесса первичной диагностики саркоидоза от обращения пациента к врачу первичного звена, дообследования у пульмонолога и до гистологического подтверждения или исключения диагноза.

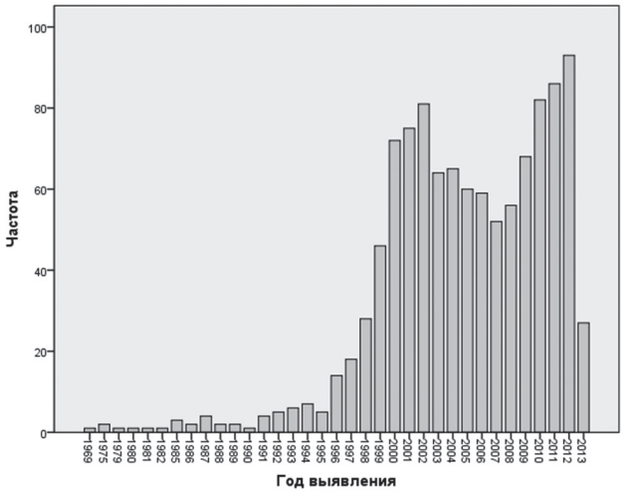
Методы работы

Была создана электронная база данных в виде электронной таблицы программы Excel Microsoft 2010 в среде Windows 7, в которую заносили данные 1094 случая диагностического поиска у больных, обратившихся к врачу первичного звена, или выявленных при лучевом обследовании и направленных к пульмонологу в Казани с вероятным диагнозом саркоидоз (342 мужчины и 752 женщин) в период с 11 октября 1995 года по 4 июля 2013 года. Изменения, вызвавшие предположение о саркоидозе, были установлены в период с 1969 по 2013 гг.

Результаты работы

Распределение пациентов по годам выявления представлено на рисунке 1. Очевидно, что количество больных, активно обращавшихся к пульмонологу с годами, не снижается.

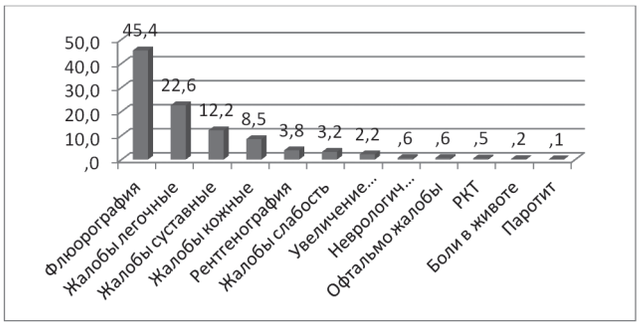
Рисунок 1.
Распределение пациентов, проконсультированных пульмонологом в связи с подозрением на саркоидоз



Среди обратившихся преобладали пациенты из Республики Татарстан (78,83%), Республики Марий Эл (5,7%), Удмуртии (2,3%), Мордовии (2,3%), Чувашии (2,3%), Башкортостана (1,7%), Ульяновской области (1,6%), Нижнего Новгорода (1,1%), Самарской области (0,7%) тогда как из остальных регионов России было 5 и менее пациентов (<1% из каждого).

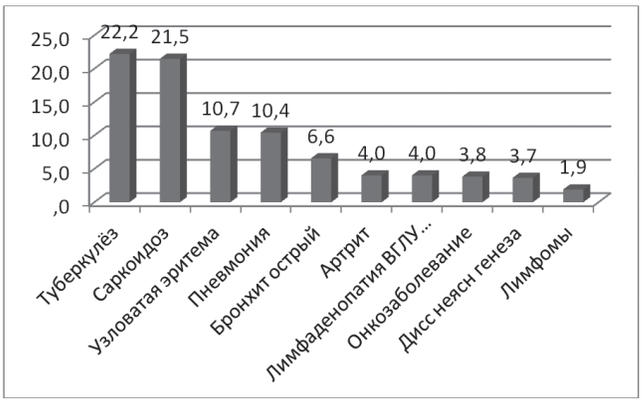
Причиной дальнейшего диагностического поиска чаще всего было вывление изменений при профилактической флюорографии легких (45,4%), среди причин первичного обращения к врачу были жалобы со стороны органов дыхания (22,6%), суставов (12,2%), кожи (8,5%), слабость (3,2%), увеличение периферических лимфатических узлов (2,2%), неврологические жалобы (0,6%), снижение зрения (0,6%), боли в животе (0,2%) и воспаление слюнных желез (0,1%). Рентгенографические находки составили 3,8%, а первичные изменения на РКТ — 0,5% (распределение отражает рис. 2).

Рисунок 2.
Распределение причин обращения к врачу больных, проконсультированных впоследствии пульмонологом в связи с подозрением на саркоидоз



Распределение первичных диагнозов у больных, оказавшихся впоследствии на приеме у «саркоидолога» представлено на рисунке 3. На диаграмму вынесены диагнозы, частота которых составила более 1%.

Рисунок 3.
Распределение первичных диагнозов, выставленных больным, проконсультированным впоследствии пульмонологом в связи с подозрением на саркоидоз



После дообследования у пульмонолога только 7 диагнозов превысили по частоте 1% и распределились следующим образом: саркоидоз — 78,6%, туберкулез — 6,7%, опухолевые заболевания — 2,1%, узловатая эритема — 2,0%, диссеминированный процесс в легких неясного генеза — 1,6%, лимфомы — 1,6%, острый бронхит — 1,1%.

После установления клинического диагноза 2 диагноза превысили 1% по частоте — саркоидоз

95,5%, узловатая эритема — 1,0%, следом за ними шла онкопатология, оставлявшая 0,5%, а туберкулез составил 0,3%.

Изменения частот диагнозов на трех диагностических этапах отражает таблица 1.

Очевидно, что на этапе первичной диагностики, где преобладали больные с изменениями на флюорограммах, чаще всего предварительным диагнозом оказался туберкулез. Реальная частота туберкулеза в этой популяции больных оказалась в 74 раза ниже, чем предполагалось. 13,8% больных получили в период диагностического процесса противотуберкулезные препараты с лечебной или профилактической целью (то есть в 22,3 раза чаще, чем это было оправдано окончательным диагнозом).

После постановки первого диагноза 48% врачей проводили дообследования, не применяя активной терапии, 19,2% назначили антибиотики, 9,8% — противотуберкулезную терапию, 7,1% — сочетание антибактериальных средств с нестероидными противовоспалительными (НПВС), 5,5% — только НПВС, 2,6% — системные глюкокортикостероиды (СКС), 1,5% — альфа-токоферол, 1,3% — короткий курс антибиотиков с переходом на противотуберкулезные средства и 1% — муколитики, остальные препараты применялись реже.

Для дальнейшей статистической обработки были выделены 528 пациентов, у которых диагноз саркоидоз был подтвержден при инвазивном дообследовании (32,8% мужчин и 67,1% женщин; средний возраст 42,6±0,5 года, от 15 до 76 лет).

Среди этих больных первыми вероятными диагнозами, частота которых превысила 1%, был туберкулез (24,1%), саркоидоз (17,4%), пневмония (12,9%), узловатая эритема (7,2%), онкологическая патология (6,6%), острый бронхит (5,9%), артрит (4,2%), диссеминация неясного генеза (4,0%), лимфогранулематоз (2,7%), внутригрудная лимфаденопатия неясного генеза (2,5%) и ОРВИ (1,3%).

Лидирующая позиция туберкулеза в спектре вероятных диагнозов у больных с вновь выявленным и верифицированным позднее саркоидозом может объясняться тем, что в 45,3% случаев диагностический поиск начинался после выявления изменений на флюорографии и пациенты были направлены сразу в противотуберкулезный диспансер в результате чего 17% больных получали противотуберкулезные препараты. Эта ситуация имела динамику во времени, в связи с изменениями в организации помощи этим больным.

В 2003 году в России была упразднена VIII группа диспансерного учета, пациенты перешли под наблюдение общей врачебной сети. При сравнении больных саркоидозом, выявленных по 2003 год включительно и позднее было отмечено снижение флюорографического выявления с 50,3 до 42,7% ($p>0,05$), а частота необоснованного применения противотуберкулезных препаратов снизилась с 27,1 до 12,0% ($p<0,01$). Доля верифицированных на тканевом и клеточном уровне в эти периоды была 39,7 и 54,8% ($p<0,01$).

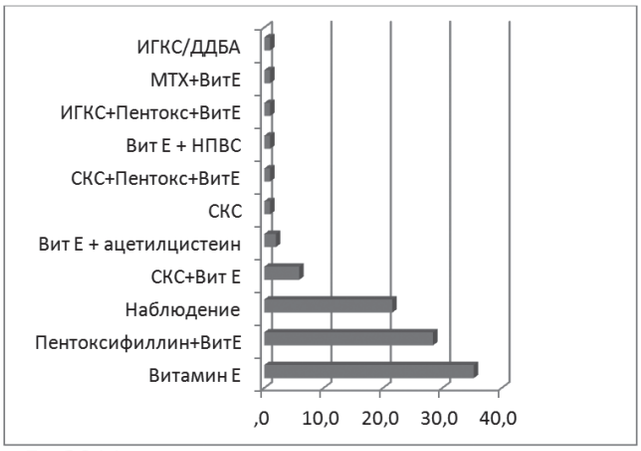
В Татарстане порядок оказания помощи больным саркоидозом изменился в 2010 году. Среди 875 больных из Республики Татарстан до 2011 года имели верификацию диагноза 43,7%, а после — 63,4% ($p<0,01$). Несмотря на то, что каждый пятый пациент, прошедший дифференциальную диагностику с саркоидозом как до 2011, так и после 2011 года прошел дообследование у фтизиатра (22,7 и 21,7%, соответственно, $p>0,1$), назначение противотуберкулезных препаратов среди всех обратившихся снизилось с 13,4 до 6,8% ($p<,05$).

Среди 406 жителей Татарстана, у которых саркоидоз был верифицирован биопсией, как до 2011, так и после 2011 года, выявленные при флюорографии изменения были основанием для дальнейшего дообследования в 50,7 и 40,2% случаев ($p>0,05$). Туберкулез, как вероятный первичный диагноз туберкулез врачи выставляли в 25,7 и 19,6% ($p>0,1$), противотуберкулезные препараты были назначены в 17,8 и в 7,8% случаев, соответственно ($p<0,05$). Пневмония, как первый диагноз, была выставлена

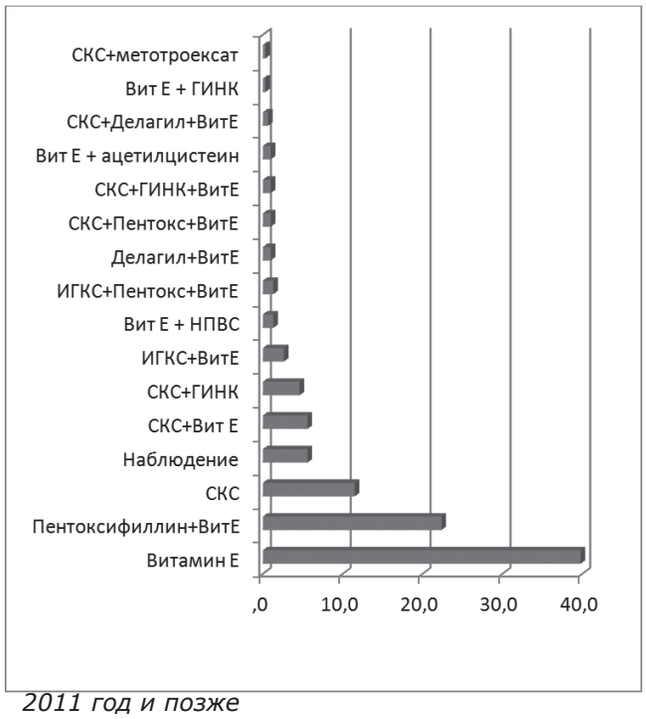
Таблица 1.
Диагнозы, выставленные больным с подозрением на саркоидоз на разных этапах диагностического процесса (n=1094)

Нозологии	Первичный диагноз (%)	Диагноз после дообследования (%)	Клинический диагноз (%)
Туберкулез	22,2%	6,7%	0,3%
Саркоидоз	21,5%	78,6%	95,5%
Узловатая эритема	10,7%	2,0%	1,0%
Пневмония	10,4%	0,8%	0,3%
Бронхит острый	6,6%	1,1%	0,3%
Артрит	4,0%	0,4%	0,1%
Лимфаденопатия ВГЛУ неясноногенеза	4,0%	0,2%	0%
Онкозаболевание	3,8%	2,1%	0,5%
Диссеминация неясного генеза	3,7%	1,6%	0,1%
Лимфомы	1,9%	1,6%	0,2%

Рисунок 4.
Врачебные назначения больным после установления верифицированного биопсией диагноза саркоидоз до 2011 и начиная с 2011 года



До 2011 года



2011 год и позже

в 9,9 и 16,7% случаев, а антибактериальные препараты назначались в 27,2 и 24,5% случаев, соответственно. Следует отметить, что как до 2010 года, так и после в 48 и 55,9% случаев, соответственно, избиралась выжидательная тактика и лечение в период дообследования назначено не было.

Перечень назначений больным после постановки верифицированного биопсией диагноза саркоидоз до 2011 и начиная с 2011 года отражен на рисунке 4.

После передачи больных в общую сеть и пульмонологические отделения частота стартовой терапии системными глюкокортикостероидам снизилась с 24,7 до 7,9% ($p<0,05$), прекратилось превентивное назначение противотуберкулезных препаратов, тогда как частота применения пентоксифиллина не изменилась (24,7 и 28,4%, соответственно).

Заключение

Проведенный анализ показал, что стремление к верификации диагноза саркоидоз на тканевом и клеточном уровне в период его первичной диагностики обосновано высокой частотой заболеваний опухолевой природы со сходной клинической симптоматикой и лучевой картиной. Приведение оказания помощи больным саркоидозом к уровню международных и отечественных федеральных рекомендаций [6] привело к увеличению частоты подтверждения диагноза, снижению частоты применения системных глюкокортикостероидов и противотуберкулезных средств. В то же время увеличилось число случаев с ошибочно выставляемым первичным диагнозом пневмония, а применение антибиотиков в качестве стартовой терапии не уменьшилось. Это свидетельствует о необходимости дальнейшей образовательной и организационной работы в практическом здравоохранении по оказанию помощи больным саркоидозом на современном этапе развития мировой и отечественной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hunninghake G.W., Costabel U., Ando M. et al. Statement on sarcoidosis // Amer. J. Crit. Care Med. –– 1999. — Vol. 160. — № 2. — P. 736-755.
2. James D.G. Sarcoidosis 2001 // Postgrad. Med. J. — 2001. — Vol. 77. — № 905. — P. 177-180.
3. Визель А.А., Созинов А.С., Фаррахов А.З., Туишев Р.И., Потанин В.П., Амиров Н.Б., Гуслякова Р.П., Сафин И.Н., Визель И.Ю., Потанин А.В. Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан // Эффективная фармакотерапия: Пульмонология и отриноларингология. — 2011. — № 4. — С. 6-11.
4. Петров Д.В., Овсянников Н.В., Кононенко А.Ю. и др. Результаты внедрения «Порядка оказания медицинской помощи больным саркоидозом» в городе Омске // Вестник современной клинической медицины. — 2013. — 6 (2). — С. 42-46.
5. Israel-Biet D., Valeyre D. Diagnosis of pulmonary sarcoidosis // Curr. Opin. Pulm. Med. 2013 Jul 22. [Epub ahead of print]
6. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. акад. А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 548-564.

WWW.MFVT.RU