РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ «ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САРКОИДОЗОМ» В ГОРОДЕ ОМСКЕ

ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ПЕТРОВ, врач-пульмонолог пульмонологического кабинета поликлиники

БУЗ Омской области «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-960-983-63-34, e-mail: dmitrpetrov@bk.ru

НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ ОВСЯННИКОВ, докт. мед. наук, заслуженный врач РФ, зав. пульмонологическим отделением

БУЗ Омской области «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-381-274-45-25, e-mail: niklajjovs@rambler.ru

АННА ЮРЬЕВНА КОНОНЕНКО, врач-пульмонолог пульмонологического кабинета поликлиники БУЗ Омской области

«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-913-635-18-69

НАТАЛЬЯ ГЕОРГИЕВНА ПЬЯННИКОВА, врач-пульмонолог пульмонологического отделения БУЗ Омской области

«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-950-330-29-18

ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА КАПУСТЬЯН, врач-пульмонолог пульмонологического отделения БУЗ Омской области

«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-913-617-68-89

ЭДУАРД АЛЕКСАНДРОВИЧ КАПРАЛОВ, врач-пульмонолог, врач-аллерголог пульмонологического отделения

БУЗ Омской области «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-913-607-83-85

СВЕТЛАНА СЕРГЕЕВНА БУНОВА, докт. мед. наук, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО

«Омской государственной медицинской академии», Омск, Россия, тел. 8-381-273-33-37, e-mail: ssbunova@mail.ru

ЛЮДМИЛА НИКОЛАЕВНА ГАСАЕНКО, канд. мед. наук, зам. гл. врача по лечебной работе БУЗ Омской области

«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», Омск, Россия, тел. 8-381-273-13-09, e-mail: ogkb-1@mail.ru

Реферат. Цель — оценить эффективность внедрения «Порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями» на примере больных саркоидозом в г. Омске. *Материал и методы.* Использовались данные карт диспансерного учета, анкет опросника Sarcoidosis Health Questionnaire (SHQ) пульмонологического кабинета поликлиники, историй болезни отделения торакальной хирургии, пульмонологического отделения и дневного пульмонологического стационара поликлиники БУЗ Омской области «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.». Проведен анализ распространенности, особенностей течения заболевания у больных саркоидозом органов дыхания в условиях крупного промышленного города Западной Сибири (Омск) за период с 2003 по 2011 г. В исследование включены 295 пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозом «саркоидоз» в г. Омске. *Результаты.* Внедрение «Порядка оказания медицинской 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.

Ключевые слова: саркоидоз, порядок оказания медицинской помощи, качество жизни, рецидив.

RESULT OF THE INTRODUCTION OF «ORDER OF MEDICAL CARE OF SARCOIDOSIS PATIENTS» IN OMSK CITY

DMITRIY V. PETROV, NIKOLAY V. OVSYANNIKOV, ANNA JU. KONONENKO, NATALIA G. PYANNIKOVA, OLGA V. KAPUSTYAN, EDUARD A. KAPRALOV, SVETLANA S. BUNOVA, LYUDMILA N. GASANENKO

Abstract. The introduction of the «Order of care of patients of broncho-pulmonary disease» in patients with sarcoidosis in the Omsk city allowed to provide histomorphological verification of diagnosis in 100% of the combined therapy and to organize medical check-up, to reduce the number of relapses, to ensure the rehabilitation of patients.

Key words: sarcoidosis, order of care of patients, health related quality of life, relapse.

Интерстициальные заболевания легких являются актуальной проблемой современной респираторной медицины, поскольку в последние десятилетия их распространенность имеет неуклонную тенденцию к росту. На интерстициальные процессы приходится до 20% всех заболеваний легких [2]. Диагностика и дифференциальная диагностика интерстициальных заболеваний легких сложна, зависит от наличия современных методов обследования, специальных знаний, высокой квалификации и клинического опыта специалистов (пульмонолога, рентгенолога, торакального хирурга и патоморфолога) [1, 4, 8]. Это определяет концентрацию пациентов в специализированных лечебных учреждениях, имеющих такие возможности.

Саркоидоз — это системное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, встречающееся у людей обоих полов, преимущественно среднего воз-

раста, с некоторыми расологическими особенностями, характеризующееся преимущественным поражением лимфатических узлов, легких, кожи, глаз, хотя возможны поражения любых других органов и систем. При саркоидозе гранулемы имеют неказеифицирующий характер с присутствием CD4+, гигантских клеток инородных тел и клеток Лангханса, что отражает, по-видимому, поляризацию иммунного ответа по Th1-типу [1, 2, 4, 9].

Частота заболеваемости саркоидозом в мире составляет от 0,2 до 64 случаев на 100 тыс. жителей и неуклонно растет [1]. В России распространенность — 22—47, а заболеваемость 2—7 случаев на 100 тыс. взрослого населения и «зависит от наличия диагностических центров и специалистов» [4].

Рецидивирующее течение саркоидоза отмечено в 15—68% случаев. Столь значительный разброс связан

с формой и стадией процесса, режимом и методом лечения, сопутствующими и фоновыми заболеваниями и т.д. Не последнюю роль играет длительность наблюдения. Чем дольше наблюдение, тем чаще удастся зарегистрировать рецидив [1].

Приказ МЗ РФ от 22.11.95 г. № 324 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению» определил новые тенденции в оказании медицинской помощи больным саркоидозом, создав предпосылки для концентрации таких пациентов в специализированных учреждениях для выявления, лечения и диспансерного наблюдения, что позволило повысить объективность оценки эпидемиологических показателей и результатов наблюдения. Тогда была создана VIII группа диспансерного учета в противотуберкулезных учреждениях для ведения таких больных.

До 2003 г. больные саркоидозом в России даже после верификации диагноза оставались пациентами противотуберкулезных учреждений, они получали пробную и превентивную терапию противотуберкулезными препаратами, которые могут вызывать развитие кардио-, нейро-, гепатотоксических побочных реакций [3]. Пребывание в противотуберкулезном стационаре больного саркоидозом создавало для него угрозу инфицирования и ятрогенного заболевания, наносило психологическую травму, достоверно снижая качество жизни пациентов.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18.06.2001 № 77-ФЗ, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2003 № 109 и от 14.07.2003 № 312 «О признании утратившими силу приказов Минздравмедпрома России и Минздрава России от 22.11.1995 № 324 и от 02.02.1998 № 33» упразднена VIII группа диспансерного учета и наблюдения больных саркоидозом в противотуберкулезных учреждениях. В соответствии с МКБ-10 саркоидоз отнесен к классу III (D50-D89) «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» и исключен из перечня инфекционных заболеваний.

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 апреля 2010 г. № 222н «Порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля» явилось дальнейшим развитием правовой базы для оказания помощи больным саркоидозом.

Цель исследования — оценить эффективность внедрения «Порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями» на примере больных саркоидозом в г. Омске.

Материал и методы. Использовались данные карт диспансерного учета, анкет опросника Sarcoidosis Health Questionnaire (SHQ) пульмонологического кабинета поликлиники, истории болезни отделения торакальной хирургии, пульмонологического отделения и дневного пульмонологического стационара поликлиники БУЗ Омской области «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.». Проведен анализ распространенности, особенностей течения заболевания у больных саркоидозом органов дыхания в условиях крупного промышленного города Западной Сибири (Омск) за период с 2003 по 2011 г. В исследование включены 295 пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозом «саркоидоз» в г. Омске.

Все полученные значения обработаны в программном пакете SPSS 19.0 для Microsoft Windows 7. Для подсчета и сравнения средних величин использовался t-критерий Стьюдента. Для изучения корреляций между данными опросника по изучению качества жизни (SHQ) и значениями функции внешнего дыхания (ФВД) использован коэффициент корреляции Пирсона. Статистически достоверными считались значения $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате внедрения «Порядка оказания медицинской помощи больным саркоидозом» за последние 8 лет в г. Омске произошел рост диспансерной группы больных саркоидозом практически в 6 раз, с 49 до 295 пациентов. Заболеваемость саркоидозом также выросла с 4,08 до 24,6 случаев на 100 тыс. населения. Выявляемость саркоидоза за эти годы имела волнообразную кривую с пиками в 2004 и 2008 гг. (рис. 1). Подобный рост мы

Рис. 1. Динамика количества выявленных больных саркоидозом в г. Омске

объясняем совершенствованием диагностики данной нозологии, применением комплекса диагностических возможностей специализированного многопрофильного стационара для каждого клинического случая подозрения на данное заболевание.

С 2003 г. больные саркоидозом в г. Омске наблюдались в общей лечебной сети, где участковые терапевты и врачи общей практики, не имея достаточной подготовки, не могли адекватно лечить, наблюдать и проводить реабилитацию таких пациентов. С 2005 г. больные интерстициальными заболеваниями легких наблюдаются на базе БУЗ Омской области «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», где есть возможность проведения мультиспиральной компьютерной томографии, фибробронхоскопии, видеоторакоскопии с биопсией внутригрудных лимфатических узлов, плевры, легких, эфферентных методов терапии и гипербарической оксигенации.

Как известно, женщины болеют саркоидозом чаще, чем мужчины. Из общего количества больных с установленным диагнозом «саркоидоз» в Омске женщин было 215 (73%) и мужчин — 80 (27%). Возраст пациентов колебался в пределах 19—83 лет, средний возраст составил $(49,4 \pm 12,3)$ года.

Классический синдром Лефгрена (внутригрудная лимфаденопатия, узловатая эритема, артралгии, лихорадка) отмечен в 11 (3,73%) случаях. У 13,7% больных увеличение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) сочеталось с отдельными компонентами синдрома: узловатая эритема — у 9, артралгия — у 7, лихорадка — у 9, узловатая эритема и артралгия — у 6, артралгия и лихорадка — у 4 больных. Синдром Хеерфорда не наблюдался ни у одного больного. Ни в одном случае только клинические проявления не могли служить основой установленного диагноза, все диагнозы имели гистологическое подтверждение.

Бронхоскопия, предусмотренная в качестве обязательного диагностического метода в «Порядке оказания помощи больным саркоидозом», проведена всем, включенным в исследование пациентам. При этом

при бронхоскопии у всех больных выявлены лишь неспецифические воспалительные изменения в бронхах, не позволявшие верифицировать диагноз.

У всех пациентов с рентгенологической картиной диссеминации в легких и/или внутригрудной лимфаденопатией были проведены биопсии ВГЛУ, тканей легкого, плевры, у некоторых — периферических лимфатических узлов с последующей гистоморфологической верификацией диагноза. Все 295 случаев саркоидоза, включенных в исследование, были гистологически верифицированы.

Распределение больных саркоидозом по стадиям согласно Statement on Sarcoidosis ATS/ERS/WASOG [7] и классификации саркоидоза органов дыхания К. Wurm (1958) представлено на рис. 2. При этом I стадия заболевания диагностирована у 10,6% пациентов, II стадия — у 75,3% пациентов, III стадия — у 9,3% пациентов, IV стадия — у 4,8% пациентов.

Терапия кортикостероидными гормонами проведена у всех больных по индивидуальным схемам с учетом темпов регрессии в течение 3—12 мес [1,6]. У пациентов с бронхиальными жалобами применялся будесонид 800—1200 мкг в сут [6]. Кроме того, использовались делагил, плаквенил, индометацин, диклофенак, нимесулид, тиосульфат натрия, рибоксин, аскорутин, витамины А, С, Е и поливитаминные комплексы, баротерапия, плазмаферез, физиотерапевтическое лечение.

Организовано диспансерное наблюдение в пульмонологическом кабинете поликлиники БУЗ ОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.», где наблюдаются 295 больных саркоидозом. Для пациентов создан интернет-портал www.pulmon.ru, где доступно изложена информация о саркоидозе, методах диагностики, лечения и повышения качества жизни.

Качество жизни больных хронической патологией является важной характеристикой контроля над заболеванием и результатом терапии. При исследовании качества жизни больных саркоидозом с использованием валидизированного опросника SHQ [5] отмечены более

Рис. 2. Распределение пациентов по стадиям саркоидоза (согласно Statement on Sarcoidosis ATS/ERS/WASOG)

высокие значения в шкалах ежедневной жизнедеятельности и эмоционального состояния при II стадии саркоидоза органов дыхания по сравнению с I стадией ($p=0,048$ и $0,0406$ соответственно). Также наблюдалось значительное снижение значений показателей по этим шкалам при III и IV стадиях саркоидоза органов дыхания ($p=0,0372$ и $0,0398$). Значения шкалы физического самочувствия оказалось выше в группе больных со II стадией по сравнению с больными, имеющими I стадию саркоидоза органов дыхания ($p=0,052$). Отмечено снижение баллов по шкале физического самочувствия в группах больных с III и IV стадиями болезни ($p=0,048$ и $0,0452$). При оценке общего балла по опроснику SHQ выявлена стойкая тенденция к снижению качества жизни по мере перехода стадий заболевания от I к IV ($p\leq 0,05$).

Выявлены гендерные различия в качестве жизни респондентов по всем шкалам значений опросника SHQ. Качество жизни женщин ниже, чем мужчин ($p\leq 0,05$), что, вероятно, объясняется психологическими особенностями реагирования на болезнь (рис. 3).

При исследовании основных показателей спирометрии отмечено достоверное снижение значений объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) и фактической жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) у женщин и мужчин ($p=0,032$ и $0,046$ соответственно). При сравнении этих двух групп отмечены более низкие значения ОФВ₁ и ФЖЕЛ у мужчин, чем у женщин ($p=0,0482$ и $0,0367$ соответственно) (рис. 4).

Рецидивирующее течение саркоидоза наблюдали у 44 больных (14,9%), причем 1—2 рецидива случались у 40 (13,7%) пациентов, 3 и более рецидивов — у 4 (1,3%)

Рис. 2. Распределение пациентов по стадиям саркоидоза (согласно Statement on Sarcoidosis ATS/ERS/WASOG)

Рис. 4. Гендерные различия основных показателей спирометрии

пациентов. При этом у пациентов с саркоидозом, выявленным в 2003—2004 гг., в большинстве случаев отмечены рецидивы заболевания (43,4% от выявленных в эти годы больных), в последующем частота рецидивов прогрессивно снижалась и за период с 2005 по 2010 г. составила 11,9%.

Активное выявление саркоидоза с морфологической верификацией диагноза, динамическое всестороннее наблюдение таких пациентов, включая изучение качества жизни, комплексное лечение и реабилитация в условиях специализированной пульмонологической службы с 2005 г. позволили оптимизировать диагностику, лечение и дальнейшее ведение больных саркоидозом, что дало возможность сократить количество рецидивов заболевания. Имеющиеся рецидивы у 14,9% пациентов заставляют пересматривать подходы к прогнозированию течения заболевания, разрабатывать биохимические, гистоморфологические и молекулярно-генетические прогностические критерии для таких пациентов.

Заключение. Внедрение «Порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями» для больных саркоидозом в г. Омске позволило повысить эффективность диагностики, комплексной терапии, реабилитации и наблюдения пациентов, что дало возможность сократить число рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель, А.А. Саркоидоз: монография / А.А. Визель. — М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2010. — 416 с.: ил.
2. Илькович, М.М. Саркоидоз органов дыхания / М.М. Илькович // Интерстициальные заболевания легких: руководство для врачей / под ред. М.М. Ильковича, А.Н. Кокосова. — СПб., 2005. — С.288—328.
3. Мордык, А.В. Частота и патогенез неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты / А.В. Мордык // Вестник современной клинической медицины. — 2010. — Т. 3, вып. 1. — С.16—21.
4. Шмелев, Е.И. Саркоидоз / Е.И. Шмелев // Атмосфера: Пульмонология и аллергология, 2004. — № 2 (13). — С.3—10.

5. Шмелев, Е.И. Качество жизни при саркоидозе — валидация нового инструмента / Е.И. Шмелев [и др.] // Терапевтический архив. — 2008. — № 3. — С.32—37.
6. Gruttersand, J.C. Corticosteroid treatment in sarcoidosis / J.C. Gruttersand // European Respiratory Journal. — 2006. — Vol. 28. — P.627—636.
7. Hunninghake, G.W. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis / G.W. Hunninghake, U. Costabel, R. Baughman // Sarcoidosis Vascular Diffuse Lung Dis. — 1999, September. — № 16(2). — P.149—73.
8. Lynch, J.P. Interstitial pulmonary and bronchiolar / J.P. Lynch // Lung biology in health and disease; Informa Healthcare USA, Inc. — 2008. — P.227.
9. Nunes, H. Sarcoidosis / H. Nunes [et al.] // Orphanet Journal of Rare Diseases. — 2007. — № 2. — P.46.

REFERENCES

1. Vizeľ, A.A. Sarkoidoz: monografiya / A.A. Vizeľ. — M.: Izdatel'skii holding «Atmosfera», 2010. — 416 s.: il.
2. Il'kovich, M.M. Sarkoidoz organov dyhaniya / M.M. Il'kovich // Interstitsial'nye zabolevaniya legkih: rukovodstvo dlya vrachei / pod red. M.M. Il'kovicha, A.N. Kokosova. — SPb., 2005. — S.288—328.
3. Mordyk, A.V. Chastota i patogenez neblagopriyatnyh pobochnykh reakcii na protivotuberkuleznyye preparaty / A.V. Mordyk // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2010. — T. 3, vyp. 1. — S.16—21.
4. Shmelev, E.I. Sarkoidoz / E.I. Shmelev // Atmosfera: Pul'monologiya i allergologiya, 2004. — № 2 (13). — S.3—10.
5. Shmelev, E.I. Kachestvo zhizni pri sarkoidoze — validaciya novogo instrumenta / E.I. Shmelev [i dr.] // Terapevticheskii arhiv. — 2008. — № 3. — S.32—37.
6. Gruttersand, J.C. Corticosteroid treatment in sarcoidosis / J.C. Gruttersand // European Respiratory Journal. — 2006. — Vol. 28. — P.627—636.
7. Hunninghake, G.W. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis / G.W. Hunninghake, U. Costabel, R. Baughman // Sarcoidosis Vascular Diffuse Lung Dis. — 1999, September. — № 16(2). — P.149—73.
8. Lynch, J.P. Interstitial pulmonary and bronchiolar / J.P. Lynch // Lung biology in health and disease; Informa Healthcare USA, Inc. — 2008. — P.227.
9. Nunes, H. Sarcoidosis / H. Nunes [et al.] // Orphanet Journal of Rare Diseases. — 2007. — № 2. — P.46.

© Т.И. Морозова, Л.Е. Паролина, Н.П. Докторов, О.Н. Баринбойм

УДК 616.24-002.5-085.28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ *M. TUBERCULOSIS*

ТАТЬЯНА ИВАНОВНА МОРОЗОВА, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой фтизиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, тел. 8-845-226-16-90, e-mail: dispans@san.ru

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА ПАРОЛИНА, докт. мед. наук, проф. кафедры фтизиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, тел. 8-845-226-16-90, e-mail: drlparol@inbox.ru

НАТАЛЬЯ ПЕТРОВНА ДОКТРОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, тел. 8-845-226-16-90, e-mail: drndok@mail.ru

ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА БАРИНБОЙМ, канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, тел. 8-845-226-16-90, e-mail: barenb@mail.ru

Реферат. Цель — оценка эффективности лечения впервые выявленных больных с высоким риском развития ЛУ *M. Tuberculosis* (МБТ) при использовании различных форм этиотропных препаратов. Материал и методы. Исследование с наблюдением за 73 больными, лечившимися в Областном клиническом противотуберкулезном