

разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещако, Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения / Р.И. Верещако // Клинические исследования. — 2010. — № 4. — С.121—125.
2. Давыдов, М.И. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода / М.И. Давыдов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2010. — № 3. — С.75—79.
3. Давыдов, М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. — М.: Практическая медицина, 2007. — 392 с.
4. Кротов, Н.Ф. Выбор метода оперативного вмешательства при раке пищевода / Н.Ф. Кротов, А.Э. Расулов // Конгресс онкологов Узбекистана. Ташкент. — 2015. — № 3. — С.7—8.
5. Мирошников, Б.И. Эзофагопластика при «ущербном» желудке или его отсутствии / Б.И. Мирошников, Н.В. Ананьев // Вестник хирургии. — 2004. — № 2. — С.24—28.
6. Черноусов, Ф.А. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф.А. Черноусов, Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева // Endo Хирургия: сб. тез. XI съезда хирургов России. — М., 2010. — С.15—18.
7. Kimura, Y. Minimally invasive total pharyngo-laryngo-esophagectomy and reconstruction with gastric tube: report of three cases / Y. Kimura, M. Morita, H. Saeki // Fukuoka Igaku Zasshi. — 2013. — № 104 (11). — P.442—448.
8. Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis after Esophagectomy: Respiratory Complications and Role of Nerve Reconstruction / K. Koyanagi, H. Igaki, J. Iwabu [et al.] // Tohoku J. Exp. Med. — 2015. — Vol. 237 (1). — P.1—8.
9. Li, B. Factors Affecting Hospital Mortality in Patients with Esophagogastric Anastomotic Leak: A Retrospective Study / B. Li, J. Xiang // World J. Surg. — 2015. — № 4. — P.176—182.

REFERENCES

1. Vereshhako RI. Pozdnie oslozhneniya subtotal'noj i total'noj jezofagoplastiki i metody ih ustraneniya [Late complications of subtotal and total esophagoplasty and troubleshooting]. Klinicheskie issledovaniya [Clinical researches]. 2010; 4: 21—125.
2. Davydov MI. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh rakom grudnogo otdela pishhevoda [Surgical treatment of patients with thoracic esophageal cancer]. Vestnik RONC imeni NN Blohina RAMN [Bulletin of the RCRC by NN Blokhin]. 2010; 3: 75—79.
3. Davydov MI, Stilidi IS. Rak pishhevoda [Cancer of the esophagus]. Moskva: Izdatel'stvo «Prakticheskaja Medicina» [Moscow: Publishing House "Practical Medicine"]. 2007: 392 p.
4. Krotov NF. Vybor metoda operativnogo vmeshatel'stva pri rake pishhevoda [The choice of method of surgery for esophagus cancer]. Kongress onkologov Uzbekistana [Congress of Oncologists of Uzbekistan]. Tashkent. 2015; 3: 7—8.
5. Miroshnikov BI. Jezofagoplastika pri «ushherbnom» zheludke ili ego otsutstvii [Esophagoplasty with «flawed» stomach or lack]. Vestnik hirurgii [Bulletin of surgery]. 2004; 2: 24—28.
6. Chernousov FA. Oslozhneniya stentirovaniya u bol'nyh s dobrokachestvennymi i zlokachestvennymi zabolovanijami pishhevoda [Complications of stenting in patients with benign and malignant diseases of the esophagus]. Endo Hirurgija: XI sezd hirurov Rossii [Endo Surgery: XI Congress of Russian surgeons]. Sbornik tezisov [Abstracts]. 2010; 15—18.
7. Kimura Y, Morita M, Saeki H. Minimally invasive total pharyngo-laryngo-esophagectomy and reconstruction with gastric tube: report of three cases. Fukuoka Igaku Zasshi. 2013; 104 (11): 442—448.
8. Koyanagi K, Igaki H, Iwabu J, Ochiai H, Tachimori Y. Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis after Esophagectomy: Respiratory Complications and Role of Nerve Reconstruction. Tohoku J Exp Med. 2015; 237 (1): 1—8.
9. Li B, Xiang J. Factors Affecting Hospital Mortality in Patients with Esophagogastric Anastomotic Leak: A Retrospective Study. World J Surg. 2015; 4: 176—182.

© Л.Б. Постникова, А.Л. Гудим, М.В. Болдина, Л.А. Коротаяева, А.М. Абанин, 2016

УДК 616.24-002.282(470.341-25)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(4).44-51

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ НИЖНЕГО НОВГОРОДА

ПОСТНИКОВА ЛАРИСА БОРИСОВНА, докт. мед. наук, доцент, главный внештатный специалист-пульмонолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, руководитель Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: plbreath@mail.ru

ГУДИМ АНДРЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ, врач-терапевт ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: Andr6665@mail.ru

БОЛДИНА МАРИНА ВИКТОРОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней Нижегородской государственной медицинской академии, врач-пульмонолог Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: mari.boldina@mail.ru

КОРОТАЕВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА, врач-пульмонолог Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: lyudmilakorotayeva@yandex.ru

АБАНИН АЛЕКСЕЙ МИХАЙЛОВИЧ, канд. мед. наук, доцент, докторант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Нижегородской государственной медицинской академии, Россия, 603035, Нижний Новгород, пл. Минина, 10/1, e-mail: abanin.am1@gmail.com

Реферат. Цель исследования — изучить особенности клинического течения саркоидоза органов дыхания, оценить диагностический и терапевтический потенциал в условиях Городского пульмонологического консультативного центра (ГПКЦ) г. Нижнего Новгорода. **Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты 121 пациента с саркоидозом органов дыхания, наблюдавшихся в ГПКЦ с 2007 по 2015 г.

Результаты и их обсуждение. С 2011 г. число пациентов с саркоидозом органов дыхания, направленных в ГПКЦ, увеличилось более чем в 2,5 раза. Среди больных саркоидозом преобладали женщины (73,5%). Возраст больных варьировал от 16 до 71 года. Средний возраст составил (42,4±14,2) года. Большинство женщин с саркоидозом составили группу старше 40 лет (68,5%), мужчины были более молодого возраста — 16—40 лет (78,2%) ($p<0,001$). По результатам лучевой диагностики в большинстве случаев регистрировалась II стадия саркоидоза (77,7%), в 18,2% случаев установлена I стадия, 3,3% имели III стадию заболевания и 0,8% — IV стадию. Гистологически подтвержденный саркоидоз органов дыхания имели 46 (38%) пациентов. Дебют заболевания с острой формой саркоидоза отмечен у 4 (3,3%) пациентов. Частота наиболее значимых клинических проявлений саркоидоза (кашель — 83%, слабость — 46,6%, одышка — 35,2%) не зависела от пола больных и стадии болезни ($p<0,05$). Почти у каждого пятого пациента (19,1%) отмечались внелегочные проявления саркоидоза, из которых чаще определялись поражения кожи (60,8%) и периферических лимфатических узлов (21,7%). Медикаментозную терапию получали 76,3% пациентов с саркоидозом органов дыхания, из них 29% нуждались в стероидной терапии. **Заключение.** Анализ распространенности саркоидоза, структуры пациентов, клинических проявлений, алгоритма диагностики саркоидоза свидетельствуют о повышении внимания к проблеме саркоидоза и оптимизации оказания помощи данной категории больных в Нижегородской области.

Ключевые слова: саркоидоз, диагностика, рентгенологическая стадия, лечение.

Для ссылки: Клинические проявления, аспекты диагностики и лечения саркоидоза легких в условиях Нижнего Новгорода / Л.Б. Постникова, А.Л. Гудим, М.В. Болдина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 4. — С.44—51.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND THE ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LUNG SARCOIDOSIS IN NIZHNY NOVGOROD

POSTNIKOVA LARISA B., D. Med. Sci., associate professor, Head supernumerary pulmonologist of Nizhny Novgorod region, Head of Municipal pulmonology advisory center of City Hospital № 28, Russia, 603035, Nizhny Novgorod, Chaadaev str., 7, e-mail: plbreath@mail.ru

GUDIM ANDREY L., general practitioner of City Hospital № 28, Russia, 603035, Nizhny Novgorod, Chaadaev str., 7, e-mail: Andr6665@mail.ru

BOLDINA MARINA V., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of internal medicine of Nizhny Novgorod State Medical Academy, pulmonologist of Municipal pulmonology advisory center of City Hospital № 28, Russia, 603035, Nizhny Novgorod, Chaadaev str., 7, e-mail: mari.boldina@mail.ru

KOROTAeva LYUDMILA A., pulmonologist of Municipal pulmonology advisory center of City Hospital № 28, Russia, 603035, Nizhny Novgorod, Chaadaev str., 7, e-mail: lyudmilakorotaeva@yandex.ru

ABANIN ALEXEY M., C. Med. Sci., associate professor of the Department of public health and health care of Nizhny Novgorod State Medical Academy, Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Minin and Pozharsky square, 10/1, e-mail: abanin.am1@gmail.com

Abstract. Aim — to study clinical features of sarcoidosis, to evaluate the diagnostic and therapeutic resources of Nizhny Novgorod Pulmonary Consulting Centre (Centre). **Material and methods.** Hospital records of 121 patients with sarcoidosis followed-up in the Centre between 2007 and 2015 were analyzed retrospectively. **Results and discussion.** The number of patients with sarcoidosis increased more than 2,5 times since 2011. Women prevailed among the patients with sarcoidosis — 73,5%. The age of patients ranged from 16 to 71 years. The mean age was (42,4±14,2) years. Most women with sarcoidosis were older than 40 years (68,5%), men were younger — 16—40 years (78,2%) ($p<0,001$). Chest X-ray stage I observed in 18,2% patients, stage II — in most patients (77,7%), stage III had 3,3% and IV had 0,7% of patients. 46 (38%) patients had histological verification of sarcoidosis. Lofgren's or Heerfordt's syndromes were revealed in 3,3%. The most frequent symptoms were cough — 83,0%, fatigue — 46,6%, shortness of breath — 35,2%. The frequency of symptoms did not depend on sex of the patients or on the stage of sarcoidosis ($p<0,05$). Almost every fifth patient (19,1%) had extrapulmonary manifestations of sarcoidosis. 60,8% of the patients had skin lesions whereas enlarged peripheral lymph nodes were determined in 21,7% of the patients. 76,3% of the patients were receiving medications. 29% of the patients needed steroid therapy. **Conclusion.** The analysis of the prevalence of sarcoidosis, patient characteristics, clinical manifestations, diagnostic algorithm of sarcoidosis showed an increased attention to the problem of sarcoidosis in Nizhny Novgorod region and optimizing healthcare organization for this group of patients. **Key words:** sarcoidosis, diagnosis, radiographic stage, treatment.

For reference: Postnikova LB, Gudim AL, Boldina MV, Korotaeva LA, Abanin AM. Clinical manifestations and the aspects of diagnostics and treatment of lung sarcoidosis in Nizhny Novgorod. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (4): 44—51.

Введение. Саркоидоз является системным воспалительным заболеванием неизвестной природы, характеризуется образованием неказеифицирующихся гранулем с активацией Т-клеток, избыточным высвобождением хемокинов и провоспалительных цитокинов, мультисистемным поражением различных органов [1].

Заболевание встречается по всему миру, но в разных странах уровень распространенности сильно варьирует от 1 до 40 случаев на 100 тыс. населения и

достигает максимальных значений в скандинавских странах. Чаще саркоидоз поражает людей среднего возраста (20—40 лет) с пиком в возрасте от 20 до 29 лет, при этом женщины болеют в 2 раза чаще [3].

В России заболеваемость саркоидозом составляет от 22 до 47 на 100 тыс. населения [1]. Следует отметить, что в последние десятилетия определяется рост заболеваемости саркоидозом в РФ, что во многом связано с улучшением выявляемости при флюорографии органов грудной клетки и ис-

пользованием высокотехнологичных исследований. В Татарстане распространенность саркоидоза за последние 15 лет увеличилась в 8—10 раз, а по данным дополнительного и выверенного регистра больных саркоидозом в 2014 г. составила 51,3 на 100 тыс. населения, заболеваемость — 2,72 на 100 тыс. [4]. В Санкт-Петербурге с 1998 по 2008 г. заболеваемость и распространенность саркоидозом увеличились с 2,6 до 3,9 и с 16,5 до 25,1 на 100 тыс. соответственно [5]. Среди городского населения Новгородской области выявляемость саркоидоза за последние 10 лет выросла с 0,24 до 1,80 на 100 тыс., а распространенность — с 1,2 до 5,6 на 100 тыс. населения [6]. В Омске заболеваемость саркоидозом за период с 2003 по 2010 г. увеличилась в 5 раз: с 4,08 до 18,9 на 100 тыс. населения [7], в Амурской области в 2008 г. среди 880 тыс. жителей число вновь заболевших саркоидозом составило 3,8 на 100 тыс., а распространенность — 8,2 на 100 тыс. [8].

Трудности ранней диагностики для специалистов первичной медицинской практики чаще возникают при первично-хроническом течении саркоидоза со скудной клинической картиной, что связано с отсутствием специфических неинвазивных диагностических критериев. В то же время многообразие клинических проявлений и системный характер заболевания также нередко сопровождаются диагностическими ошибками и поздней верификацией диагноза. Поэтому необходимым условием при первичной постановке диагноза саркоидоза и с целью эффективного ведения больных является создание специализированных центров.

Другой до конца нерешенной проблемой саркоидоза является отсутствие специфической терапии. Используемые лечебные методы влияют лишь на следствие болезни, а не на ее причину [9]. Поэтому при бессимптомном течении саркоидоза I—III стадий, при отсутствии нарушений легочной функции и внелегочных проявлений саркоидоза необходимо использовать тактику «отсроченной медикаментозной терапии» [2].

Несмотря на пристальное внимание медицины к этому заболеванию до настоящего времени в Нижегородской области отсутствуют точные данные о заболеваемости и распространенности саркоидоза, особенностях течения, возможностях диагностики и приоритетах в выборе терапии.

Цель исследования — изучить особенности клинического течения саркоидоза, оценить диагностический и терапевтический потенциал в условиях Городского пульмонологического консультативного центра (ГПКЦ) г. Нижнего Новгорода.

Материал и методы. Проанализированы амбулаторные карты 121 пациента с саркоидозом органов дыхания (СОД) в возрасте от 16 до 71 года [средний возраст (42,4±14,2) года], находившихся на диспансерном наблюдении в ГПКЦ ГБУЗ НО «Городская больница № 28» г. Н. Новгорода за период 2007—2015 гг. Выборочная совокупность была сформирована сплошным методом. Диагноз саркоидоза устанавливали в соответствии с Федеральными согласительными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению саркоидоза [1, 2]. Ретроспек-

тивно у всех пациентов с саркоидозом оценивали частоту клинических симптомов, лабораторные показатели (общий анализ крови, функциональные пробы печени, мочевины, креатинин, уровень кальция в суточной моче), параметры функции внешнего дыхания: объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), ОФВ₁/ФЖЕЛ, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), данные мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки. Гистологическое подтверждение диагноза имели 46 (38%) пациентов, из них 12 (37,5%) мужчин и 34 (38,2%) женщины. В случаях отказа пациента от инвазивных вмешательств или наличия противопоказаний для проведения торакоскопии или трансбронхиальной фибробронхоскопии диагноз СОД устанавливали на основании исключения других заболеваний и совокупности клинико-рентгенологических критериев болезни. По данным амбулаторных карт проанализировали выбор и объем начальной терапии пациентов с СОД.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 19.0. В целях описательной статистики данные представлялись в виде $M \pm \sigma$, где M — среднее значение, σ — стандартное отклонение. Для определения подчинения закону нормального распределения количественных данных использовался критерий Шапиро—Уилка, при сравнении групп — U -критерий Манна—Уитни. Различия между качественными (номинальными) признаками оценивались с помощью точного критерия Фишера. Нулевая гипотеза об отсутствии статистически значимых различий отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На момент выявления саркоидоза средний возраст пациентов составил (42,4±14,2) года (от 16 до 71 года), из них 92,6% больных были в трудоспособном возрасте. Женщин было более чем в 2,5 раза больше — 89 (73,5%), чем мужчин — 32 (26,5%). Большая часть пациентов с саркоидозом были жителями Сормовского (26,4%), Московского (19,8%), Канавинского (14,9%) и Ленинского (12,4%) районов (Заречная часть г. Н. Новгорода). При этом наибольшее число случаев с гистологической верификацией диагноза (>50%) было зарегистрировано в Нагорной части Н. Новгорода (Приокский, Советский и Нижегородский районы).

Частота выявленных случаев СОД с 1991 по 2015 г. представлена на рис. 1. Отчетливо видно, что с 2011 г. число пациентов с установленным диагнозом СОД, обследованных в ГПКЦ, значительно увеличилось. Общее количество пациентов за 2011—2015 гг. увеличилось более чем в 2,5 раза и составило 88 новых случаев, из них мужчин — 28 (31,8%), женщин — 60 (68,2%). При этом общее число больных саркоидозом с 1991 по 2010 г. не превышало 33 случая. Такие различия произошли благодаря инициативной работе сотрудников ГПКЦ и введению в действие приказа МЗ Нижегородской области от 26.11.2013 г. № 2878 «О создании Городского консультативного пульмонологического центра», в положение которого внесено дополнение

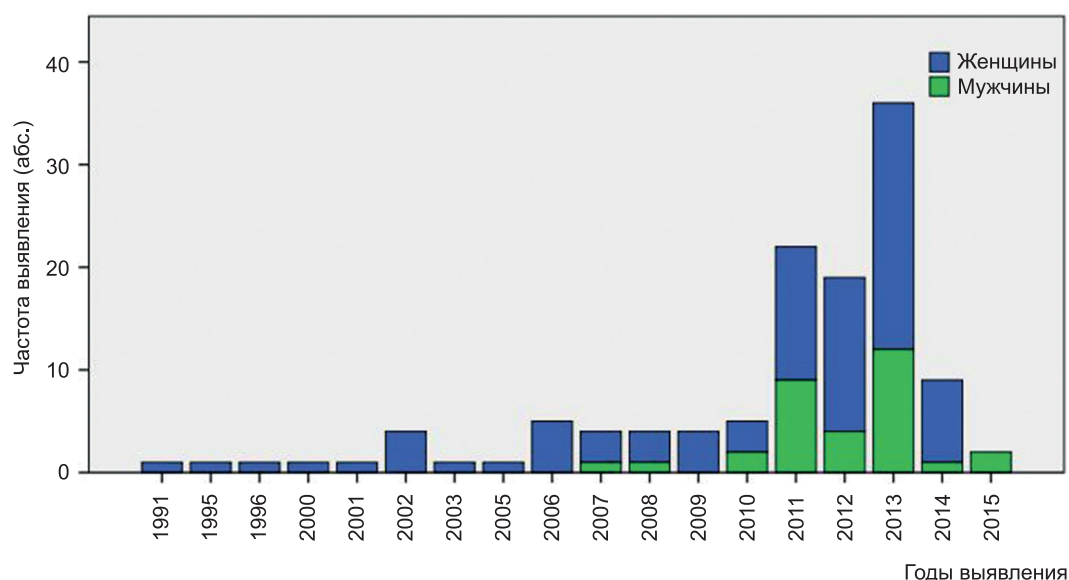


Рис. 1. Динамика выявленных случаев саркоидоза в Нижнем Новгороде

об оказании консультативной медицинской помощи и диспансерного наблюдения больных саркоидозом.

По результатам *табл. 1* можно отметить, что в общей группе пациентов саркоидоз выявлялся в равной степени в возрасте от 16 до 60 лет (16—27%), а доля больных старше 60 лет не превышала 11,6%. В то же время установлены статистически значимые различия между возрастом мужчин и женщин. Большинство мужчин, больных СОД (78,1%), были моложе 40 лет ($p < 0,001$), а пик заболеваемости у женщин превышал 40 лет (68,5%). Медиана возраста у мужчин составила 30 (от 25 до 37) лет и была на 18 лет меньше, чем медиана женщин — 48 (от 36 до 55) лет ($p < 0,001$). Полученные результаты согласуются с регистром больных Татарстана и

результатами наблюдения пациентов с саркоидозом в Омске [4, 10].

Саркоидоз является доброкачественным заболеванием и у части пациентов длительно протекает бессимптомно [11]. По нашим данным, у 27,3% больных саркоидозом клинические симптомы не отмечались. 72,7% пациентов с СОД с клиническими проявлениями на момент обращения чаще предъявляли жалобы на кашель (83%), слабость (46,6%) и одышку (35,2%) (*табл. 2*). Кашель у большинства больных (75%) был непродуктивным. Другие симптомы саркоидоза (удушьё, субфебрильная лихорадка, тахикардия, боли в грудной клетке) выявлялись значительно реже (8—20%). Отличительной особенностью клинического течения СОД у мужчин

Таблица 1

Распределение пациентов с саркоидозом с учетом возраста и гендерных различий

Возраст, лет	Все пациенты, $n=121$		Мужчины, $n=32$		Женщины, $n=89$		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
16—30	33	27,3	18	56,3	15	16,9	<0,001
31—40	20	16,5	7	21,9	13	14,6	0,406
41—50	26	21,5	3	9,4	23	25,8	0,077
51—60	28	23,1	2	6,3	26	29,2	0,007
61 и старше	14	11,6	2	6,3	12	13,5	0,350

Примечание: p — достоверность различий между мужчинами и женщинами.

Таблица 2

Частота клинических симптомов у пациентов с саркоидозом с учетом гендерных различий

Симптом	Все пациенты, $n=121$		Женщины, $n=89$		Мужчины, $n=32$		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Кашель	73	83,0	56	62,9	17	53,1	0,401
Мокрота	22	25,0	19	21,3	3	9,4	0,181
Одышка	31	35,2	24	27,0	7	21,8	0,643
Слабость	41	46,6	31	34,8	10	31,6	0,829
Лихорадка	13	14,8	9	10,1	4	12,5	0,743
Сердцебиение	17	19,3	11	12,4	6	18,8	0,384
Удушье	12	13,6	10	11,2	2	6,3	0,514
Боли в грудной клетке	10	8,2	5	5,5	5	15,6	0,021

Примечание: p — достоверность различий между мужчинами и женщинами.

было преобладание более чем в 3 раза частоты болей в грудной клетке по сравнению с женщинами ($p=0,021$).

Обращает на себя внимание тот факт, что 52 (43%) пациента имели хроническую патологию. Наиболее часто саркоидоз сочетался с гипертонической болезнью (24,8%), патологией желудочно-кишечного тракта (9,4%), бронхиальной астмой (7,4%), патологией щитовидной железы (7,4%), ИБС (5,8%), сахарным диабетом (2,5%). Две пациентки были прооперированы по поводу злокачественной опухоли почки и молочной железы. У женщин саркоидоз в 2 раза чаще сопровождался коморбидными состояниями ($p=0,022$), а гипертоническая болезнь выявлялась в 3 раза чаще по сравнению с мужчинами ($p=0,018$), что можно объяснить «вторым пиком» заболевания после 50 лет [3] (табл. 3).

Анализ показателей общего анализа крови выявил лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$ у 7 (5,7%) больных, у 32 (26,4%) пациентов — увеличение СОЭ более 15 мм/ч. При активном течении СОД у 54 (44,6%) обследованных определяли содержание кальция в суточной моче (маркер активности воспаления [2] и критерий для назначения глюкокортикостероидов). Гиперкальциурия свыше 7,5 ммоль за 24 ч установлена у 19 (35,2%) больных.

У 22 (18,2%) пациентов по данным ЭКГ были выявлены нарушения ритма (синусовая тахикардия, предсердная или желудочковая экстрасистолия) или проводимости (АВ-блокада I степени, нарушения проводимости по предсердиям, блокады ножек пучка Гиса).

Обязательным методом обследования больных СОД является проведение компьютерной спирометрии. Анализ амбулаторных карт пациентов с саркоидозом обнаружил изменения параметров функции внешнего дыхания у каждого пятого обследованного (табл. 4). 7 (31,8%) больных имели только рестрик-

тивные нарушения, 5 (22,7%) — изолированные obstructивные и 12 (54,5%) пациентов — вентиляционные нарушения по смешанному типу.

Статистически значимых различий по частоте выявления нарушений показателей ФВД между мужчинами и женщинами не установлено.

Для верификации диагноза и уточнения стадии СОД всем пациентам выполняли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) грудной клетки. Большинство больных (94; 77,7%) имели II стадию (лимфаденопатия средостения с синдромом мелкоочаговой диссеминации и матового стекла) (рис. 2).

Доля больных с гистологически подтвержденным СОД II стадии составила 45,7%. Средний возраст женщин с гистологически верифицированным СОД II стадии составил ($52,6 \pm 8,3$) года, мужчин — ($35,0 \pm 11,7$) года ($p < 0,001$). Поражение внутригрудных лимфоузлов (I стадия) зарегистрировано у 22 (18,2%) пациентов, из которых только в 2,2% случаев диагноз был подтвержден гистологически. Изолированные изменения легочной ткани (III стадия) и стадия сотового легкого (IV стадия) определялись в 3,3 и 0,8% случаев. У половины пациентов с III стадией СОД был подтвержден гистологически. Общее число случаев гистологической верификации саркоидоза составило 38%.

Острое течение саркоидоза (синдромы Лефгрена и Хеерфордта — Вальденстрема) по данным анамнеза отмечали 4 (3,3%) пациента. В последующем у всех больных с дебютом острой формы саркоидоза произошла трансформация болезни в хроническое течение, что, возможно, связано с назначением коротких курсов системных ГКС при инициации патологического процесса [2].

Учитывая, что саркоидоз относится к системным гранулематозам, в программу обследования всем пациентам включали дополнительные методы диагностики и при необходимости консультацию узких

Таблица 3

Частота сопутствующей патологии у больных саркоидозом

Хронические заболевания	Все пациенты, n=121		Женщины, n=89		Мужчины, n=32		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Всего	52	43	44	49,4	8	25	0,022
Гипертоническая болезнь	30	24,8	27	30,3	3	9,4	0,018
Сахарный диабет	3	2,5	2	2,2	1	3,1	1
Болезни ЖКТ	8	6,6	5	5,6	3	9,4	0,435
Патология щитовидной железы	9	7,4	8	9	1	3,1	0,442
ИБС	7	5,8	7	7,9	0	0	0,188
Бронхиальная астма	9	7,4	9	10,1	0	0	0,11

Примечание: p — достоверность различий между мужчинами и женщинами.

Таблица 4

Частота нарушений параметров функции внешнего дыхания (ФВД) у больных СОД

Показатели ФВД (% от д.в.)	Все пациенты, n=121		Женщины, n=89		Мужчины, n=32		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
ФЖЕЛ <80%	18	14,9	13	14,6	5	15,6	1
ЖЕЛ <80%	18	14,9	12	13,5	6	18,8	0,563
ОФV ₁ <80%	24	19,8	16	18,0	7	21,9	0,609
ОФV ₁ /ФЖЕЛ <70%	10	8,3	7	7,9	3	9,4	0,723

Примечание: p — достоверность различий между мужчинами и женщинами.

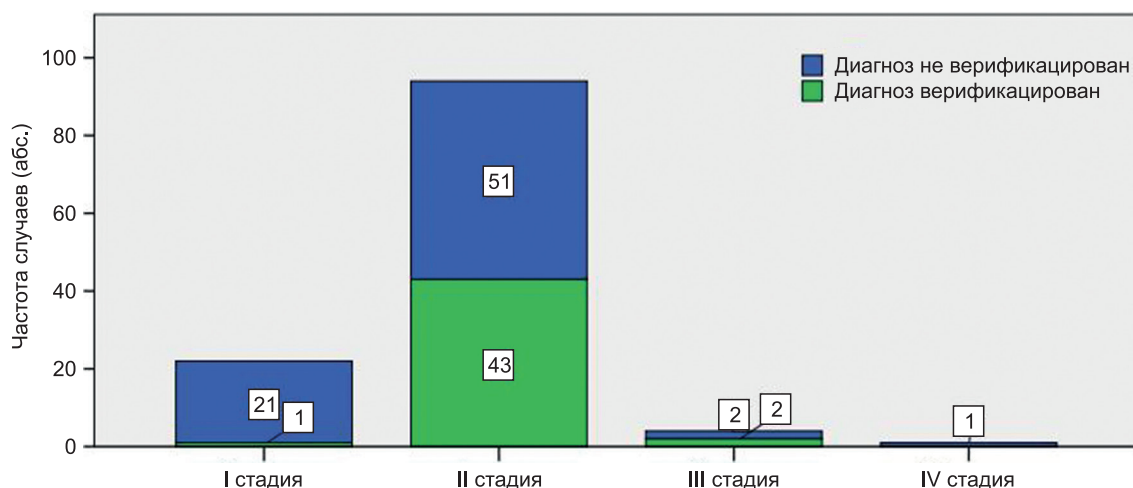


Рис. 2. Распределение пациентов с СОД с учетом рентгенологической стадии

специалистов для выявления внелегочных проявлений болезни. Установлено, что 23 (19%) пациента имели признаки внелегочного саркоидоза, которые чаще регистрировались у женщин (78%). Преимущественной локализацией внелегочных изменений при саркоидозе были кожа (60,9%) (нодозная эритема, *lupuspernio*, поражение рубцовых изменений кожи) и периферические лимфатические узлы (21,7%). У 6 (26,1%) пациентов по данным УЗИ органов брюшной полости были выявлены изменения печени (гепатомегалия, увеличенные лимфоузлы в воротах печени), у 8 (34,8%) больных — изменения селезенки (спленомегалия, округлые образования в селезенке). Во всех случаях внелегочные проявления сочетались с СОД.

В соответствии с рекомендациями больным с впервые установленным саркоидозом без критериев активности болезни в первые 3—6 мес назначать медикаментозную терапию не требуется [12]. Такой подход в ведении пациентов саркоидозом направлен на повышение случаев спонтанной ремиссии и снижение частоты рецидивов. По нашим данным, больных, которым исходно не назначали медикаментозную терапию, было 23,1% [мужчин — 8 (25%), женщин — 20 (22,5%)]. Системные ГКС в умеренных

дозах (не более 20 мг/сут) получали 22,3% больных [мужчин — 8 (25%), женщин — 19 (21,3%)] из 94 пациентов, применявших какие-либо лекарственные препараты (рис. 3). Среди других лекарственных средств, рекомендованных для лечения саркоидоза, были использованы витамин Е 400 мг/сут — 56,2% [мужчины — 19 (59,4%), женщины — 49 (55,1%)], пентоксифиллин 600 мг/сут — 38% [мужчины — 13 (40,6%), женщины — 33 (37,1%)], флуимуцил 600 мг/сут — 15,7% [мужчины — 3 (9,4%), женщины — 16 (18%)]. В 14% случаев у пациентов с длительным сухим кашлем, бронхообструктивными нарушениями по данным ФВД и/или сопутствующей бронхиальной астмой назначали ИГКС (будесонид 800 мкг/сут). Более половины больных получали комбинации: витамина Е + пентоксифиллин или витамина Е + флуимуцил. Длительность медикаментозной терапии составляла от 3 до 12 мес.

Заключение. В настоящем исследовании установлено, что среди больных саркоидозом по данным ГКПЦ г. Нижнего Новгорода преобладали женщины трудоспособного возраста. Однако мужчины были достоверно моложе, чем женщины. У трети пациентов с СОД наблюдалось бессимптомное течение болезни. Наиболее распространенными симптома-

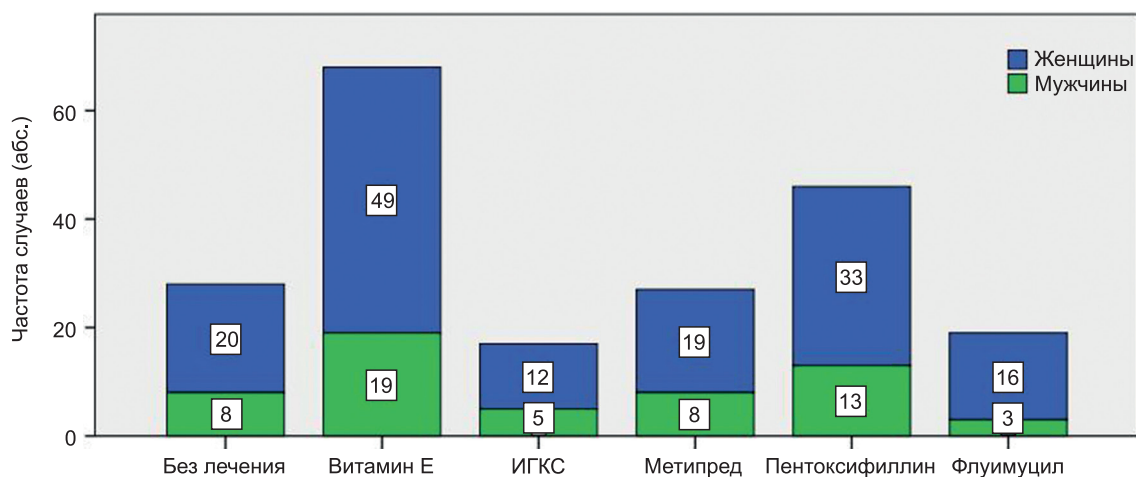


Рис. 3. Медикаментозная терапия при саркоидозе по данным ГКПЦ г. Н. Новгорода

ми клинически позитивного саркоидоза были непродуктивный кашель, слабость и одышка. Обращает на себя внимание тот факт, что саркоидоз чаще дебютировал в виде первично-хронической формы и только в 3,3% случаев — с классической картины синдрома Лефгрена или Хеерфордта—Вальденстрема. У 36,5% пациентов саркоидоз сочетался с другой хронической патологией (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, ИБС, патология щитовидной железы и сахарный диабет). В структуре установленных случаев СОД наиболее частыми рентгенологическими признаками было сочетание лимфаденопатии средостения с синдромом мелкоочаговой диссеминации и матового стекла — II стадия (77,7%), на долю саркоидоза внутригрудных лимфоузлов приходилось не более 18% случаев. Методы гистологической верификации саркоидоза были использованы у 38% больных. При этом пациентам со II стадией СОД гистологическое подтверждение проведено в 45,7%. До 20% больных имели сочетание СОД с внелегочным саркоидозом, при этом наиболее часто отмечалось поражение кожи и периферических лимфоузлов. Выбор терапии СОД определялся с учетом выраженности клинической симптоматики, рентгенологической стадии, наличия лабораторных и/или функциональных нарушений, признаков внелегочного саркоидоза и хронической сопутствующей патологии. Индивидуальный подход в определении тактики лечения саркоидоза позволил отсрочить назначение медикаментозной терапии у 23,1% пациентов и ограничить длительную стероидную терапию в 22,3% случаев.

Таким образом, организация учета и наблюдения больных саркоидозом в условиях ГКПЦ г. Нижнего Новгорода позволила впервые определить проблемы диагностики СОД, внедрить в клиническую практику Федеральные согласительные клинические рекомендации по диагностике и лечению саркоидоза, использовать индивидуальный подход в терапии, оптимизировать диспансерное наблюдение данной категории пациентов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение саркоидоза: резюме Федеральных согласительных клинических рекомендаций. Часть 1. Классификация, этиопатогенез, клиника / А.Г. Чучалин, А.А. Визель, М.М. Илькович [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — Т. 7, вып. 4. — С.62—70.
2. Диагностика и лечение саркоидоза: резюме Федеральных согласительных клинических рекомендаций. Часть 2. Диагностика, лечение, прогноз / А.Г. Чучалин, А.А. Визель, М.М. Илькович [и др.] // Вестник

современной клинической медицины. — 2014. — Т. 7, вып. 5. — С.73—81.

3. Thomeer, M. Epidemiology of sarcoidosis / M. Thomeer, M. Demedts, W. Wuyts // European Respiratory Monograph. — 2005. — Vol. 32. — P.23—32.
4. Визель, И.Ю. Характеристика регистра больных саркоидозом в Республике Татарстан / И.Ю. Визель, А.А. Визель // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 5. — С.18—26.
5. Баранова, О.П. Эпидемиология саркоидоза органов дыхания в Санкт-Петербурге (1998—2008) / О.П. Баранова, Н.В. Рефицкая [и др.] // XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. тр. — М., 2009. — С.216—217.
6. Межебовский, А.В. Проявления саркоидоза у городского и сельского населения: дис. ... канд. мед. наук / А.В. Межебовский. — М., 2011. — 101 с.
7. Петров, Д.В. Заболеваемость и возможности диспансерного наблюдения больных саркоидозом в г. Омске / Д.В. Петров, Н.В. Овсянников, С.М. Мажбич, А.М. Кочетов // Вестник современной клинической медицины. — 2010. — Т. 3, вып. 4. — С.29—32.
8. Леншин, А.В. Внутригрудной саркоидоз. Оптимизация амбулаторно-поликлинической лучевой диагностики / А.В. Леншин, А.Г. Гребенник, Ю.В. Суслова, О.А. Каракулова // Здоровье. Медицинская экология. Наука. — 2009. — № 4/5. — С.105—108.
9. Robert, P. New treatment strategies for pulmonary sarcoidosis: antimetabolites, biological drugs, and other treatment approaches / P. Robert, R.P. Baughman, J.C. Grutters // The Lancet Respiratory Medicine. — 2015. — Vol. 3, № 10. — P.813—822.
10. Петров, Д.В. Результаты внедрения «Порядка оказания медицинской помощи больным саркоидозом» в городе Омске / Д.В. Петров, Н.В. Овсянников, А.Ю. Кононенко [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2013. — Т. 6, вып. 2. — С.42—46.
11. Valeyre, D. Sarcoidosis / D. Valeyre, A. Prasse, H. Nunes [et al] // Lancet. — 2013. — Published online October 1. — P.1—13. — URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60680-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60680-7)
12. Визель, А.А. Азбука саркоидоза. Беседа четвертая. Саркоидоз: что и как мы лечим / И.Ю. Визель, А.А. Визель // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2013. — № 3. — С.63—65.

REFERENCES

1. Chuchalin AG, Vizel AA, Ilkovich MM et al. Diagnostika i lechenie sarkoidoza: rezjume federalnyh soglasitelnyh klinicheskikh rekomendacij; chast 1: Klassifikaciya, etiopatogenez, klinika [Diagnosis and treatment of sarcoidosis: a summary of federal consensus clinical guidelines; Part 1: Classification, etiopathogenesis, clinic]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical]. 2014; 7 (4): 62-70.
2. Chuchalin AG, Vizel AA, Ilkovich MM et al. Diagnostika i lechenie sarkoidoza: rezjume federalnyh soglasitelnyh klinicheskikh rekomendacij; chast 2: Diagnostika, lechenie, prognoz [Diagnosis and treatment of sarcoidosis: a summary of federal consensus clinical guidelines; Part 2: Diagnosis, treatment, prognosis]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2014; 7 (4): 62-70.
3. Thomeer M, Demedts M, Wuyts W. Epidemiology of sarcoidosis. European Respiratory Monograph. 2005; 32: 23-32.
4. Vizel' IJu, Vizel' AA. Harakteristika registra bol'nyh sarkoidozom v Respublike Tatarstan [Characteristics of patients with sarcoidosis register in the Republic of

- Tatarstan]. Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2015; 8 (5): 18-26.
5. Baranova OP, Refickaja NV et al. Jependiologija sarkoidoza organov dyhanija v Sankt-Peterburge (1998-2008) [Epidemiology of a sarkoidoz of respiratory organs in St. Petersburg (1998-2008)]. Sbornik trudov kongressa: XIX Nacional'nyj congress po boleznyam organov dyhanija [Collection of works of the congress: the XIX National congress by diseases of respiratory organs]. M. 2009; 216-217.
 6. Mezhebovskij AV. Projavlenija sarkoidoza u gorodskogo i sel'skogo naselenija: dis kand med nauk [Manifestations of sarcoidosis in the urban and rural population: thesis of the candidate of medical sciences]. M. 2011; 101 p.
 7. Petrov DV, Ovsjannikov NV, Mazhbich SM, Kochetov AM. Zabolevaemost' i vozmozhnosti dispansernogo nabljudenija bol'nyh sarkoidozom v Omske. [Sickness rate and dispensary examination potential of sarcoidosis in Omsk]. Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2010; 3 (4): 29-32.
 8. Lenshin AV, Grebennik AG, Suslova JuV, Karakulova OA. Vnutrigrudnoj sarkoidoz. Optimizacija ambulatorno-poliklinicheskoj luchevoj diagnostiki [Intrathoracic sarcoidosis. Optimization of out-patient and policlinic roentgen diagnostics]. Zdorov'e; Medicinskaja jekologija; Nauka [Health; Medical Ecology; The science]. 2009; 4-5: 105-108.
 9. Robert P, Baughman RP, Grutters JC. New treatment strategies for pulmonary sarcoidosis: antimetabolites, biological drugs, and other treatment approaches. Lancet. 2015; 3 (10): 813-822.
 10. Petrov DV, Ovsjannikov NV, Kononenko AJu, P'jannikova NG, Kapust'jan OV et al. Rezul'taty vnedrenija «Porjadka okazanija medicinskoj pomoshhi bol'nym sarkoidozom» v gorode Omske [Result of the introduction of «Order of medical care of sarcoidosis patients» in Omsk city]. Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2013; 6 (2): 42-46.
 11. Valeyre D, Prasse A, Nunes H, Uzunhan Y, Brillet P et al. Sarcoidosis. Lancet. 2013. Published online October 1; 1 — 13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60680-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60680-7)
 12. Vazel' IJu, Vazel' AA. Azbuka sarkoidoza; Beseda chetvertaja: Sarkoidoz: chto i kak my leчим [The ABCs of sarcoidosis; The fourth talk; Sarcoidosis: what and how we treat]. Atmosfera; Pul'monologija i allergologija [Atmosphere; Pulmonology and Allergology]. 2013; 3: 63- 65.

© М.И. Тимерзянов, А.Н. Галиуллин, Ф.В. Валиев, 2016

УДК 343.828(470.41)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(4).51-56

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ ПО ДАННЫМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ЗАНЯТЫХ НА СТОЛЯРНЫХ И ШТУКАТУРНО-МАЛЯРНЫХ РАБОТАХ, НАХОДЯЩИХСЯ В УГОЛОВНО-ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ТИМЕРЗЯНОВ МАРАТ ИСМАГИЛОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: Marat.Timerzanov@tatar.ru

ГАЛИУЛЛИН АФГАТ НАБИУЛЛОВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры менеджмента в здравоохранении ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: kybm@mail.ru

ВАЛИЕВ ФАСИЛЬ ВАСИЛЕВИЧ, врач медицинского отдела Медико-санитарной части уголовно-исправительной системы России по Республике Татарстан, Россия, 420111, Казань, ул. Кремлевская, 12/1

Реферат. Цель исследования — изучить заболеваемость осужденных к лишению свободы, занятых на столярных, штукатурно-малярных работах, в колониях Федеральной службы исполнения наказаний на территории Республики Татарстан. **Материал и методы.** Анализ заболеваемости проводился по данным результатов углубленного медицинского осмотра 708 осужденных к лишению свободы в зависимости от возраста, стажа работы на производстве с учетом условий труда, особенностей трудового процесса, производственной среды. В работе использованы гигиенические и статистические методы исследования. **Результаты и их обсуждение.** Осужденные к лишению свободы, занятые на ремонтно-строительных работах, были подвержены воздействию на организм древесной пыли, физической, динамической нагрузки, шума от дисковых пил, норматив которых превышал в 1,8 раза. Установлено, что наиболее высокие уровни заболеваемости среди осужденных были выявлены по артериальной гипертонии (46,6%), хроническому тонзиллиту (20,3%), хроническому ринофарингиту (20,9%), хроническому бронхиту (17,2%). У осужденных, занятых на производстве, при стаже работы от 1 до 20 лет заболеваемость артериальной гипертензией выросла с 15,7 до 36,6%, хроническим бронхитом — с 2,0 до 13,4%. **Заключение.** Полученные данные о заболеваемости осужденных, занятых на столярных и штукатурно-малярных работах, находящихся в уголовно-исправительных колониях на территории Республики Татарстан, являются основой разработки мероприятий по охране их здоровья.

Ключевые слова: углубленные профилактические медицинские осмотры, заболеваемость, осужденные к лишению свободы, тяжесть трудового процесса, ремонтно-строительные работы.

Для ссылки: Тимерзянов, М.И. Анализ заболеваемости осужденных к лишению свободы по данным углубленного медицинского осмотра, занятых на столярных и штукатурно-малярных работах, находящихся в уголовно-исправительных колониях на территории Республики Татарстан / М.И. Тимерзянов, А.Н. Галиуллин, Ф.В. Валиев // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 4. — С.51—56.