



М.С. Опанасенко, М.І. Калениченко, О.В. Терешкович, В.І. Борисова,
Р.С. Демус, О.К. Обремська

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського
НАМН України», Київ

Етіологічна структура та тенденції динаміки синдрому легеневої дисемінації у хворих фтизіопульмонологічного профілю

Мета роботи — вивчити тенденції щодо динаміки та етіологічну структуру синдрому легеневої дисемінації (СЛД) у хворих фтизіопульмонологічного профілю, що перебували на обстеженні та лікуванні в Національному інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України (НІФП НАМН) від 2006 до 2015 р.

Матеріали та методи. За 10 років у НІФП НАМН проліковано 1140 хворих із СЛД, тобто $(2,1 \pm 0,1)$ % загальної кількості пацієнтів.

Результати та обговорення. В структурі етіологічних чинників, що зумовили СЛД, найчастіше спостерігався саркоїдоз легень (І група) — 524 випадки, або $(46,0 \pm 1,5)$ %. СЛД переважно виявляли у хворих працездатного віку: у 46,6 % — від 40 до 59 років та у 31,0 % — від 19 до 39 років.

Висновки. Найстрімкіше зростання кількості хворих із СЛД помічено в 2015 р., коли абсолютні показники збільшилися на 30,9 %, що можна пояснити як загальним збільшенням хворих зі згаданою патологією, так і просвітницькою роботою, яку проводять в НІФП НАМН у вигляді конференцій, публікації монографій, методичних рекомендацій та наукових робіт.

Ключові слова

Легенева дисемінація, структура захворюваності, динаміка захворюваності.

Синдром легеневої дисемінації (СЛД) є одним із симптомів багатьох захворювань, що відрізняються причинами, клінічними виявами, методами діагностики, лікуванням та прогнозом [3]. Кількість пацієнтів із СЛД зростає щороку, що зумовлено більшою поширеністю, доступністю та інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації [4]. Діагностика етіології СЛД досить складна, особливо у хворих із супутньою кардіологічною патологією та онкологічними недугами. Синдром часто може бути вторинним, тобто виявом захворювання іншої етіології [5].

СЛД за етіологічними ознаками можна розділити на захворювання з відомою етіологією (інфекційні — туберкульоз легень, паразитарні ураження, легеневі мікози; неінфекційні — пнев-

моконіози, екзогенні алергічні альвеоліти та ін.), невідомої природи (саркоїдоз, гістіоцитоз Х, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, альвеолярний протеїноз та ін.) та вторинні ураження легень при системних захворюваннях (ревматоїдний поліартрит, системний червоний вовчак, системні васкуліти та багато інших). 95,0 % легеневої дисемінації припадають на туберкульоз, пневмоконіози, неспецифічні запалення, саркоїдоз, метастатичні пухлини і колагенози [1, 2, 6]. Патологоанатомічним субстратом вогнищевої або фокусної тіні при синдромі дисемінації можуть бути запальний ексудат, набряк, грануляції, склероз, карніфікація, пухлинні вузлики, васкуліт, дрібні ателектази, паразити тощо [7].

На підставі власних спостережень, а також за повідомленнями багатьох науковців можна стверджувати, що в Україні зберігається тенденція щодо призначення хворому з СЛД пробного лікування без морфологічного підтвердження

діагнозу. Часто лише після тривалої неефективної терапії і погіршення клініко-рентгенологічних і лабораторних показників розглядають питання про біопсію легені. Консервативна терапія без морфологічної верифікації діагнозу хворим із СЛД може призвести до прогресування захворювання за рахунок як часового чинника, так і побічної дії фармакологічних препаратів [8]. Тому в умовах впровадження страхової медицини та європейських стандартів обстеження і лікування пацієнт все частіше пред'являє лікарю претензії щодо тривалої невизначеності у діагнозі і відповідно — неефективного лікування.

Мета роботи — вивчити тенденції динаміки та етіологічну структуру синдрому легеневої дисемінації у хворих фтизіопульмонологічного профілю, що перебували на обстеженні та лікуванні в НІФП НАМН від 01.01.2006 до 31.12.2015 р.

Матеріали та методи

Проаналізовано статистичні талони (форма № 066/о) всіх пацієнтів, що перебували на обстеженні і лікуванні в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (НІФП НАМН) у період від 01.01.2006 до 31.12.2015 р. Для відбору хворих за 2015 р. частково було використано електронну базу даних, сформовану із застосуванням програм MSMED Scientific і «ЭМСиМЕД». В результаті первинного аналізу відібрано 1140 хворих із СЛД.

Також проаналізовані офіційні документи реєстратури поліклініки НІФП НАМН, з яких отримано інформацію про попередній діагноз під час направлення хворого до інституту, а також офіційні документи патоморфологічної лабораторії.

Із 1140 відібраних для подальшого аналізу випадків проаналізовано 210 архівних історій хвороби. Оскільки частину з них не отримано з архіву з технічних причин, аналіз проводили на основі даних, що містилися в статистичних талонах. Для аналізу етіологічної структури СЛД у хворих фтизіопульмонологічного профілю була потрібна інформація щодо загальної кількості пролікованих хворих у НІФП НАМН за останніх 10 років. Її ми отримали, використавши річні звіти НІФП НАМН за розділом «Клініка».

Результати та обговорення

Кількість хворих з СЛД у пацієнтів, що перебували на обстеженні і лікуванні в НІФП НАМН, наведено в табл. 1. За останніх 10 років у нашому інституті проліковано 54 524 пацієнтів. З них у 1140 ((2,1 ± 0,1) %) хворих під час госпіталізації встановлено діагноз «синдром легеневої дисемінації».

Найменша кількість хворих із СЛД (41 особа) перебувала в НІФП НАМН у 2006 р., а потім з кожним роком збільшувалась і сягнула 216 осіб у 2015 р., тобто зросла у понад 5 разів. Найбільший приріст кількості пацієнтів зі згаданою патологією спостерігався за останній рік — на 51 особу, тобто на 31,0 % порівняно з 2014 р. Схожа тенденція спостерігалася і щодо хворих із СЛД в структурі всіх пролікованих пацієнтів, збільшуючись з кожним роком від 1,2 % у 2006 р. до 3,2 % у 2015 р., тобто у 2,7 разу. Тенденцію до збільшення абсолютних показників кількості пацієнтів з СЛД та відсотка хворих з СЛД у структурі пролікованих хворих можна пояснювати як загальним збільшенням хворих зі згаданою патологією, так і задовільною просвітницькою роботою, яку проводили в НІФП НАМН у вигляді організації конференцій, публікації монографій, методичних рекомендацій та наукових робіт у вітчизняних і закордонних періодичних виданнях, що супроводжується перенаправленням пацієнтів із дільничних, районних та обласних лікарень до нашого інституту.

Усіх хворих із СЛД розподілено на 5 груп залежно від етіологічного чинника, що призвів до СЛД:

- I група — 524 ((46,0 ± 1,5) %) хворі з СЛД, у яких під час комплексного обстеження встановлено заключний клінічний діагноз саркоїдозу легень;
- II група — 79 (6,9 ± 0,8) % хворих з СЛД, у яких на основі комплексного обстеження був встановлений заключний клінічний діагноз туберкульоз легень;
- III група — 242 ((21,3 ± 1,2) %) хворих із СЛД, у яких на основі комплексного обстеження встановлений заключний клінічний діагноз онкологічного ураження легень;
- IV група — 159 ((13,9 ± 1,0) %) хворих із СЛД, у яких на основі комплексного обстеження встановлено заключний клінічний діагноз інтерстиційного або гранулематозного ураження легень (за винятком туберкульозу), зокрема пневмоніти за системної патології;
- V група — 136 ((11,9 ± 1,0) %) хворих із СЛД, у яких на основі комплексного обстеження встановлено інший заключний клінічний діагноз, що не підпадає під критерії перших чотирьох груп дослідження. До цієї групи ввійшли хворі з СЛД, зумовленим різними інфекційними і неінфекційними чинниками, а також пацієнти, у яких достовірно не вдалося встановити етіологію СЛД.

Етіологічну структуру захворюваності на СЛД наведено в табл. 2.

У структурі СЛД найчастіше зустрічався саркоїдоз легень: 524 ((46,0 ± 1,5) %) випадки (I група).

Таблиця 1. Хворі із СЛД, що перебували на лікуванні в НІФП НАМН

Кількість осіб	Рік											Разом
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Загальна кількість пролікованих хворих у НІФП	3327	3332	3747	5575	5836	6287	6291	6811	6883	6835	54524	
Кількість хворих із СЛД (n/(M ± m) %)	41 3,6 ± 0,6	55 4,8 ± 0,6	64 5,6 ± 0,7*	98 8,6 ± 0,8*	108 9,5 ± 0,9*	116 10,2 ± 0,9*	131 11,5 ± 0,9*	146 12,8 ± 1,0*	165 14,5 ± 1,0*	216 18,9 ± 1,2*	1140 100,0	
Відсоток у структурі всіх пролікованих хворих (M ± m) %	1,2 ± 0,2	1,7 ± 0,2	1,7 ± 0,2	1,8 ± 0,2*	1,9 ± 0,2*	1,9 ± 0,2*	2,1 ± 0,2*	2,1 ± 0,2*	2,4 ± 0,2*	3,2 ± 0,2*	2,1 ± 0,1	

Примітка. * Різниця статистично значуща порівняно з 2006 р. (p < 0,05); * різниця статистично значуща порівняно з 2006 р. (p < 0,01); * різниця статистично значуща порівняно з 2006 р. (p < 0,001).

Таблиця 2. Розподіл хворих із СЛД по групах за етіологічним чинником (M ± m), %

Група	Рік											Разом
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
I	19 46,3 ± 7,8	28 7,3 ± 4,1	34 53,1 ± 6,2	51 7,8 ± 3,4	53 12,5 ± 4,1	54 14,1 ± 4,3	62 13,3 ± 4,3	63 14,3 ± 4,3	71 13,3 ± 4,3	89 13,3 ± 4,3	524 13,3 ± 4,3	
II	3 7,3 ± 4,1	4 7,3 ± 4,1	5 7,8 ± 3,4	7 7,8 ± 3,4	7 7,8 ± 3,4	8 7,8 ± 3,4	9 7,8 ± 3,4	11 7,8 ± 3,4	11 7,8 ± 3,4	14 7,8 ± 3,4	79 7,8 ± 3,4	
III	10 24,4 ± 6,7	8 14,5 ± 4,8	8 14,5 ± 4,8	14 14,3 ± 3,5	17 15,7 ± 3,5	24 15,7 ± 3,5	27 20,6 ± 3,5	38 26,0 ± 3,6	41 24,8 ± 3,4	55 25,5 ± 3,0	242 21,3 ± 1,2	
IV	5 12,2 ± 5,1	8 14,5 ± 4,8	9 14,5 ± 4,8	13 13,3 ± 4,3	15 13,9 ± 3,3	16 13,8 ± 3,2	17 13,7 ± 3,0	17 11,6 ± 2,7	24 14,5 ± 2,7	34 15,7 ± 2,5	159 13,9 ± 1,0	
V	4 9,8 ± 4,6	7 12,7 ± 4,5	8 12,5 ± 4,1	13 13,3 ± 4,1	16 14,8 ± 3,4	14 12,1 ± 3,0	15 11,5 ± 2,8	17 11,6 ± 2,7	18 10,9 ± 2,4	24 11,1 ± 2,1	136 11,9 ± 1,0	
Разом	41 100	55 100	64 100	98 100	108 100	116 100	131 100	146 100	165 100	216 100	1140 100	

Примітка. Статистично значущої різниці порівняно з 2006 р. не виявлено (p > 0,05).

Таблиця 3. Структура хворих із СЛД у групах за віком (М ± m), %

Група	Вік, роки								Разом	
	≤ 18		19—39		40—59		≥ 60			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n = 524)	14	1,3 ± 0,3	207	18,2 ± 1,1	271	23,8 ± 1,3	32	2,8 ± 0,5	524	46,0 ± 1,5
II (n = 79)	4	0,4 ± 0,2	41	3,6 ± 0,6	23	2,0 ± 0,4	11	1,0 ± 0,3	79	6,9 ± 0,8
III (n = 242)	—	—	15	1,3 ± 0,3	118	10,4 ± 0,9	109	9,6 ± 0,9	242	21,3 ± 1,2
IV (n = 159)	17	1,5 ± 0,4	47	4,1 ± 0,6	63	5,5 ± 0,7	32	2,8 ± 0,5	159	13,9 ± 1,0
V (n = 136)	—	—	43	3,8 ± 0,6	56	4,9 ± 0,6	37	3,2 ± 0,5	136	11,9 ± 1,0
Разом (n=1140)	35	3,1 ± 0,5	353	31,0 ± 1,4	531	46,6 ± 1,5	221	19,4 ± 1,2	1140	100

Легеневу дисемінацію, за якої на основі комплексного обстеження встановлено заключний клінічний діагноз онкологічного ураження легень (III група), діагностовано у 242 ((21,3 ± 1,2) %) пацієнтів.

Легеневу дисемінацію, за якої на основі комплексного обстеження встановлено заключний клінічний діагноз інтерстиційного або гранулематозного ураження легень (за винятком туберкульозу), зокрема пульмоніту в разі системної патології (IV група), виявлено у 159 ((13,9 ± 1,0) %) хворих. Легеневу дисемінацію, за якої встановлено інший заключний клінічний діагноз, що не підпадала під критерії перших чотирьох груп дослідження (V група), зареєстровано у 136 ((11,9 ± 1,0) %) хворих. Діагноз «туберкульоз легень» (II група) в структурі СЛД встановлювали найрідше — у 79 ((6,9 ± 0,8) %) хворих. Це можна пояснити високим рівнем неінвазивної діагностики туберкульозу в нашому інституті.

Повільне зростання абсолютної кількості випадків саркоїдозу легень спостерігалось протягом усього періоду дослідження (від 19 до 89 випадків). Але у відсотковому співвідношенні картина була дещо іншою. Так, у перших 3 роки зростала кількість випадків саркоїдозу від (46,3 ± 7,8) до (53,1 ± 6,2) %, а потім, починаючи з 2009 р., вона почала зменшуватися від (52,0 ± 5,0) до (41,2 ± 3,3) %.

Абсолютна кількість хворих на туберкульоз збільшилася із 3 випадків у 2006 р. до 14 у 2015 р. При цьому відносна кількість випадків туберкульозу коливалася від (6,5 ± 2,4) % у 2010 та (6,5 ± 1,7) % у 2015 р. до (7,8 ± 3,4) % у 2008 р.

Кількість хворих із легеневою дисемінацією, за якої було встановлено заключний клінічний діагноз онкологічного ураження легень, почала поступово зростати від 2009 р. на 3–6 випадків на рік, а стрімке зростання зауважено в 2013 р. (38 пацієнтів, або (26,0 ± 3,6) %) порівняно з попереднім роком — 27 ((20,6 ± 3,5) %) та у 2015 р. — 55 ((25,5 ± 3,0) %) порівняно з попереднім роком — 41 ((24,8 ± 3,4) %).

Кількість випадків легеневої дисемінації, за якої на основі комплексного обстеження встановлений заключний клінічний діагноз інтерстиційного або гранулематозного ураження легень (за винятком туберкульозу), зокрема пульмоніти в разі системної патології, поступово збільшувалася від 2006 р. (5 пацієнтів, або (12,2 ± 5,1) %) до 2012 р. (18, або (13,7 ± 3,0) %). У 2013 р. зареєстровано на один випадок менше (17, або (11,6 ± 2,7) %). У цей рік помічено найнижчий відносний показник цієї патології за 10 років. У 2015 р. кількість хворих IV групи порівняно з 2013 р. збільшилася вдвічі (34 пацієнтів, або (15,7 ± 2,5) %).

Кількість випадків легеневої дисемінації, за якої встановлено інший заключний клінічний діагноз, що не підпадав під критерії перших чотирьох груп дослідження, зросла від 4 у 2006 р. до 24 у 2015 р., за винятком 2011 р., коли цей показник зменшився на 2 випадки.

Загалом під час аналізу структури захворюваності на СЛД у динаміці за 10 років ми помітили, що в I, II та V групах хворих за останніх кілька років помітна тенденція до зменшення відносної кількості випадків, а в III та IV — до збільшення відносної кількості випадків згаданої патології.

Структуру хворих з СЛД за віком наведено в табл. 3.

Хворих із СЛД за віком розподілено на 4 групи: до 18 років включно, 19–39 років, 40–59 років та 60 років і старші.

Найчастіше СЛД спостерігався у хворих працездатного віку: у 46,6 % — від 40 до 59 років та у 31,0 % — від 19 до 39 років. У хворих із СЛД віком до 19 років переважали гранулематозне ураження легень (1,5 ± 0,4) % та саркоїдоз (1,2 ± 0,3) %. Онкологічних процесів та захворювань V групи у цій віковій категорії не спостерігалось зовсім. Саркоїдоз значно переважав у молодих хворих (18,2 ± 1,1) % та людей середнього віку (23,8 ± 1,3) %. Онкологічні процеси у хворих із СЛД переважно реєстрували у хворих середнього віку (10,4 ± 0,9) % та літніх пацієнтів (9,6 ± 0,9) %, а у

віці ≤ 18 років не зустрічали зовсім. Гранулематозні процеси в легенях при СЛД найчастіше виявляли у хворих середнього віку ($5,5 \pm 0,7$) %.

Висновки

За 10 років у НІФП НАМН проліковано 1140 хворих із СЛД, тобто ($2,1 \pm 0,1$) % загальної кількості пацієнтів. Найшвидше зростання кількості хворих із СЛД помічено у 2015 р., коли абсолютні показники збільшилися на 30,9 %, що можна пояснити як загальним збільшенням хворих зі згаданою патологією, так і просвітниць-

кою роботою, яку проводять у НІФП НАМН у вигляді конференцій, публікації монографій, методичних рекомендацій та наукових робіт у вітчизняних і закордонних періодичних виданнях, що супроводжується перенаправленням пацієнтів із дільничних, районних та обласних лікарень до НІФП НАМН. У структурі етіологічних чинників, що зумовили СЛД, найчастіше спостерігався саркоїдоз легень (І група) — 524 ($(46,0 \pm 1,5)$ %) випадків. СЛД переважно виявляли у хворих працездатного віку: у 46,6 % — від 40 до 59 років та у 31,0 % — від 19 до 39 років.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — М.С. Опанасенко; збір матеріалу — В.І. Борисова, О.К. Обремська; обробка матеріалу — М.І. Калениченко, Р.С. Демус; статистична обробка даних — О.В. Терешкович; написання тексту — М.І. Калениченко; редагування — М.С. Опанасенко.

Список літератури

1. Гаврисюк В.К. и др. Идиопатический легочный фиброз: клиника, диагностика, лечение // Укр. пульмонолог. журнал. — 2012. — № 3. — С. 55–59.
2. Гаврисюк В.К. и др. Очерки клинической пульмонологии. — К.: Велес, 2016. — 336 с.
3. Гаврисюк В.К. Редкие интерстициальные заболевания легких. — К.: Велес, 2012. — 148 с.
4. Илькович М.М. Диссеминированные заболевания легких. — К.: ГЭОТАР — Медиа, 2011. — 480 р.
5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Ільницький І.Г. Хвороби респіраторної системи. — Київ — Львів, 2008. — 495 с.
6. Фещенко Ю.І. та ін. Ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії: клініка, діагностика, лікування (проект національної угоди) // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3 (Додаток). — С. 38–46.
7. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Update of the 2011 Clinical Practice Guideline // Am.J. Respir. Crit. Care Med. — 2015. — Vol. 192. — P. e3–e19.
8. Navaratnam V. et al. The rising incidence of idiopathic pulmonary fibrosis in the UK // Thorax. — 2011. — Vol. 66, N 6. — P. 462–467.

Н.С. Опанасенко, М.І. Калениченко, А.В. Терешкович, В.І. Борисова, Р.С. Демус, О.К. Обремская
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Етіологічна структура і тенденції динаміки синдрому легочної диссемінації у больних фтізіопульмонологічного профіля

Цель работы — изучить тенденции к динамике и этиологическую структуру синдрома легочной диссеминации (СЛД) у больных фтізіопульмонологічного профіля, которые находились на обследовании и лечении в Национальном институте фтізіатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины (НІФП НАМН) с 2006 по 2015 г.

Материалы и методы. За 10 лет в НІФП НАМН было пролечено 1140 больных с СЛД, что составило ($2,1 \pm 0,1$) % от общего количества пациентов.

Результаты и обсуждение. В структуре этиологических факторов, которые вызвали СЛД, чаще всего встречался саркоїдоз легких (І группа) — 524 случая, или ($46,0 \pm 1,5$) %. СЛД преимущественно встречался у больных трудоспособного возраста: в 46,6 % — от 40 до 59 лет и в 31,0 % — от 19 до 39 лет.

Выводы. Наиболее стремительный рост количества больных с СЛД было отмечено в 2015 г., когда абсолютные показатели увеличились на 30,9 %, что может объясняться как общим увеличением количества больных с данной патологией, так и просветительской работой, которая проводится в НІФП НАМН в виде конференций, публикации монографий, методических рекомендаций и научных работ.

Ключевые слова: легочная диссеминация, структура заболеваемости, динамика заболеваемости.

N.S. Opanasenko, M.I. Kalenichenko, O.V. Tereshkovich, V.I. Borisova, R.S. Demus, O.K. Oremka
SI «National Institute of Phthysiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Etiological structure and trends of dynamics of pulmonary syndrome dissemination among patients with physio-pulmonological profile

Objective – to examine the dynamics trends and the etiological structure of the pulmonary dissemination syndrome (SLD) in patients with phthysiopulmonologic profile who were on examination and treatment at the National Institute of Phthysiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (NIFP NAMS) from 2006 to 2015 years.

Materials and methods. For 10 years, 1140 patients with SLD were treated at NIFP NAMN, which amounted to (2.1 ± 0.1) % of the total number of patients.

Results and discussion. In the structure of the etiological factors that caused SLD, sarcoidosis of the lungs (group I) was most often found – 524 (46.0 ± 1.5) % of cases. SLD was predominantly found in patients of working age: 46.6 % from 40 to 59 years and 31.0 % from 19 to 39 years.

Conclusions. The fastest increase in the number of patients with SLD was observed in 2015, when the absolute indices increased by 30.9 %, which can be explained both by a general increase in the number of patients with this pathology and by the educational work carried out at the NIFP NAMN in the form of conferences, Publication of monographs, methodical recommendations, and scientific works.

Key words: pulmonary dissemination, morbidity structure, morbidity dynamics.

Контактна інформація:

Опанасенко Микола Степанович, д. мед. н., проф., зав. відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
E-mail: Opanasenko@ifp.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 21 червня 2017 р.