

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
“НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМ. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ”**

ШАДРІНА ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК:61 6.24 - 002.582 - 036.22- 036.8 (477). 001.5

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ
В ПІВДЕННОМУ І ПІВНІЧНОМУ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ,
КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТА СТАДІЇ, РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ**

14.01.27 – пульмонологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ –2015

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор

Гаврисюк Володимир Костянтинівич,

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України»,
завідувач клініко-функціонального відділення

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Басанець Анжела Володимирівна,

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
завідувач відділу професійної патології

доктор медичних наук, професор

Дудка Петро Федорович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
професор кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету

Захист дисертації відбудеться «26» жовтня 2015 р. об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий «25» вересня 2015 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О.О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Саркоїдоз із ураженням паренхіми легень у більшості країн світу займає перше місце в структурі інтерстиціальних захворювань легень (Поддубный А. Ф., 1982; Фещенко Ю. І., 2006; Vaughman R. P., 2011).

У Бельгії саркоїдоз становить 27 % усіх випадків інтерстиціальних захворювань легень (Roelandt M. et al., 1995), у Греції – 34,1 % (Karakatsani A. et al., 2009), в Італії – 33,7 % (Tinelli C., et al., 2005), у Франції саркоїдоз та ідіопатичний легеневий фіброз разом – понад 50 % (Valeyre D. et al., 2010). Із 70-х років минулого століття спостерігається неухильне зростання захворюваності на саркоїдоз і смертності хворих.

Захворюваність на саркоїдоз у різних країнах світу варіює від 0,125 до 24,0 нових випадків на 100 000 населення на рік, поширеність – від 1 до 64 на 100 000 населення (Илькович М. М., 2005).

Проведені дослідження можливих факторів, що сприяють розвитку захворювання, не встановили впливу куріння і забруднення навколишнього середовища на захворюваність на саркоїдоз (B. Musellim V. et al., 2009; Gupta D. et al., 2010). Відзначено високий рівень захворюваності і більш тяжкий перебіг саркоїдозу серед чорношкірих жителів США і Великої Британії (Cozier Y. C. et al., 2011).

Безсумнівний вплив на захворюваність на саркоїдоз чинить кліматичний фактор – у країнах Африки, Азії та Центральної Америки показники захворюваності на саркоїдоз найнижчі, а в країнах з помірним і холодним кліматом – найвищі (Kurata A., 2012). Встановлено, що захворюваність, яка перевищує 10 випадків на 100 000 населення на рік, спостерігається в північноєвропейських країнах – Данії (10,1), Фінляндії (11,4), Норвегії (15,0) та Швеції (24,0) (Milman N., 1990). Разом з тим численні відомості літератури про вплив географічного чинника на рівень захворюваності на саркоїдоз досі не мали статистичних доказів.

В Україні епідеміологічні дослідження стосовно саркоїдозу органів дихання не проводилися. У зв'язку з цим не встановлено рівнів захворюваності та поширеності саркоїдозу, не відома структура хворих залежно від форми і стадії захворювання, частота екстрапульмональних уражень.

Питання про лікування хворих на саркоїдоз дискутується з моменту визначення саркоїдозу як самостійної нозологічної форми. У зв'язку з тим, що етіологія саркоїдозу до сьогодні залишається невідомою, усі концепції лікування викладаються в різних посібниках з граничною обережністю.

У 1999 році Американським торакальним товариством (ATS) разом із Європейським респіраторним товариством (ERS) і Всесвітньою асоціацією саркоїдозу та інших гранульоматозних уражень (WASOG) була прийнята міжнародна угода з діагностики і лікування саркоїдозу, відповідно до якої необхідність призначення протизапальної терапії, вибір гормонального препарату та його доза повинні бути індивідуальними. При цьому угода не містить чітких показань для призначення протизапальних препаратів, а рекомендовані дози ГКС-терапії і строки лікування наведено в досить широкому діапазоні.

В угоді відсутні відомості про частоту і причини незадовільних результатів

протизапальної терапії хворих – рецидивів, випадків прогресування захворювання на фоні лікування, грубих залишкових змін у легенях.

Усе це становило передумови для виконання даної роботи, визначило мету і завдання дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами Дисертація є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Дослідити фізичний стан та якість життя в осіб, вилікуваних від саркоїдозу органів дихання, вивчити фактори ризику несприятливого перебігу захворювання та розробити нову технологію диференційованого лікування хворих» (№ державної реєстрації 0113U000260)

Мета дослідження: вивчити захворюваність та поширеність саркоїдозу органів дихання у південному й північному регіонах України, провести ретроспективний аналіз частоти, характеру та основних причин незадовільних результатів лікування за 5-річний період.

Завдання дослідження:

1. Вивчити захворюваність та поширеність саркоїдозу органів дихання в Автономній Республіці Крим та Житомирській області за даними 2011 року.

2. Дослідити структуру хворих, направлених в Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського (НІФП), за статтю, віком, формами і стадіями захворювання на підставі вивчення матеріалів амбулаторних карт та історій хвороби за 5-річний період.

3. Провести ретроспективний аналіз частоти, характеру та основних причин незадовільних результатів лікування за матеріалами амбулаторних карт та історій хвороби за 5-річний період.

4. Вивчити стан бронхолегеневої системи, фізичну активність і якість життя осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу органів дихання.

5. На основі комплексної оцінки результатів лікування розробити рекомендації щодо оптимізації ведення хворих на саркоїдоз органів дихання.

Об'єкт дослідження. хворі на саркоїдоз органів дихання .

Предмет дослідження: захворюваність на саркоїдоз органів дихання, поширеність саркоїдозу, структура хворих, ефективність лікування, причини незадовільних результатів терапії.

Методи дослідження: епідеміологічні, статистичні, ретроспективний аналіз клінічних, рентгенологічних і функціональних даних, комплексне клініко-лабораторне обстеження.

Наукова новизна отриманих результатів. Уперше отримано статистичні докази впливу на показники епідеміології саркоїдозу географічного чинника – збільшення захворюваності в напрямку з півдня на північ. Встановлено пряму залежність захворюваності на саркоїдоз у країнах Євроазійського регіону від середнього значення їх географічної широти ($r = 0,827$; $p = 6,295 \times 10^{-6}$; границі 95 % довірчого інтервалу: 0,636–0,923).

На підставі виявлення хворих на саркоїдоз органів дихання в АР Крим та Житомирській області вперше досліджено показники захворюваності та поширеності саркоїдозу органів дихання у південному й північному регіонах України, які відповідають рівню південноєвропейських країн.

Вперше в Україні проведено ретроспективне вивчення структури хворих за

віком, статтю, стадіями захворювання з оцінкою частоти й характеру незадовільних результатів лікування.

Встановлено, що найбільша частота незадовільних результатів лікування спостерігається у хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії, що обумовлено несвоєчасним призначенням глюкокортикостероїдів у зв'язку з помилковим діагнозом і хіміотерапією дисемінованого туберкульозу легень (у 40 % хворих), а також невідповідністю якості специфічної терапії сучасним стандартам (у 70 % хворих).

Одержано нові дані про стан осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу III стадії, перебіг якого характеризувався прогресуванням на фоні терапії або відсутністю позитивної динаміки через 6 міс спостереження та лікування, рецидивами, а також формуванням інтерстиціального фіброзу в легенях. Відзначено високу (80 %) частоту залишкових змін у легенях у вигляді пневмофіброзу, виявлено порушення легеневої вентиляції (40 % пацієнтів) зі зменшенням дифузійної здатності легень та розвитком артеріальної гіпоксемії, зниження рівня фізичної активності та якості життя.

Практичне значення отриманих результатів. У зв'язку з тим, що кліматичний фактор є одним із визначальних в епідеміології саркоїдозу, показники захворюваності й поширеності в південному і північному регіонах з великою часткою імовірності можна вважати крайніми для областей України. Це дало підставу розрахувати щорічну кількість нових випадків саркоїдозу (700) та загальну кількість хворих з активним саркоїдозом (2500) у цілому по Україні, що має важливе значення для пульмонологічної служби країни. Одержані результати епідеміологічного дослідження включено до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Саркоїдоз», затвердженого наказом МОЗ України № 634 від 08.09.2014р.

Розроблено рекомендації щодо поліпшення результатів лікування хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії, які включають удосконалення диференційної діагностики дисемінованого туберкульозу легень з метою уникнення помилкових діагнозів туберкульозу у хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень і контроль проведення ГКС-терапії відповідно до стандартних вимог до дозування й тривалості курсу лікування, використання препаратів другої лінії у випадках резистентності до ГКС.

Впровадження результатів роботи у практику. Результати роботи впроваджено в лікувальний процес відділення інтерстиціальних та бронхообструктивних захворювань легень НІФП, в пульмонологічних відділеннях Чернівецької, Житомирської та Хмельницької обласних лікарень. Отримано патент України на корисну модель № 97971 від 10.04.2015 р. «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на саркоїдоз легень II-III стадії системними кортикостероїдами».

Особистий внесок здобувача. Дисертантом проаналізована наукова література з проблем саркоїдозу органів дихання. Автор брав безпосередню участь у формулюванні мети й завдання дослідження, в розробці всіх положень дисертаційної роботи. Автором був проведений аналіз амбулаторних карт та історій хвороби хворих на саркоїдоз органів дихання з АР Крим та Житомирської

області. Автор проводив клінічний відбір хворих, виконував клініко-діагностичні дослідження. Дисертант особисто проводив статистичну обробку матеріалу, інтерпретацію даних та узагальнення результатів дослідження. Текстова та графічна оформлення результатів досліджень належить автору. Наукові публікації виконувались у співавторстві із науковим керівником та співробітниками ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Персональний внесок дисертанта у сумісних наукових статтях полягає в збиранні матеріалу, здійсненні огляду літератури за темою, узагальненні даних та формулюванні висновків.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи повідомлені та обговорені на V з'їзді фтизіатрів та пульмонологів України (Київ, 2013), XII з'їзді ВУЛГ (Київ, 2013), на міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства» (Одеса, 2014), науково-практичній конференції «Щорічні терапевтичні читання: лікувально-діагностичні технології сучасної терапії» (Харків, 2013), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів» (Харків, 2014), міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини», присвяченої 100-річчю від дня народження професора А. П. Пелешука (Київ, 2013).

Публікації. За матеріалами досліджень опубліковано 12 наукових праць, із них 5 – у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, із них 5 у журналах, що зареєстровані в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus, Science Index та Google Scholar, опубліковано 7 тез доповідей в матеріалах науково-практичних конференцій.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 148 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 32 рисунками, містить 21 таблицю.

Складається з вступу, огляду літератури, розділу «Матеріали та методи дослідження», чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку літератури, що містить 167 джерел (із них 35 – кирилицею).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт та методи дослідження. Проведено вивчення залежності захворюваності на саркоїдоз у різних країнах Євразійського регіону (за даними літератури) від їхньої географічної широти на основі застосування кореляційно-регресійного аналізу. Враховуючи те, що розподіл досліджуваних випадкових величин відрізнявся від нормального, для аналізу кореляційної залежності використовували непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. З метою визначення виду математичної функції в причинно-наслідковій залежності між досліджуваними змінними, засобами MS Excel було проведено регресійний аналіз.

Порівняльне вивчення захворюваності та поширеності саркоїдозу органів дихання проведено в південному (АР Крим) та північному (Житомирська область) регіонах України за даними кількості звертань та результатами профілактичного рентгенологічного дослідження в 2011 році.

Відомості про нові випадки саркоїдозу були отримані від пульмонологічної, терапевтичної, фтизіатричної служб лікувально-профілактичних закладів міського, районного, обласного та державного рівнів. Отримані відомості були доповнені матеріалами аналізу медичної документації консультативної поліклініки НІФП. Вивчались показники захворюваності та поширеності, розподіл хворих залежно від статі, віку та стадії захворювання.

Проведено ретроспективне вивчення структури хворих на саркоїдоз органів дихання залежно від статі, віку, форми та стадії захворювання, частоти екстрапульмональних уражень на основі аналізу матеріалів амбулаторних карт та історій хвороби 1776 хворих, які були направлені для обстеження та лікування до НІФП в період з 2008 по 2012 роки. Проведено аналіз якості лікування хворих на основі вивчення частоти незадовільних результатів, до яких належали: рецидивуючий перебіг саркоїдозу з переходом у IV стадію, рецидиви (активація після закінчення лікування), відсутність позитивного ефекту через 6 місяців спостереження та лікування, прогресування на фоні терапії, залишкові зміни в легенях у вигляді фіброзу легень.

З метою вивчення найбільш імовірних причин незадовільних результатів лікування та оцінки стану бронхолегеневої системи, фізичної активності та якості життя в умовах відділення інтерстиціальних захворювань легень НІФП були обстежені 25 пацієнтів, що перенесли саркоїдоз органів дихання III стадії, перебіг якого мав рецидивуючий характер з переходом у IV стадію захворювання або характеризувався прогресуванням на фоні терапії, відсутністю позитивної динаміки через 6 міс спостереження та лікування, рецидивами, а також формуванням фіброзу в легенях.

Серед обстежених було 13 чоловіків і 12 жінок віком від 30 до 65 років (середній вік – $(48,7 \pm 2,3)$ року).

Період від початку захворювання до надходження пацієнта до клініки становив від 3 до 25 років, у середньому – $(9,0 \pm 1,1)$ року.

Рентгенографію органів грудної порожнини проводили з використанням рентгенапарата "Bucky Diagnost" (Philips).

Усіх хворих обстежено методом багатозрізової комп'ютерної томографії на КТ-сканері Aquilion TSX-101A (Toshiba).

Стан ФЗД оцінювали на основі аналізу кривої потік-об'єм форсованого видиху, бодиплетизмографії, дослідження дифузійної здатності легень на спірометричній системі MasterScreen («Viasys Healthcare GmbH») з відповідними модулями.

За кривою потік-об'єм форсованого видиху розраховували наступні показники: життєву ємність легень (VC, % до належн.), форсовану життєву ємність легень (FVC, % до належн.), об'єм форсованого видиху за першу секунду (FEV_1 , % до належн.), показник FEV_1/FVC (%).

Вивчення структури загальної ємності легень (TLC, % до належн.) за даними бодиплетизмографії проводилося з розрахунком функціональної залишкової ємності легень (ITGV, % до належн.), залишкового об'єму легень (RV, % до належн.), показника $RV \% TLC$, резервного об'єму видиху (ERV, % до належн.), загального бронхіального опору (R_{tot} , % до належн.).

Дифузійна здатність легень оцінювалася за допомогою методу одиничного вдиху з розрахунком показника дифузії (DLCO, % до належн.), альвеолярного об'єму (VA, % до належн.), трансфер-коефіцієнта (КСО – співвідношення DLCO до VA, % до належн.).

Показники газового складу капілярної крові оцінювалися мікрометодом за допомогою аналізатора «ABL5» фірми «Radiometer». Аналізували такі показники: рН, напругу вуглекислого газу (PaCO₂, мм рт. ст.) та напругу кисню (PaO₂, мм рт. ст.).

Стан фізичної активності хворих досліджували з використанням тесту з 6-хвилинною ходьбою (6MWT) відповідно до стандартного протоколу (ATS Statement, 2002).

Усім хворим проводилось вимірювання задишки за шкалою MRC (Medical Research Council).

Проводилось також вивчення показників якості життя (ЯЖ) за загальним опитувальником SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)). Опитувальники заповнювали методом інтерв'ю з використанням версії Ware J. E. et al. (1994). Для порівняння (контрольна група) використано перші вітчизняні результати вивчення ЯЖ із застосуванням SF-36 у 52 здорових осіб (Фещенко Ю.І., Мостовий Ю.М., 2002).

Статистична обробка даних опитувальника SF-36 проведена у відповідності до інструкцій компанії Евіденс–Клініко-фармакологічні дослідження.

Результати досліджень оброблено методами параметричної та непараметричної статистики із використанням математичних та статистичних функцій програми Microsoft® Excel® 2007 (№ ліцензії 17016297) (Лапач С. Н. и соавт., 2001).

Результати досліджень та їх обговорення. На рис. 1 представлено графічне зображення величин захворюваності у різних країнах, ранжованих за збільшенням середнього значення географічної широти цих країн.

Характер представлених кривих дає змогу припустити наявність зв'язку між захворюваністю і географічною широтою, що є передумовою для статистичного вивчення цього зв'язку на основі застосування кореляційно-регресійного аналізу.

У результаті було отримано значення коефіцієнта кореляції $r = 0,827$ (коефіцієнт статистично значущий: $p = 6,295 \times 10^{-6}$; границі 95 % довірчого інтервалу: 0,636–0,923). Із урахуванням границь 95 % довірчого інтервалу, можна говорити про наявність принаймні помірної тісноти зв'язку між рівнем захворюваності на саркоїдоз у тій чи іншій країні та її географічною широтою.

Враховуючи отримані статистичні докази залежності захворюваності на саркоїдоз у різних країнах від їх географічної широти, нами було проведено порівняльне вивчення захворюваності та поширеності саркоїдозу органів дихання в південному (АР Крим) і північному (Житомирська область) регіонах України за даними звертань та результатами профілактичного рентгенологічного обстеження у 2011 році.

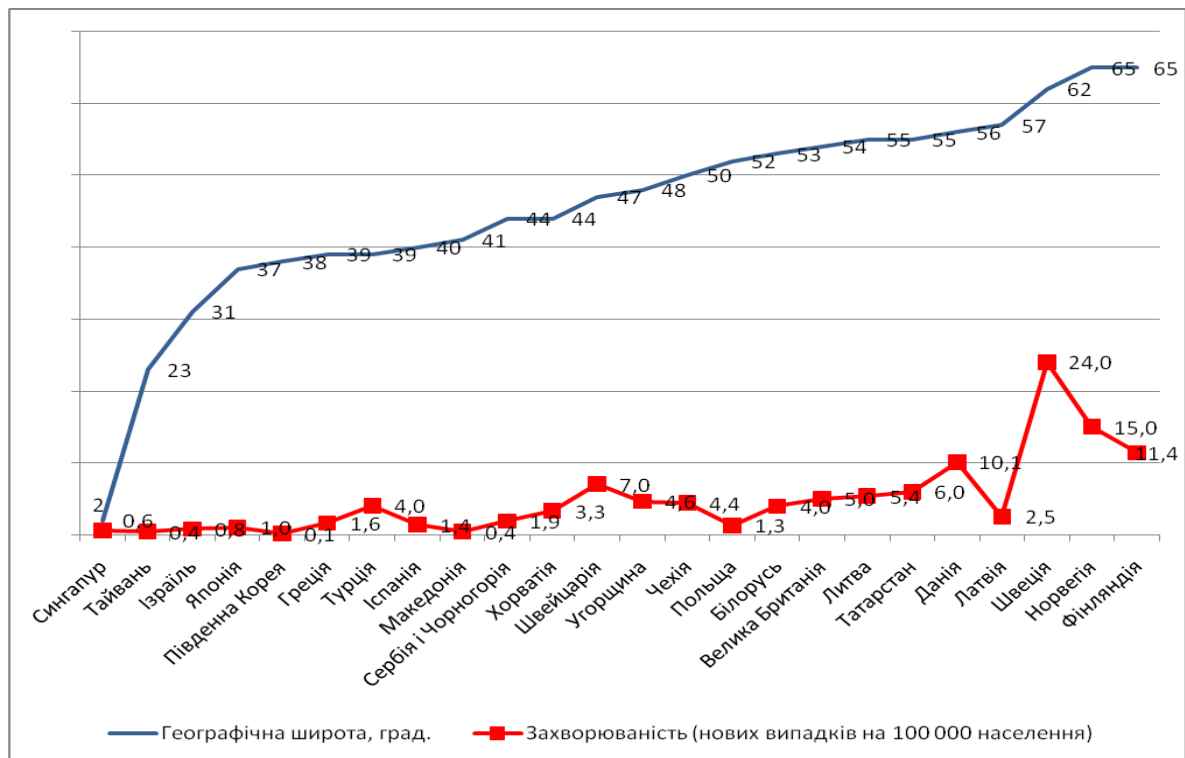


Рис. 1 Графічне зображення величин захворюваності у різних країнах, ранжованих за збільшенням середнього значення географічної широти

В АР Крим у 2011 році показник захворюваності становив 1,08 на 100 000 дорослого населення, показник поширеності – 4,59 на 100 000. У Житомирській області показник захворюваності (2,62 на 100 000) перевищував аналогічний в АР Крим в 2,4 рази. Поширеність (7,86 на 100 000) була вищою, ніж в АР Крим, в 1,7 рази.

У зв'язку із тим, що кліматичний фактор є одним із визначальних в епідеміології саркоїдозу, показники захворюваності та поширеності в південному та північному регіонах із значною вірогідністю можна вважати крайніми для областей України. Це дає основу зробити висновок, що в цілому по Україні захворюваність на саркоїдоз органів дихання становить у середньому від 1,1 до 2,6 на 100 000 дорослого населення, а поширеність – від 4,6 до 7,9 на 100 000, що відповідає рівню південноєвропейських країн. Якщо врахувати, що доросле населення країни становить приблизно 38 млн осіб, то можна зробити висновок, що щорічно в Україні реєструється приблизно 700 нових випадків саркоїдозу, а загальна кількість хворих із активним саркоїдозом становить приблизно 2500. Останнє число відбиває поширеність лише зареєстрованих випадків саркоїдозу. Це пацієнти, які звернулися за медичною допомогою або були виявлені під час профілактичного рентгенологічного обстеження. Випадки безсимптомного перебігу хвороби зі спонтанним виліковуванням залишаються поза зором лікарів.

Проведено аналіз амбулаторних карт та історій хвороб 1776 хворих, направлених на обстеження та лікування до НІФП за період з 2008 по 2012 роки.

Серед обстежених переважали жінки (56,5 %). Серед чоловіків найбільша кількість випадків саркоїдозу спостерігалася у віці від 20 до 39 років, у жінок у

старшому віці – від 40 до 59 років.

Установлений факт надзвичайно низького рівня захворюваності на саркоїдоз підлітків та молоді віком від 18 до 20 років, що має важливе значення в диференційній діагностиці медіастинальних лімфаденопатій, основу якої мають становити методи діагностики лімфопроліферативних захворювань. Відзначений також досить низький рівень захворюваності серед осіб віком 60 років і старших, особливо серед чоловіків. Це має важливе значення в диференційній діагностиці саркоїдозу III, IV стадій та ідіопатичного легеневого фіброзу, який спостерігається переважно в цій віковій групі.

Майже у 60 % хворих спостерігалось ураження паренхіми легень (II–IV стадії), які є основою розвитку порушень функції газообміну.

Серед хворих хронічною формою саркоїдозу органів дихання (1629) клінічні прояви екстрапульмональних уражень відзначались у 98 осіб (5,5 %).

У хворих з гострою формою захворювання та саркоїдозом I стадії незадовільні результати лікування спостерігались в окремих випадках (табл. 1).

Таблиця 1

Незадовільні результати лікування залежно від форми та стадії саркоїдозу

Результат лікування	Синдром Лефгрена n = 147		I стадія n = 678		II стадія n = 712		III стадія n = 161		Усього n = 1776	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Прогресування на тлі терапії	1	0,7	4	0,6	32	4,5	7	4,4	44	2,5
Відсутність позитивної динаміки через 6 місяців	1	0,7	1	0,2	10	1,4	8	5,0	20	1,1
Рецидиви	2	1,4	9	1,3	19	2,7	9	5,6	39	2,2
Інтерстиціальний фіброз легень	2	1,4	–	–	108	15,2	49	30,4	159	9,0

Прогресування на фоні лікування, що проводилося, спостерігалось в цілому по групі у 44 хворих (2,5 %), переважно в групах з II (4,5 %) та III стадією (4,4 %).

Найчастіше відсутність позитивної динаміки за 6 місяців лікування та рецидиви спостерігались у хворих з III стадією захворювання (5,0 % та 5,6 % відповідно). Частота випадків інтерстиціального фіброзу в легенях після лікування у хворих з III стадією склала 30,4 %. Тобто в кожного третього хворого на саркоїдоз III стадії формується інтерстиціальний фіброз легень.

Підсумовуючи отримані дані, можна вважати, що найбільша частота незадовільних результатів лікування спостерігається в групі хворих на саркоїдоз III стадії.

З метою вивчення найбільш вірогідних причин незадовільних результатів лікування та оцінки стану бронхолегеневої системи, фізичної активності та якості життя, було обстежено 25 пацієнтів, які перенесли саркоїдоз органів дихання III стадії, перебіг якого мав рецидивуючий характер з переходом у IV стадію

захворювання або характеризувався прогресуванням на фоні терапії, відсутністю позитивної динаміки через 6 міс спостереження та лікування, рецидивами, а також формуванням інтерстиціального фіброзу в легенях.

Під час аналізу своєчасності встановлення діагнозу саркоїдозу було виявлено несподівано високий відсоток помилкового діагнозу туберкульозу легень – у 10 випадках (40 %) синдром дисемінації в легенях було помилково розцінено як прояв дисемінованого туберкульозу легень, у зв'язку з чим хворим було призначено хіміотерапію протитуберкульозними засобами терміном від 3 міс до 3 років. Після закінчення зазначених термінів безуспішного лікування замість помилкового діагнозу туберкульозу діагностовано саркоїдоз органів дихання III стадії.

Таким чином, лікування саркоїдозу у 40 % хворих було розпочато із запізненням від 3 міс до 3 років, що, з найбільшою вірогідністю, стало однією з основних причин незадовільних результатів лікування.

За даними ретроспективного дослідження у групі хворих на саркоїдоз органів дихання II стадії незадовільні результати лікування спостерігалися в середньому в 2 рази рідше, ніж у групі хворих на саркоїдоз III стадії. З найбільшою вірогідністю, це можна пояснити значно меншою частотою помилкового діагнозу дисемінованого туберкульозу легень, оскільки наявність двобічної прикореневої лімфаденопатії у хворих на саркоїдоз II стадії є вагомим диференційно-діагностичним критерієм діагнозу саркоїдозу.

Важливим фактором, який значною мірою впливає на результати лікування, є якість проведеної терапії, у зв'язку з чим було проведено аналіз якості лікування хворих на предмет відповідності сучасним стандартам.

Аналіз показав, що тільки у 8 випадках (32 %) лікування хворих відповідало сучасним вимогам. 16 % хворих не отримували ніякого лікування, у 28 % випадків ГКС були призначені в недостатній дозі, у 16 % з прогресуючим перебігом і наявністю резистентності до ГКС препарати другої лінії (імуносупресанти) не призначалися.

На підставі даних багатозрізової комп'ютерної томографії було проведено вивчення частоти, характеру і ступеня вираженості залишкових змін у легенях у вигляді пневмофіброзу.

У 5 пацієнтів (20 %) були відсутні будь-які патологічні зміни в легенях. У 4 із них спостерігалися рецидиви саркоїдозу, в 1 – відсутність позитивної динаміки після 6 міс терапії. У всіх випадках діагноз саркоїдозу було встановлено своєчасно, тобто ці пацієнти не належали до групи хворих з помилковим початковим діагнозом дисемінованого туберкульозу легень і не мали тривалої протитуберкульозної хіміотерапії, у зв'язку з чим лікування саркоїдозу було призначено своєчасно. Відсутність у них залишкових змін у вигляді фіброзу легень, на наш погляд, є непрямым свідченням того, що несвоєчасність призначення специфічної терапії саркоїдозу у зв'язку з помилковим діагнозом туберкульозу і тривалим періодом лікування протитуберкульозними засобами (40 % хворих) є однією з основних причин формування фіброзу легень у хворих на саркоїдоз III стадії.

У 9 хворих (36 %) під час МСКТ було виявлено вогнищевий фіброз легень на фоні обмеженого інтерстиціального фіброзу, у 6 пацієнтів (24 %) – обмежений інтерстиціальний фіброз і в 5 (20 %) – поширений інтерстиціальний фіброз.

Показники бодиплетизмографії і кривої потік-об'єм форсованого видиху свідчили про наявність порушень вентиляційної функції легень у 40 % осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу органів дихання III стадії. При цьому, в більшості пацієнтів спостерігаються обструктивні розлади легеневої вентиляції, що, з найбільшою вірогідністю, є наслідком гранульоматозного ураження бронхів.

У хворих із порушеннями легеневої вентиляції спостерігалось зменшення дифузійної здатності легень з розвитком артеріальної гіпоксемії (табл. 2).

Таблиця 2

Показники дифузійної здатності легень та напруги кисню в капілярній крові в осіб з нормальним станом легеневої вентиляції і пацієнтів з порушеннями вентиляційної функції легень (M ± m)

Показник	1 група (n = 15)	2 група (n = 10)	p
DLCO (% від належн.)	84,2 ± 2,2	62,1 ± 4,2	< 0,001
PaO ₂ (мм рт. ст.)	76,1 ± 2,2	68,0 ± 1,9	< 0,05

З метою оцінки стану фізичної активності хворих проводили тест з 6-хвилинною ходьбою. У результаті встановлено зменшення дистанції (76,8 ± 3,7 % від належної), що свідчило про зниження рівня фізичної активності. Зменшення 6MWD було виражено більшою мірою у хворих з порушеннями вентиляційної функції легень.

Вивчення показників якості життя проводилось за загальним опитувальником SF-36.

Пацієнти з нормальними показниками легеневої вентиляції і дифузії за всіма основними показниками достовірно не відрізнялася від контрольної групи. Виняток становив інтегральний показник – фізичний компонент здоров'я, який був достовірно знижений.

У хворих із порушеннями ФЗД спостерігалось значне зниження показників, які відбивають обмеження фізичних можливостей пацієнтів, причому показники соціальної активності, рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, зберігалися на досить високому рівні.

Таким чином, порушення фізичної активності та якості життя осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу органів дихання, з найбільшою вірогідністю, обумовлені розладами вентиляційної функції і дифузійної здатності легень.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити висновок, що для підвищення якості лікування хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії, профілактики розвитку фіброзу в легенях, порушень легеневої вентиляції і дифузії, зниження рівня фізичної активності та якості життя, необхідне насамперед удосконалення діагностики та диференційної діагностики дисемінованого туберкульозу легень з метою уникнення помилкових діагнозів туберкульозу у хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень. Не менш важливим є своєчасне призначення ГКС-терапії, яка відповідала б стандартним вимогам до дозування й тривалості курсу лікування, а також використання препаратів другої лінії у випадках резистентності до ГКС.

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнено теоретичні передумови і науково обґрунтовані нові результати, що в сукупності вирішують конкретне наукове завдання пульмонології щодо вивчення захворюваності й поширеності саркоїдозу органів дихання у двох регіонах України, ретроспективної оцінки частоти й основних причин незадовільних результатів лікування з метою оптимізації ведення хворих. Методологічно робота ґрунтується на виявленні хворих на саркоїдоз у двох регіонах України, ретроспективному оцінюванні якості лікування хворих за матеріалами амбулаторних карт та історій хвороби за 5-річний період, обстеженні осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу органів дихання.

1. Одержано статистичні докази впливу на показники епідеміології саркоїдозу географічного чинника – збільшення захворюваності в напрямку з півдня на північ. Встановлено пряму залежність захворюваності на саркоїдоз у країнах Євразійського регіону від середнього значення їх географічної широти ($r = 0,827$; $p = 6,295 \times 10^{-6}$; границі 95 % довірчого інтервалу: 0,636–0,923).

2. В АР Крим (південний регіон) у 2011 році показник захворюваності становив 1,08 на 100 000 дорослого населення, показник поширеності – 4,59 на 100 000. У Житомирській області (північний регіон) показник захворюваності (2,62 на 100 000) перевищував аналогічний в АР Крим в 2,4 рази. Поширеність (7,86 на 100 000) була вищою, ніж в АР Крим, в 1,7 рази. Захворюваність на саркоїдоз і поширеність саркоїдозу у досліджуваних регіонах відповідають рівню південноєвропейських країн.

3. Відзначено, що на саркоїдоз частіше хворіють жінки (56,5 %). Серед чоловіків найбільша кількість випадків саркоїдозу спостерігається у віковому діапазоні від 20 до 39 років, у жінок – у старшому віці (від 40 до 59 років). Надзвичайно низький рівень захворюваності спостерігається в підлітків і молодих людей віком до 20 років, а також в осіб старших за 60 років. Майже у 60 % хворих спостерігаються ураження паренхіми легень (II–IV стадії), серед пацієнтів з хронічною формою саркоїдозу екстрапульмональні ураження відзначаються в середньому в 5,5 % хворих.

4. Найбільша частота незадовільних результатів лікування спостерігається у хворих на саркоїдоз III стадії: відсутність позитивної динаміки через 6 місяців лікування – у 5,0 % хворих, рецидиви – у 5,6 %, випадки інтерстиціального фіброзу в легенях після лікування – у 30,4 %.

5. У хворих на саркоїдоз органів дихання в 40 % випадків специфічна терапія призначається з запізненням від 3 міс. до 3 років після хіміотерапії з приводу помилкового діагнозу дисемінованого туберкульозу легень. У 68 % пацієнтів якість проведеної терапії не відповідає сучасним стандартам: 16 % хворих не отримують ніякого лікування, у 28 % випадків ГКС призначаються в недостатній дозі, у 8 % хворих у стартовому лікуванні застосовують тільки хлорохін без наявності протипоказань для використання ГКС, у 16 % хворих з прогресуючим перебігом і наявністю резистентності до ГКС препарати другої лінії (імуносупресанти) не призначаються.

6. За даними багатозрізової комп'ютерної томографії у 80 % хворих виявляються залишкові зміни в легенях у вигляді пневмофіброзу: вогнищевий

фіброз у 36 %, обмежений інтерстиціальний у 24 %, поширений інтерстиціальний у 20 %.

7. У 40 % хворих спостерігаються переважно обструктивні порушення легеневої вентиляції, зменшення дифузійної здатності легень (DLCO – $(63,1 \pm 4,2)$ %) з розвитком артеріальної гіпоксемії (PaO_2 – $(68,0 \pm 1,9)$ мм рт. ст.).

8. За результатами тесту з 6-хвилинною ходьбою середня 6MWD складає $(76,8 \pm 3,7)$ % від належної, що вказує на зниження рівня фізичної активності. В осіб із порушеннями функції зовнішнього дихання спостерігається значне зменшення показників якості життя за SF-36, що відбивають фізичні можливості пацієнтів.

9. Для поліпшення результатів лікування хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії, профілактики розвитку фіброзу в легенях, порушень легеневої вентиляції та дифузії, зниження рівня фізичної активності та якості життя потрібне вдосконалення диференційної діагностики дисемінованого туберкульозу легень з метою уникнення помилкових діагнозів туберкульозу у хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень. Не менш важливим є своєчасне призначення ГКС-терапії відповідно до стандартних вимог до дозування й тривалості курсу лікування, а також використання препаратів другої лінії у разі резистентності до ГКС.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Найбільша частота незадовільних результатів лікування спостерігається у хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії, що зумовлено несвоєчасним призначенням глюкокортикостероїдів у зв'язку з помилковим діагнозом та хіміотерапією дисемінованого туберкульозу легень (у 40 % хворих), а також невідповідністю якості специфічної терапії сучасним стандартам (у 70 % хворих). З метою поліпшення якості лікування хворих рекомендовано:

1. У диференційній діагностиці дисемінованого туберкульозу легень та саркоїдозу III стадії враховувати ключові клінічні та рентгенологічні критерії – гострий і підгострий початок туберкульозу з вираженим синдромом інтоксикації та, як правило, малосимптомний перебіг саркоїдозу; переважно вузликовий патерн дисемінації при саркоїдозі з розподілом найчастіше в передніх і зовнішніх сегментах легень і нерівномірні, з перифокальним запаленням вогнищеві висипання переважно в задніх сегментах при туберкульозі; позитивну чи різко позитивну реакцію до туберкуліну у хворих на туберкульоз і зазвичай негативну або слабо позитивну туберкулінову реакцію при саркоїдозі.

2. У лікуванні хворих на саркоїдоз органів дихання III стадії рекомендується застосування схеми, розробленої за участю автора та включеної до Уніфікованого протоколу «Саркоїдоз», у відповідності з якою пацієнту призначається метілпреднізолон в дозі 0,4 мг/кг маси тіла упродовж 4 тижнів (для пацієнта масою 60 кг доза препарату становитиме 24 мг на добу). Потім дозу знижують упродовж 8 тижнів такими темпами, щоб до кінця третього місяця вона становила 0,2 мг/кг. За 3 місяці від початку лікування при позитивній динаміці клінічних та рентгенологічних даних дозу препарату поступово знижують до 0,1 мг/кг до кінця 6-го місяця, упродовж наступних 6 місяців дозу зберігають незмінною.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания в южном и северном регионах Украины в 2011 году [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, О.В. Шадрина, Е.А. Беренда, А.И. Ячник, В.В. Куц, И.Г. Ульченко, С.И. Хвэлось // Укр. пульмонол. журн. – 2013. – № 3. – С. 41–45.

Дисертантом здійснено аналіз даних, огляд літератури, статистичну обробку матеріалів. Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus.

2. Саркоидоз органов дыхания : эпидемиология, структура больных, результаты лечения [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, Г.Л. Гуменюк, О.В. Шадрина, Е.А. Беренда, А.И. Ячник, Я.А. Дзюблик, Н.Д. Морская, Л.Ф. Ломтева // Укр. терапевтичний журн. – 2014. – № 2. – С. 95–100.

Дисертантом здійснено обстеження хворих, збір та аналіз даних. Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Science Index та Google Scholar.

3. Случай семейного саркоидоза органов дыхания [Текст] / В. К. Гаврисюк, Г.Л. Гуменюк, О.В. Шадрина, Е.А. Меренкова, О.В. Страфун // Укр. пульмонол. журн. – 2014. – № 3. – С. 45–48.

Дисертантом здійснено обстеження хворих, огляд літератури. Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus.

4. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания: частота новых случаев в зависимости от географической широты [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, О.В. Шадрина, Е.А. Беренда, В.В. Куц // Укр. пульмонол. журн. – 2013. – № 2. – С. 36–40.

Дисертантом здійснено аналіз даних, огляд літератури. Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus.

5. Результаты лечения больных саркоидозом органов дыхания (по материалам обследования клинически излеченных) [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, Г.Л. Гуменюк, А.И. Ячник, С.И. Лещенко, Е.А. Беренда, Я.А. Дзюблик, А.В. Литвиненко, Н.Д. Морская, О.В. Страфун, О.В. Шадрина, Н.С. Шкурченко, Л.Ф. Ломтева // Укр. пульмонол. журн. – 2014. – № 4. – С.9–15.

Дисертантом здійснено обстеження хворих, аналіз даних, огляд літератури. Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus.

6. Показатели эпидемиологии саркоидоза органов дыхания в южном и северном регионах Украины в 2011 году [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, О.В. Шадрина, Е.А. Беренда, А.И. Ячник, Н.Д. Морская, И.Г. Ульченко, С.И. Хвэлось // Матер. наук.-практ. конфер. з між нар. участю “Щорічні діагностичні читання лікувально-діагностичні технології сучасної терапії, посвяченої пам'яті академіка Малої Л. Т.”, 25–26 квітня 2013 р. – Харків, 2013. – С. 70.

7. Шадрина, О. В. Заболеваемость и распространенность саркоидоза в двух регионах Украины [Текст] / О. В. Шадрина // Практикуючий лікар. – 2013. – №3(додаток). – С. 56–57.

8. Захворюваність на саркоїдоз органів дихання: частота нових випадків в залежності від географічної широти [Текст] / В. К. Гаврисюк, Є.О. Меренкова, О.В.

Шадріна, О.А. Беренда, Н.Д. Морська, В.В. Куц // Матер. XII З'їзду ВУЛТ, 5–7 вересня 2013 р. – Київ, 2013. – С. 128.

9. Захворюваність на саркоїдоз органів дихання в південному та північному регіонах України в 2011 році [Текст] / В. К. Гаврисюк, Є.О. Меренкова, О.В. Шадріна, О.А. Беренда, А.І. Ячник // Матер. XII З'їзду ВУЛТ, 5–7 вересня 2013 р. – Київ, 2013. – С. 128–129.

10. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания в южном и северном регионах Украины в 2011 году [Текст] / В. К. Гаврисюк, Є.О. Меренкова, О.В. Шадріна, О.В. Страфун, О.А. Беренда, Н.Д. Морська, В.В. Куц // Матер. V З'їзду фтизіатрів і пульмонологів України, 6–8 листопада 2013 р. – Укр. пульмонол. журн. – 2013. – № 3(додаток) – С. 98–99.

11. Гуменюк, Г. Л. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания в южном и северном регионах Украины [Текст] / Г. Л. Гуменюк, О. В. Шадріна // Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства». – 2014. – С. 22–25.

12. Саркоидоз органів дихання : епідеміологія, структура больних, результати лікування [Текст] / В. К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, Г.Л. Гуменюк, О.В. Шадріна, Е.А. Беренда, А.И. Ячник, Я.А. Дзюблик, Н.Д. Морская, Л.Ф. Ломтева // Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю «Наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів», 6 листопада 2014 р. – Харків, 2014. – С. 69.

АНОТАЦІЯ

Шадріна О.В. Захворюваність на саркоїдоз органів дихання в південному і північному регіонах України, клінічні форми та стадії, результати лікування. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2015.

У дисертаційній роботі отримано статистичні докази впливу на показники епідеміології саркоїдозу географічного чинника – збільшення захворюваності в напрямку з півдня на північ. На основі застосування кореляційно-регресійного аналізу встановлено пряму залежність захворюваності на саркоїдоз у країнах Євразійського регіону від середнього значення їх географічної широти.

Вивчено захворюваність та поширеність саркоїдозу органів дихання в Автономній Республіці Крим та Житомирській області; досліджено структуру хворих, направлених до Національного інституту фтизіатрії й пульмонології ім. Ф. Г. Яновського за статтю, віком, формами і стадіями захворювання на підставі вивчення матеріалів амбулаторних карт та історій хвороби за 5-річний період; проведено ретроспективний аналіз частоти, характеру та основних причин незадовільних результатів лікування за матеріалами амбулаторних карт та історій хвороби за 5-річний період; проведено вивчення стану бронхолегеневої системи, фізичної активності та якості життя осіб, клінічно вилікуваних від саркоїдозу органів дихання; на основі комплексної оцінки результатів лікування розроблено

рекомендації щодо оптимізації ведення хворих.

Ключові слова: саркоїдоз органів дихання, захворюваність, поширеність, результати лікування.

ABSTRACT

Shadrina O. V. Pulmonary sarcoidosis incidence in Southern and Northern regions of Ukraine, clinical forms and stages, the results of treatment. – Manuscript.

Thesis for acquiring of scientific degree of a Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.27 – pulmonology. – State Organization “National Institute of Phthiology and Pulmonology named after F. G. Yanovskiy NAMS of Ukraine”, Kyiv, 2015.

The statistical evidences of the influence of geographical factor – an increase of incidence in direction from South to North – on the epidemiological indices of sarcoidosis were obtained in result of current dissertational study. Based on correlation-regression analysis there was revealed a direct correlation between sarcoidosis incidence in Eurasia countries and their geographic latitude.

The incidence and prevalence of pulmonary sarcoidosis were studied in Autonomic Republic of Crimea and Zhytomyr province. Using the data from 5 year period patient case history records there was studied the distribution of patients, referred to National Institute of Phthiology and Pulmonology named after F. G. Yanovskiy, by sex, age, forms and stages of the disease. A retrospective analysis of the rate and causes of treatment failures was conducted. Broncho-pulmonary system, physical activity and quality of life of the patients, recovered from pulmonary sarcoidosis were evaluated. A complex analysis of the treatment outcomes helped to develop of recommendations on optimization of management of sarcoidosis patients.

Key words: pulmonary sarcoidosis, incidence, prevalence, treatment outcomes.

АННОТАЦИЯ

Шадрина О.В. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания в южном и северном регионах Украины, клинические формы и стадии, результаты лечения. – Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 – пульмонология. – Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2015.

В диссертационной работе получены статистические доказательства влияния на показатели эпидемиологии саркоидоза географического фактора – увеличение заболеваемости в направлении с юга на север. Проведено изучение зависимости заболеваемости саркоидозом в различных странах Евроазиатского региона от среднего значения их географической широты на основании применения корреляционно-регрессионного анализа.

Учитывая полученные статистические доказательства зависимости заболеваемости саркоидозом в зависимости от географической широты, было проведено сравнительное изучение заболеваемости и распространённости саркоидоза органов дыхания в южном (АР Крым) и северном (Житомирская

область) регионах Украины по данным обращаемости и результатам профилактического рентгенологического обследования в 2011 году, а также исследована структура больных, которые были направлены в Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского по полу, возрасту, формам и стадиям заболевания на основании изучения материалов амбулаторных карт и историй болезни за 5-летний период.

Был проведён ретроспективный анализ частоты, характера и основных причин неудовлетворительных результатов лечения по материалам амбулаторных карт и историй болезни за 5-летний период.

Проведённый анализ амбулаторных карт и историй болезни 1776 больных за период с 2008 по 2012 годы показал, что практически у 60 % больных наблюдается поражение паренхимы лёгких, что является основой развития нарушений функции газообмена.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшее количество неудовлетворительных результатов лечения наблюдается в группе больных саркоидозом III стадии, поэтому с целью изучения причин этого явления были обследованы 25 пациентов, перенесших саркоидоз органов дыхания III стадии.

Пациенты с нормальными показателями легочной вентиляции и диффузии по всем основным показателям достоверно не отличалась от контрольной группы. У больных с нарушениями ФВД наблюдалось значительное снижение показателей, отражающих ограничение физических возможностей пациентов. При этом показатели социальной активности, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, сохранялись на достаточно высоком уровне.

Таким образом, нарушения физической активности и качества жизни лиц, клинически излеченных от саркоидоза органов дыхания, с наибольшей вероятностью обусловлены расстройствами вентиляционной функции и диффузионной способности легких.

Были изучены частота, характер и степень выраженности остаточных изменений в лёгких на основании данных многосрезовой компьютерной томографии и по полученным данным, остаточные изменения в лёгких в виде пневмофиброза выявлены у 80 % пациентов, в частности у 36 % – очаговый пневмофиброз, у 24 % – ограниченный интерстициальный и у 20 % – распространённый интерстициальный фиброз.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что для повышения качества лечения больных саркоидозом органов дыхания III стадии, профилактики развития фиброза в лёгких, нарушений лёгочной вентиляции и диффузии, снижения уровня физической активности и качества жизни, необходимо в первую очередь более широкое внедрение современных технологий диагностики и дифференциальной диагностики диссеминированного туберкулёза лёгких с целью избежания ошибочного диагноза туберкулёз у больных саркоидозом с поражением паренхимы лёгких.

Ключевые слова: саркоидоз органов дыхания, заболеваемость, распространённость, результаты лечения.