

Досліджували передбронходилатаційне значення ОФВ₁, оцінку якості життя в одиницях згідно з «Респіраторним опитувальником госпітала Святого Георгія», частоту і тривалість загострень. Контрольну групу склали 15 пацієнтів, що лікувались згідно із загальноприйнятими схемами терапії бета-2-агоністами тривалої дії та інгаляційними кортикостероїдами без тіотропію броміду. Обстеження пацієнтів проведено на базі обласного фізіопульмонологічного центру, м. Івано-Франківськ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наприкінці першого року спостереження показник ОФВ₁ до прийому бронходилататора порівняно з вихідними значеннями був вищим у групі тіотропію на $110,6 \pm 12,5$ мл, у групі контролю на $28,5 \pm 9,4$ мл, клінічно значуще зменшення задишки відмічали 26% пацієнтів групи тіотро-

пію, 17% з контрольної групи, середня різниця покращення загальної оцінки якості життя згідно з «Респіраторним опитувальником госпітала Святого Георгія» становила 2,8 одиниці відповідно між двома групами. Частота загострень на 1-го хворого за рік була на 21% меншою в групі тіотропію.

ПІДСУМОК

Дослідження показало клінічну ефективність тривалого застосування препарату тіотропію броміду через доставковий пристрій Респімат® (Спірива® Респімат® “Берінгер Інгельхайм”) у комплексній терапії хворих на ХОЗЛ II-III стадій. У групі тіотропію покращення показників ОФВ₁ та якості життя поєднувалось зі схильністю до терапії та мінімальною кількістю побічних ефектів.



УДК 616.24-002.17-079.4-036

**О.В. Карасьова,
В.В. Родіонова**

РОЛЬ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ ОЗНАК У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЕВИЙ ФІБРОЗ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»*

Виявлене в останнє десятиріччя зростання кількості хворих на легеневиї фіброз зумовлене багатьма факторами, такими як погіршення стану навколишнього середовища, тютюнокуріння, шкідливими виробничими факторами. Кількість захворювань, при яких виявляються ознаки легеневого фіброзу, значна, але найчастіше лікар має справу із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та ідіопатичним легеневиї фіброзом (ІЛФ). Від швидкості встановлення остаточного діагнозу залежить вибір лікування та подальший прогноз.

ХОЗЛ входить до основних причин захворюваності та смертності в багатьох країнах світу. У віковій групі від 40 років на ХОЗЛ страждають від 8 до 22% дорослого населення. Кількість людей, які помирають від ХОЗЛ, збільшується

кожного року, існують прогнози ВООЗ, що до 2030 року смертність від ХОЗЛ виведе це захворювання на 4 місце серед причин смертності, що створює значні медико-соціальні та економічні проблеми системі охорони здоров'я в цілому.

ІЛФ – складне хронічне прогресуюче захворювання легень, походження якого залишається невідомим, з поганим прогнозом. У дослідженні, проведеному в США, захворюваність на ІЛФ становить 8,8 випадку на 100 тисяч населення на рік, поширеність 27,9 випадку на 100 тисяч населення. За даними T.E. King et al., 2014, середня тривалість життя з моменту встановлення діагнозу – від 2,5 до 3,5 років, тільки 20% хворих з цим захворюванням доживають до 5 років після встановлення діагнозу.

Диференційний діагноз цих захворювань достатньо складний і починати його проведення потрібно вже з первинного огляду та обстеження хворих задля призначення подальшого найбільш ефективного лікування.

Мета дослідження – провести диференційну діагностику первинних клінічних даних хворих із виявленим фіброзом легень для визначення подальшого поглибленого обстеження та лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

При первинному огляді у всіх хворих проводилося опитування скарг, анамнезу, визначався індекс маси тіла, для оцінки тяжкості задишки використовувався опитувальник Модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (ММДР), визначалася сатурація кисню крові за допомогою пульсоксиметра, проводилася комп'ютерна томографія високого дозволу, інші загальноклінічні дослідження. Діагноз ІЛФ встановлювали відповідно до Рекомендацій Асоціації

пульмонологів та фтизіатрів України, міжнародних угод (Американське торакальне товариство, Європейське респіраторне товариство). Діагноз ХОЗЛ був встановлений за наказом МОЗ № 555 від 27.06.2013, рекомендаціями Асоціації пульмонологів та фтизіатрів України, міжнародними угодами (Американське торакальне товариство, Європейське респіраторне товариство).

Отримані результати: обстежено 76 хворих, в яких за даними комп'ютерної томографії високого дозволу були виявлені ознаки пневмофіброзу. З них 46 хворим (чоловіків –13, жінок – 33) віком 40–79 років (середній вік – 60,36 [40–79] року) був встановлений діагноз ідіопатичного легеневого фіброзу. Тривалість захворювання на ІЛФ становила 2,1±1,03 року. Всі хворі отримували рекомендовану терапію відповідно до Рекомендацій. 32 хворим був встановлений діагноз ХОЗЛ II ст. Усі хворі отримували лікування згідно із затвердженими стандартами.

Первинний огляд хворих

Діагностичні ознаки	ІФА (n=44)	ХОЗЛ (n=32)
Середній вік хворих	60,3	48,0
Гендерні ознаки:		
Чоловіки:	13	30
Жінки:	33	2
Час від початку маніфестних ознак захворювання до встановлення діагнозу, в місяцях	9,5 місяців	3 міс
Супутні захворювання	ІХС, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ГЕРХ.	ІХС, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ГЕРХ.
ІМТ (середній індекс маси тіла)	26,78	29,13
Середній показник задишки за шкалою ММДР	2,86	2,77
Тютюнопаління	14,56% хворих	42,86% хворих
Наявність акро-(дифузного) ціанозу	11 (23%)	14 (42,86%)
Зміна форми грудної клітки (емфізематозна)	10 (21,73%)	23 (71,4%)
Набряки на нижніх кінцівках	6 (13,0%)	11 (35,71%)
Показник сатурації кисню крові	90,14 %	94,12 %
Аускультативний феномен «тріск velcro»	34 (73,91%)	0 (0%)

ВИСНОВКИ

1. На підставі проведеного аналізу первинних даних слід враховувати, що найбільш вірогідний діагноз ІЛФ був встановлений жінкам у віці 60 років із вираженою задишкою, тенденцією до зниження показника сатурації кисню крові, найчастіше при появі аускультативного феномену «тріск велсто». Час від початку маніфестних ознак захворювання до встановлення діагнозу становив 9 місяців і більше. Для хворих на ХОЗЛ характерно переважання чоловіків у віці від 48 років з більшим ІМТ, які палять або палили тривалий час. Хворі відмічали задишку, однак менш виражену, ніж хворі на ІЛФ. У хворих на

ХОЗЛ часто виявляли емфізематозну грудну клітку, набряки нижніх кінцівок. У жодного хворого на ХОЗЛ не було виявлено при аускультативній легень феномена «тріску велсто».

2. Таким чином, у хворих з наявністю ознак легеневого фіброзу за даними комп'ютерної томографії ретельно зібраний анамнез захворювання та аналіз клінічних даних вже на первинному етапі обстеження хворих дозволяє з достатньо високою вірогідністю проводити диференційну діагностику для встановлення остаточного діагнозу та призначення адекватного лікування.



УДК 616.24-003.6-007.272-036.1-073.7-058.243.2:622.012:669.013

*Р.В. Рубцов,
Т.А. Ковальчук,
П.С. Базовкін,
І.М. Дворніченко*

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ОЗНАК У ВИЯВЛЕННІ ПНЕВМОКОНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧО-МЕТАЛУРГІЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
SE «Ukrainian Research Institute of Industrial Medicine»*

Мета дослідження – оцінити особливості рентгенологічних проявів у працівників гірничо-металургійної промисловості, хворих на пневмокониоз (ПК) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), у сучасних умовах виробництва.

Проведені рентгенологічні дослідження з визначенням ознак, властивих ПК, згідно з Міжнародною рентгенологічною класифікацією Міжнародної Організації Праці (МОТ), прийнятою в 1980 році, та методичними рекомендаціями щодо класифікації пневмокониозу, за-

твердженими в Україні в 2002 році. Визначення поширеності та відносних ризиків виникнення в працівників основних професій (хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ) у процесі клінічного спостереження 635 осіб, які страждають на найбільш поширені професійні захворювання легень: ПК, ПК у поєднанні з ХОЗЛ та ХОЗЛ професійної етіології за 2012–2016 роки.

Визначення абсолютного ризику (AR) виникнення рентгенологічних ознак, властивих ПК у поєднанні з ХОЗЛ, показало, що лінійні сітчасті затемнення до 1,5 мм є найпоширенішими при