

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

поєднаному перебігу цих захворювань, що вказує на найвищу сумарну ймовірність їх появи. AR виникнення вузликів до 1,5 мм є найбільшим у цієї категорії хворих. Потовщення плеври у хворих на цю патологію має найбільший AR при його ширині 5,0–10,0 мм, переважаючи аналогічні показники при ширині до 5,0 мм у 14,5 разу та більше ніж 10,0 мм – у 5,8 разу. У хворих на ПК ця рентгенологічна ознака має найбільший AR при ширині 5,0–10,0 мм, що перевищує аналогічний показник у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ та при ХОЗЛ, відповідно на 20,1% та в 3,2 разу. Сумарна ймовірність виникнення потовщення плеври є тотожна у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ та ПК.

Розрахунок діагностичної цінності рентгенологічних ознак показав, що у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ найбільш значущими були лінійні сітчасті затемнення до 1,5 мм, тяжисті затемнення 1,5–3,0 мм, вузлики до 1,5 мм та 1,5–3,0 мм, потовщення плеври шириною до 5,0 мм – чутливість – від 0,67 до 1,0. Найбільшу умовну ймовірність появи діагностичної ознаки (R_1) мали лінійні сітчасті затемнення до 1,5 мм. Їй значно поступаються такі ознаки, як потовщення плеври шириною 5,0 – 10,0 мм, вузлики до 1,5 мм та тяжисті затемнення 1,5–3,0 мм (від 0,13 до 0,29). Фонова ймовірність появи зазначених рентгенологічних ознак (R_0) у цієї категорії хворих є найбільшою для потовщення плеври різної ширини (від 0,002 до 0,12). Додаткова ймовірність їх появи (δP) також вказує на найбільшу ймовірність появи лінійних сітчастих затемнень при ПК у поєднанні з ХОЗЛ. Його значущість набагато перевищує показники інших рентгенологічних ознак: коливання від 0,018 до 0,21. Етіологічна частка (EF) впливу ПК на виникнення ХОЗЛ вказує, що лінійні сітчасті та тяжисті затемнення, вузлики та потовщення

плеври є найбільш вагомими ознаками при поєднаному перебігу ПК та ХОЗЛ (від 90,7 до 100,0%). Підтвердженням викладених розрахунків є показник відношення шансів появи ознаки (OR) при поєднаному перебігу цих захворювань. Його значення при наявності лінійних сітчастих (до 1,5 мм) та тяжистих (1,5 – 3,0 мм) затемнень, вузликів до 1,5 мм та від 1,5 до 3,0 мм є достовірним при спрямованості патологічного процесу в легенях, який реалізується в поєднанні ПК та ХОЗЛ ($p < 0,05$). Потовщення плеври різної ширини є критичними значеннями при оцінці ймовірності поєднаного перебігу цих захворювань.

Виникнення рентгенологічних ознак, властивих ПК у поєднанні з ХОЗЛ, вказують на те, що лінійні сітчасті до 1,5 мм, тяжисті 1,5–3,0 мм затемнення, вузлики розміром до 1,5 мм та 1,5–3,0 мм, а також потовщення плеври шириною до 5,0 мм є найбільш поширеними при такій формі патологічного процесу в легенях хворих працівників (66,7–100,0%). Специфічність (sp) цих рентгенологічних ознак є найбільшою для лінійних сітчастих затемнень до 1,5 мм. Всі інші ознаки також мають доволі високий показник sp (0,85–0,87). Підтвердженням значущості високого ризику виникнення лінійних сітчастих затемнень до 1,5 мм є найбільший для нього процент узгодження (P_0) при ПК у поєднанні з ХОЗЛ. Цей показник перевищує аналогічні для інших ознак на 13,7%–25,3%. Узагальнюючи проведені розрахунки, слід зазначити, що найбільшу узгодженість для поєднаного перебігу ПК та ХОЗЛ мають лінійні сітчасті затемнення до 1,5 мм (точна), а також тяжисті затемнення 1,5–3,0 мм (задовільна). Інші рентгенологічні показники мають незначну узгодженість для поєднаного перебігу цих захворювань у працівників гірничо-металургійної промисловості.

