

Як показали дослідження, проведені в Національному медичному університеті ім. акад. О.О. Богомольця та Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України еуфілін, виготовлений за новими технологіями, зберігає високу терапевтичну активність і, разом з тим, дозволяє значно знизити кількість побічних ефектів. Останнє дозволяє сподіватись, що фармацевтичний ринок України збагатиться ще одним ефективним та безпечним вітчизняним лікарським засобом, який сприятиме поліпшенню якості життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В. Клиническая фармакология болезней органов дыхания. — Москва: Универсум Паблишинг. — 175 с.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства В 2-х томах. — Т. 1. — Москва: Новая волна, 2000. — 504 с.
3. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А. Хронический обструктивный бронхит // Лікування та діагностика. — 1998. — № 3. — С. 15–20.
4. Iravani J., Melville G.N. Theophylline and mucociliary function // Chest. — 1987. — Vol. 92. — P. 38–43.
5. Chrystyn H., Myley B.A., Peake M.D. Dose-response relation to oral theophylline in severe chronic obstructive airway disease // Br. Med. J. — 1988. — Vol. 297. — P. 1506–1510.
6. Bronchodilators in chronic airflow obstruction effects on airway function, exercise capacity and quality of life /G.H. Guyatt, M. Townsend, S.O. Pugsley et al. // Am. Rev. Respir. Dis. — 1987. — Vol. 135. — P. 1069–1074.
7. Дюкс М.Н.Г. Побочное действие лекарственных средств. — Москва: Медицина, 1983. — 560 с.
8. Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология: В 2-х томах. — Москва: СпБ Бином-Невский Диалект, 1998. — 608 с.

ЕУФІЛІН: НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ — БІЛЬША БЕЗПЕЧНІСТЬ

**Ю.І. Фещенко, В.В. Смірнов,
О.П. Вікторов, Л.О. Громов**

Резюме

Наведені найбільш важливі прояви побічної дії метилксантинів — теофілінів короткої дії, які обумовлені токсичною дією етилендіаміну, що використовується для досягнення кращої розчинності та стабілізації розчину теофіліну. Підтверджена ефективність вітчизняної ін'єкційної форми теофіліну без використання етилендіаміну — препарату "Еуфілін-Н-2000".

EUPHYLLINE: NOVEL TECHNOLOGIES — BETTER SAFETY

**Yu.I. Feshchenko, V.V. Smirnov
O.P. Viktorov, L.O. Gromov**

Summary

The most important adverse reactions of methylxantines (short-acting theophylline), caused by ethylenediamine (used for better stabilization and solubility of theophylline) are listed. The efficacy of domestically produced theophylline — Euphylline-N-2000 — formulated without ethylenediamine, has been confirmed.

УДК 616.248.036 - 085:355.257.6

В.В. Дяченко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ

Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства оборони України

Бронхіальна астма (БА) належить до найбільш поширених захворювань внутрішніх органів людини. Значна захворюваність, часті загострення, високий ступінь інвалідності та смертності, а внаслідок цього — економічні збитки змушують розглядати цей патологічний стан як один з найбільш актуальних в сучасній медицині. Епідеміологічна поширеність БА в розвинених країнах складає 5–7 %, в Україні цей показник на порядок нижчий, що, найвірогідніше, пов'язано з гіподіагностикою захворювання.

За останні роки в Україні виконана значна робота, спрямована на удосконалення допомоги хворим на БА. Дуже важливим етапом стала розробка та прийняття вітчизняного консенсусу по діагностиці, веденню та лікуванню БА. Створена база для динамічної оцінки функції дихання в процесі діагностики і лікування БА з використанням сучасної діагностичної техніки, поліклініки більшості обласних та міських лікарень обладнані сучасними спірографами з автоматичним аналізом петлі потік-об'єм форсованого видиху [5].

Проте в Збройні Сили України продовжує потрапляти значна кількість призовників, хворих на БА.

Мета роботи — вивчення особливостей клінічного перебігу БА у військовослужбовців строкової служби.

У дослідження включили 27 пацієнтів (всі — чоловіки, військовослужбовці строкової служби) у віці 18–22 роки (в середньому — $19,1 \pm 0,7$ року) з діагнозом БА, які знаходились на стаціонарному обстеженні та лікуванні в пульмонологічному відділенні ГВКГ на протязі 1999–2001 рр. Всі пацієнти перед призовом були визнані придатними до проходження військової служби.

Всі пацієнти по закінченні обстеження та лікування були представлені на військово-лікарську комісію з метою визначення придатності до проходження військової служби згідно вимог Наказів Міністра оборони України № 2–1994 р. та № 207–1999 р. [1, 2], визнані непридатними до військової служби в мирний час обмежено придатними у воєнний час та пройшли обов'язкове обстеження згідно вимог вищезазначених Наказів (загальноклінічні аналізи крові та сечі, рентгенографію органів грудної клітини, огляди хірургом, невропатологом, офтальмологом, ЛОР-лікарем, а також, при наявності супутніх захворювань — інші необхідні дослідження та огляди спеціалістами). Супутні захворювання виявлено у 9 пацієнтів, або в 33,3 % (у 4 пацієнтів — патологія ЛОР-органів — хронічний тонзиліт, алергічний риніт, аденоїди, в інших 5 — захворювання опорно-рухового апарату та шлунково-кишкового тракту).

У хворих вивчалися дані анамнезу (давність виникнення перших проявів захворювання, наявність ознак

атопії, кількість загострень на рік, тривалість та кількість госпіталізацій на рік, тривалість останньої ремісії, попереднє базисне лікування БА); реєструвались клінічні симптоми при надходженні та виписці із стаціонару (частота нападів задухи за добу, задишка, нічні симптоми, кашель, наявність, кількість та характер мокротиння, вираженість свистячих хрипів, частота прийому бета-агоністів поза планово призначеними), досліджувалась ФЗД при надходженні та виписці, та виконувалась дихальна проба з бронхолітиками для визначення гіперреактивності дихальних шляхів (дослідження ФЗД до та через 20 хв. після інгаляції 400 мкг салбутамолу або фенотеролу), причому часто проби з бронхолітиками доводилось проводити повторно, особливо у пацієнтів з початковими нормальними показниками ФЗД, оскільки провокаційні тести з бронхоконстрикторами (метахолін, гістамін, ацетилхолін), що рекомендовано проводити в таких випадках, на даний період недоступні через те, що фармпрепарати метахолін та гістамін в Україні не зареєстровані, а ацетилхолін, хоч і зареєстрований, на вітчизняних підприємствах не виробляється та в Україну не імпортується. Позитивною рахували пробу з бронхолітиком у випадку приросту швидкісних показників видиху (ОФВ₁ та ПОШ) 15 % і більше [4,6].

Важкість перебігу БА визначали згідно вимог наказу Міністра охорони здоров'я України № 311 від 30.12.1999 р. "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим"[3].

Середня тривалість перебування пацієнтів на ліжку склала $(30,3 \pm 12,1)$ дня. Середньої важкості персистуюча БА діагностована у 18,5 %, легка персистуюча БА — у 55,6 %, інтермітуюча БА — у 25,9 % хворих. Середня тривалість БА становила $(8,2 \pm 5,3)$ роки. Поза загостренням поступило 3 пацієнти, або 11,1 %. В інших пацієнтів середня тривалість загострення становила $(11,6 \pm 8,2)$ дня.

У 6 пацієнтів (22,2 %) бронхіальна астма виникла в період проходження військової служби, тоді як у інших хворих (21 пацієнт, або 78,8 %) до призову в дитячому та підлітковому віці часто відзначались "рецидивуючі бронхіти", "бронхіти з астматичним компонентом", "бронхіти з бронхоспастичним синдромом", "обструктивні бронхіти", записи дільничних педіатрів свідчили про неодноразову наявність свистячих хрипів при аускультатії легень в період захворювання (дані анамнезу у всіх хворих підтверджені документально — на основі записів в медичних картках та виписних епікризах з лікувально-профілактичних установ по місцю проживання). Середня тривалість захворювання у цієї категорії пацієнтів склала $(10,4 \pm 4,1)$ роки, тривалість останньої ремісії — 17 міс.

Ознаки атопії відзначались у 29 % хворих, загострення захворювання відзначались в середньому $(1,94 \pm 0,52)$ рази на рік, вони госпіталізувались в лікувальні установи Міністерства оборони під час проходження військової служби (до перебування в пульмонологічному відділенні ГВКГ) 1,1 рази, тривалість лікування становила в середньому 18 днів. Базисного лікування системними або інгаляційними глюкокортикостероїдами (ГКС) або кромонами всі хворі раніше не отримували.

При надходженні у відділення у 62,9 % хворих приступи задухи відзначались декілька разів на тиждень, у 18,5 % — раз на тиждень та рідше, у 14,8 % — до 3-х

разів на день, у одного хворого (3,8 %) — частіше 3 разів на день; 55,6 % хворих непокоїла задишка при помірному фізичному навантаженні; у 74,1 % відзначались нічні симптоми; 55,6 % характеризували кашель як приступоподібний, 44,4 % — частий. Сухий кашель був у 59,3 % хворих, кількість мокротиння інші 40,7 % пацієнтів характеризували як "поодинокі плевки", причому гнійна мокрота була лише в 1 хворого. При аускультатії велика кількість свистячих хрипів вислуховувалась у 37 % хворих, поодинокі хрипи — у 40,7 % хворих, хрипи лише при форсованому видиху — у 22,3 % хворих. При виписці, за виключенням 1 пацієнта, у якого зберігався незначний кашель та хрипи на форсованому видиху, у всіх інших хворих вищевказані симптоми зникли.

При надходженні в стаціонар потреба в інгаляційних бета-агоністах (окрім призначених планово) складала в середньому $(1,1 \pm 0,8)$ на добу, призначення системних стероїдів коротким курсом до 10 днів в дозі 25-30 мг на добу потребувало 59,4 % хворих. Усім хворим з діагностованою персистуючою БА (74,1 %) була рекомендована базисна терапія інгаляційними ГКС, 51,9 % почали отримувати її в госпіталі (за умови наявності препаратів), середня підтримуюча доза склала $(875,0 \pm 285,7)$ мкг на добу. На час виписки в усіх пацієнтів потреби в застосуванні інгаляційних бета-агоністів не було.

При поступленні хворих у відділення показники функції зовнішнього дихання (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁ та ПОШ_{вид} у % до необхідних величин) відповідно були наступними: $(82,3 \pm 7,5)$; $(74,5 \pm 8,7)$; $(67,3 \pm 9,8)$; $(64,6 \pm 13,0)$; при виписці відповідно $(98,0 \pm 6,4)$; $(91,0 \pm 7,6)$; $(86,7 \pm 7,9)$; $(88,0 \pm 9,2)$ — відбулась нормалізація показників ФЗД. Повної нормалізації ОФВ₁ та ПОШ_{вид} не вдалось досягти лише у 2-х пацієнтів з середньоважкою персистуючою БА.

Ретроспективно проаналізовані історії хвороби 18 хворих — військовослужбовців строкової служби, що знаходились на обстеженні та лікуванні в пульмонологічному відділенні ГВКГ в період з 1997 р. по 1999 р. та були виписані з кінцевим діагнозом під шифром J41.1 згідно МКБ-10 — "простий та слизово-гнійний хронічний бронхіт". У 4-х хворих насправді діагноз у виписному епікризі був сформульований, як "обмежений пневмофіброз, циліндричні бронхоектази як наслідок перенесених повторних пневмоній"; у інших 14 хворих (77,7 %) з кінцевим діагнозом "хронічний бронхіт" скарги, анамнез та фізикальні дані прямо вказували на велику вірогідність БА: приступоподібний сухий кашель, що супроводжувався періодично виникаючим відчуттям нестачі повітря, хрипами та свистом в грудній клітці, часті захворювання "обструктивними" та "астматичними" бронхітами до призову, періодично при аускультатії легень вислуховувались свистячі хрипи. Слід зазначити, що з початку 2000 р. з моменту опублікування наказу МОЗ України № 311-1999 р. діагноз хронічного бронхіту військовослужбовцям строкової служби не встановлювався.

Таким чином, в середньому за рік в пульмонологічному відділенні ГВКГ обстежуються, лікуються та проходять військово-лікарську комісію для звільнення з лав Збройних Сил 10 військовослужбовців з БА, причому у 8 з них, як правило, діагноз БА може бути встановлений до призову за умови прискіплого обстеження — вивчення анамнезу життя та проведення дихальних тестів

з інгаляційними бронхолітиками або провокаційних тестів з ацетилхоліном, метахоліном чи гістаміном. Це допоможе зекономити значні кошти, адже лише прямі витрати в ГВКГ (за умови вартості 1 ліжко-дня 56 грн.) становлять близько 13440 грн. на рік, не враховуючи витрати на попереднє перебування пацієнтів в інших військових лікувальних закладах, а також великі непрямі витрати, пов'язані з непрацездатністю, призовом та звільненням з військової служби.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Наказ Міністра оборони України № 2.* 4 січня 1994 р. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України. — Київ: Варта, 1995. — 448 с.
2. *Наказ Міністра оборони України № 207.* 12 липня 1999 р. Про внесення змін та доповнень до наказу Міністра оборони України від 4 січня 1994 року № 2. — Київ, 1999. — 135 с.
3. *Наказ Міністра охорони здоров'я України № 311* від 30 грудня 1999 р. Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 5–12.
4. *Рис Дж.* Диагностические тесты в пульмонологии: Пер. с англ. — Москва: Медицина, 1994. — 240 с.
5. *Фещенко Ю.И.* Бронхиальная астма — одна из главных проблем современной медицины // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 13–15.
6. *Яшина Л.А.* Клинико-функциональная диагностика бронхиальной астмы // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 16–19.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ

В.В. Дяченко

Резюме

Вивчені особливості клінічного перебігу бронхіальної астми у військовослужбовців строкової служби. Середньої важкості персистуюча бронхіальна астма діагностована у 18,5 %, легка персистуюча — у 55,6 %, інтермітуюча — у 25,9 % хворих. Середня тривалість захворювання становила $8,2 \pm 5,3$ роки. У 8 з 10 військовослужбовців з бронхіальною астмою діагноз міг бути встановлений до призову за умови прискіпливого обстеження — вивчення анамнезу життя та проведення дихальних тестів з інгаляційними бронхолітиками або провокаційних тестів з ацетилхоліном, метахоліном чи гістаміном, що допомогло б зекономити значні кошти.

PARTICULARITIES OF CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN SOLDIERS

V.V. Dyachenko

Summary

Particularities of clinical course of bronchial asthma in soldiers were studied. Moderate persistent bronchial asthma was diagnosed in 18,5 %, mild persistent asthma — in 55,6 %, intermittent asthma — in 25,9 % of patients. Average length of the disease was $8,2 \pm 5,3$ years. The diagnosis of asthma may be established in 8 of 10 soldiers before draft using patient's medical history and performing pulmonary function test with bronchodilator trial. This could lead to significant financial savings.

УДК 616.25-002.155-079.4

І.К. Асаулюк, Л.В. Веселовський, С.І. Загородній, Ю.С. Крамаренко, М.Г. Собко ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА, ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ, АЛГОРИТМИ ТА СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПЛЕВРАЛЬНИМ ВИПОТОМ НЕВІДОМОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства оборони України

Проблема діагностики та лікування хворих з ураженням плеври висвітлена в літературі не зовсім достатньо [1–3, 7, 11], особливо в тих випадках, коли ураження плеври є проявом ускладнень основного захворювання легень чи інших органів і супроводжується плевральним випотом (ПВ). Саме тому кожне захворювання, яке ускладнене ПВ потребує сучасної етіологічної верифікації, що значно прискорює вибір диференційованого лікування та впливає на його результати.

Найчастіше ПВ спостерігається при туберкульозі, новоутвореннях плеври та легень, пневмоніях, інфаркті легень, атеросклеротичному кардіосклерозі, вадах серця, міокардитах, кардіоміопатіях, легенево-серцевому тиреотоксикозі, лімфогранулематозі і лімфосаркомі, ревматизмі, ревматоїдному артриті (РА), системному червоному вовчаку (СЧВ), цирозі печінки, гломерулонефриті, амілоїдозі та інших захворюваннях [1, 3, 7]. В практиці розрізняють п'ять основних патогенетичних причин розвитку захворювання, яке супроводжується накопиченням плевральної рідини: 1) запалення; 2) порушення крово- і лімфообігу; 3) зниження

колоїдно-осмотичного тиску плазми крові; 4) ураження плеври пухлиною; 5) порушення цілісності плевральних листків [8]. А за клінічними варіантами Н.С. Тюттін та С.Л. Полетаєв запропонували свою класифікацію плевральних випотів, досить обґрунтовану та зручну, на наш погляд, для користування [10]:

1. Запальні випоти (плеврити)

1.1 При гнійно-запальних процесах в організмі:

— інфекційні (бактеріальні, вірусні, риккетсіозні, мікоплазменні, грибові).

— паразитарні (амебіаз, філяріотоз, парагоніоз, ехінококоз та інші).

— ферментогенні (панкреатогенні).

1.2. Алергічні випоти (екзогенний алергічний альвеоліт, медикаментозна алергія, післяінфарктний синдром Дресслера та інші).

1.3. При дифузних захворюваннях сполучної тканини (ревматизм, РА, СЧВ, склеродермія).

1.4. Посттравматичні випоти (травма грудної клітини, електроопіки, променева терапія, променеві ураження).

2. Застійні випоти (порушення крово- і лімфообігу)

2.1. Серцева недостатність різноманітного генезу.

2.2. Тромбоемболія легеневої артерії.