

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 ліжка-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. пульмонолог. 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. пульмонолог. журн. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 13–15.
6. *Яшина Л.А.* Клинико-функциональная диагностика бронхиальной астмы // Укр. пульмонолог. 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, легеневому серці, тіреотоксикозі, 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. Тюхтін 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, парагонімоз, 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.

3. Диспротеїнемічні випоти (зменшення колоїдно-осмотичного тиску плазми крові)

3.1. Нефротичний синдром (гломерулонефрит, ліпоїдний нефроз, амілоїдоз нирок.

3.2. Цироз печінки.

3.3. Мікседема та інше.

4. Випоти спричинені пухлинами

4.1. Первинна пухлина плеври (мезотеліома).

4.2. Метастатичні пухлини.

4.3. Лейкози.

5. Випоти спричинені іншими захворюваннями.

6. Випоти спричинені порушенням цілісності плевральних листків.

6.1. Спонтанний пневмоторакс.

6.2. Спонтанний хілоторакс.

6.3. Спонтанний гемоторакс.

За останні роки в структурі ПВ найбільше виросла частка ексудативних плевритів туберкульозної етіології. І це не дивно, адже з 1995 року Україна перебуває в умовах епідемії туберкульозу. Захворюваність на туберкульоз підвищилася з 32 випадків на 100 тис населення в 1990 році до 68,6 в 2001 році. Аналогічна ситуація і в Збройних силах України, де спостерігається також ріст захворюваності за останні 10 років: серед військовослужбовців строкової служби в 3 рази, серед офіцерського складу в 4 рази.

Як і завжди велика кількість ексудативних плевритів зустрічається при пухлинах легень і плеври, пневмоніях, транссудатів — у кардіологічних хворих, особливо літнього віку. Так, за нашими спостереженнями, у осіб молодших 35 років ПВ туберкульозної етіології зустрічається в 53 % і більше, при пневмоніях в 16 %, захворюваннях серцево-судинної системи в 10 %, при злоякісних новоутвореннях в 5 %, при інших захворюваннях в 15 % випадків. У віці від 35 до 65 років, як правило, ПВ спричинений порушеннями серцево-судинної системи зустрічається у 40 % випадків, спричинений пневмонією у 22 %, при злоякісних новоутвореннях в 19 %, при туберкульозі у 10 %, при інших захворюваннях в 9 % випадків.

Мета нашої роботи — визначити місце та значення алгоритму раціонального та послідовного застосування різноманітних методів дослідження у діагностиці захворювань з ураженням плеври та ПВ невідомої етіології.

За нашими спостереженнями за останні п'ять років (1997–2001) в Головному військовому клінічному госпі-

талі (ГВКГ) найчастіше зустрічалися ПВ туберкульозного та пухлинного генезу, частота яких з року в рік невпинно зростає. Частка туберкульозного плевриту за останні роки склала 9–12 % серед усіх форм туберкульозу у вперше виявлених хворих на туберкульоз військовослужбовців. Однак в переважній більшості випадків етіологія процесу верифікована морфологічно не була і діагноз обґрунтовувався на підставі анамнезу та клінічного перебігу захворювання. Слід відмітити, що такі ж труднощі мали місце і в діагностиці ПВ при злоякісних новоутвореннях. Так, атипичні клітини в плевральній рідині, навіть при завідомо злоякісній етіології ПВ, за нашими спостереженнями виявилися тільки у 1/3 хворих, а мікобактерії туберкульозу у хворих на ексудативний плеврит туберкульозної етіології ще рідше, приблизно в 8–10 % випадків. Таким чином, рутинні, старі методи діагностики малоспроможні у верифікації етіології ПВ. На наш погляд більш раціонально застосовувати сучасні технології у діагностиці плевритів та використовувати обґрунтовані, високоефективні алгоритми діагностичного пошуку, не зважаючи на їхню дороговизну.

Насамперед, до таких методів ми відносимо відеоторакоскопію з прицільною біопсією плеври і в подальшому з цитологічним, гістологічним та бактеріологічним дослідженням біоптату. За даними літератури позитивний результат при цьому методі сягає до 80–95 % випадків при туберкульозі та до 70–75 % при злоякісних новоутвореннях. При необхідності можуть застосовуватися імунологічні дослідження крові, полімеразна ланцюгова реакція та інші імунохімічні методи виявлення "маркерів" різних захворювань.

Через труднощі, які виникають під час діагностики ПВ, хворі на активний туберкульоз можуть потрапити до терапевтичних та пульмонологічних відділень, з запізненням госпіталізуватися в протитуберкульозні стаціонари, а хворі з пухлинами лікуватися з приводу туберкульозу чи інших захворювань. В більшості випадків, причиною неправильного діагнозу, насамперед є недостатньо повне обстеження хворого, як з вини лікаря (недостатня кваліфікація, відсутність настороги щодо ПВ при туберкульозі, злоякісних новоутвореннях, інших) так і з причини недостатньої лікувально-діагностичної бази лікувального закладу та відсутності протоколу (алгоритмів, стандартів) діагностики та лікування хворих.

Таблиця 1

Характеристика основних видів ПВ при різних захворюваннях

Характеристика ПВ	Лабораторні критерії ПВ	Основні захворювання, які супроводжуються утворенням ПВ
Транссудат	Відн. щільність < 1016 Білок < 30г/л Білок ПВ / білок сироватки < 0	Серцева недостатність різного походження, гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром, цироз печінки, мікседема, синдром недостатності всмоктування
Серозно-фібринозний ексудат	Відн. щільність > 1016 Білок > 30г/л Білок ПВ/білок сироватки > 0,5 ЛДГ, ПВ/ЛДГ сироватки > 0,6 ЛДГ ПВ > 200 ОД/л	Парапневмонічний плеврит, туберкульоз легень, карциноматоз плеври тромбоемболія легеневої артерії (інфаркт легень), злоякісна лімфома з ураженням внутрішньогрудних лімфовузлів, піддіафрагмальний абсцес, панкреатит, хронічний активний гепатит, СЧВ, РА, мезотеліома плеври, саркоїдоз легень, синдром Дресслера.
Геморагічний ексудат	Вміст гемоглобіну в ПВ > 2 г/л	Карциноматоз плеври, інфаркт легень, мезотеліома плеври, панкреатит, термінальна ниркова недостатність.
Гнійний ексудат	Білок ПВ > 40г/л, лейкоцити ПВ > 25 г/л, РН ПВ < 7,3	Парапневмонічний і метапневмонічний плеврит (емпієма плеври), зогенні плеврити (травматичні, післяопераційні) піддіафрагмальний абсцес.
Жировий ексудат	Високий вміст жиру (холестерину)	Розрив лімфатичних судин в грудній клітці (травми, операції на грудній клітці, злоякісні пухлини, лімфоми з ураженням лімфовузлів)

При більшості захворювань ПВ поєднується з іншими симптомами та синдромами, які виявляються за допомогою звичайного клінічного дослідження з використанням звичайних лабораторних методів, що допомагає у своєчасній діагностиці захворювання.

В ряді випадків ПВ виступає в ролі ізольованого синдрому, як єдиного прояву захворювання і не супроводжується ознаками ураження інших органів та систем, навіть без зрушень лабораторних показників ПВ (табл. 1), саме в таких випадках виникає першочергова потреба у застосуванні сучасних технологій, а саме морфологічної верифікації діагнозу.

Враховуючи наші спостереження, а також дані провідних клінік України, близького та далекого зарубіжжя, ПВ зустрічаються в переважній більшості випадків при туберкульозі, пневмоніях та злоякісних новоутвореннях.

Очевидно, що диференціальна діагностика повинна здійснюватися, насамперед, по відношенню до вище перерахованих захворювань, які супроводжуються ПВ найчастіше. Тому діагностичні тести повинні оцінюватися відразу також по відношенню саме до цієї групи захворювань. Характеристика цих захворювань наведена в табл. 2.

Не зважаючи на наявність сучасної діагностичної бази лікувальних закладів, достатньо високий рівень підготовки медичного персоналу, частота лікарських помилок при даній патології досить висока.

Нами проаналізовано 326 історій хвороби за останні 5 років (1997–2001 рр.) хворих, які надійшли до ГВКГ з приводу захворювань, що супроводжувалися ПВ. Близько 20 % хворих госпіталізовано по швидкій допомозі, 72 % — з амбулаторного прийому, 8 % — переведені з інших лікувальних закладів. У 65 % пацієнтів на попередніх етапах не був правильно верифікований діагноз і розпізнаний ПВ, а терміни госпіталізації несвоєчасні. Відсутність у лікарів чітких уявлень про алгоритм обстеження та лікування хворих з ураженням плеври породжує низку помилок, які негативно впливають на наслідки захворювання.

Найбільш типові помилки, які зустрічалися:

1. Несвоєчасна діагностика плевральних захворювань:

а) на амбулаторному етапі у 25 % хворих клінічні симптоми ураження плеври (біль в грудній клітці, зв'язок її з диханням та кашлем, задишка) розцінювалися, як прояви ішемічної хвороби серця, остеохондрозу, захворювань шлунково-кишкового тракту, респіраторно-вірусних інфекцій та інших. ПВ виявлявся під час випадкового, і як правило з запізненням, рентгенообстеження органів грудної клітки, або значно рідше під час ультразвукового дослідження. Терміни діагностики ПВ в цих випадках від початку обстеження складали від 15 до 30 днів і більше.

б) на госпітальному етапі у 45–50 % пацієнтів плевральні пункції не виконувались зовсім, а у 10–12 % після одноразової пункції в плевральній порожнині залишалась значна кількість рідини. При ураженнях плеври пухлиною (на підставі остаточного діагнозу) евакуація ексудату з дослідженням на "атипові клітини" не проводилась у 10 % хворих. Варто відмітити, що при отриманні ексудату в 34 % випадків не виконувалось його повноцінне лабораторне дослідження, а після пункції далеко не завжди здійснювалось рентгенологічне обстеження легень.

Вище згадані дефекти не тільки приводили до значної втрати часу щодо верифікації діагнозу і початку лікування, але і впливали на нераціональне використання ресурсів лікувальних закладів та погіршували прогноз при курабельних захворюваннях легень чи плеври.

2. Помилки в підборі лікування:

В диференціальній діагностиці захворювань плеври у більшості хворих застосовували пробну антибактеріальну терапію (АБТ) і, як правило, завчасно, не використовували повністю арсенал першочергових досліджень. Відомо, що пробна АБТ застосовується як метод продовження дифдіагностики при неефективності чи неможливості виконати дослідження з морфологічною верифікацією діагнозу і, як правило, при диференціальній діагностиці між туберкульозом, пневмонією, злоякісними новоутвореннями. Тому, при пробній АБТ не

Таблиця 2

Характеристика найчастіших видів плевритів

Ознаки	Парапневмонічний плеврит	Туберкульозний плеврит	Плеврит при злоякісних ураженнях
Дані анамнезу	Гострий початок, переохолодження	Контакт з хворими на туберкульоз, перенесений в минулому туберкульоз	Часто вік пацієнта більше 40 років, зловживання палінням, перенесені операції з приводу пухлин, обтяжливий "онкоанамнез"
Перебіг	Часто гострий початок, швидке одужання на тлі застосування антибактеріальної терапії	Часто поступовий початок, значно рідше - гострий При антимікобактеріальній терапії повільне одужання	Початок поступовий, прогресивне погіршення загального стану не зважаючи на антибактеріальну терапію, повторне накопичення ексудату після пункції
Клініка основного захворювання	Симптоми пневмонії	Симптоми туберкульозу легень або інших органів	Симптоми злоякісного новоутворення легень або іншої локалізації
Рентгенологічні прояви захворювання	Інфільтративні, тяжисті або гомогенні тіні в середніх та нижніх ділянках легень	Вогнища, неомогенні інфільтрати, іноді з деструкцією легеневої тканини, каверни, тубкульоми, кальцинати, частіше у верхніх ділянках легень	Затінення круглої або овальної форми з нечіткими контурами, наявність ателектазу
Результати дослідження випоту	Переважають лейкоцити, бактерії	Переважають лімфоцити, мікобактерії туберкульозу виявляються дуже рідко	Геморагічний ексудат, наявність атипічних клітин
Гемограма, інші лабораторні показники	Високий лейкоцитоз, зсув формули ліворуч, значно підвищена ШОЕ, у харкотинні - бактерії	Помірний лейкоцитоз, лімфопенія, помірно збільшена ШОЕ, у харкотинні - мікобактерії туберкульозу	Значно підвищена ШОЕ, помірний лейкоцитоз, в харкотинні - клітини злоякісної пухлини

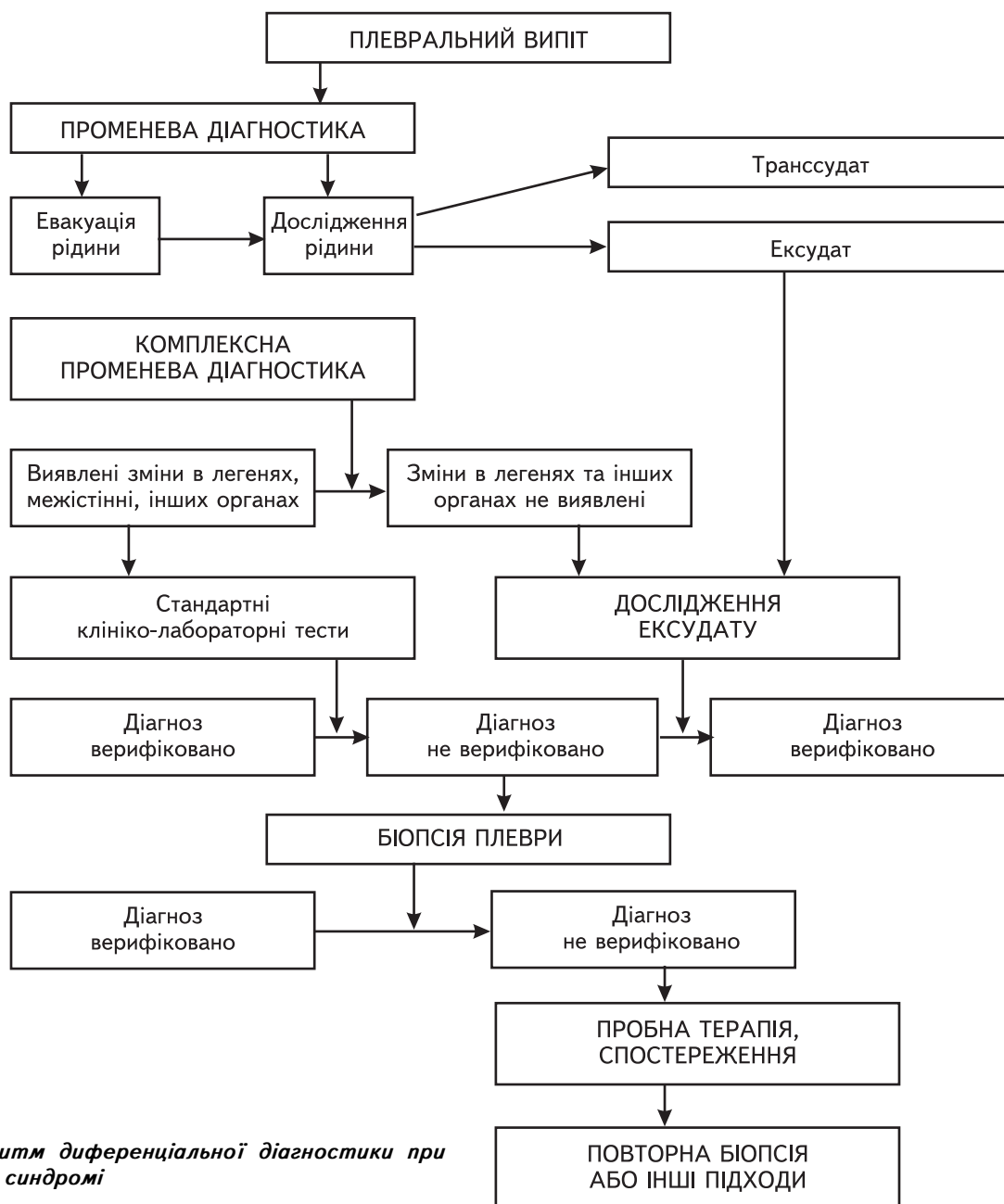


Рис. 1. Алгоритм диференціальної діагностики при плевральному синдромі

повинні застосовуватися препарати, активні по відношенню до МБТ. Однак аналіз історій хвороб показав зворотне: саме ця група препаратів застосовувалась в першу чергу при лікуванні плевритів без морфологічної верифікації, а саме: аміноглікозиди, рифампіцин, фторхінолони та інші антибіотики спорідненої дії, що значно затримувало та ускладнювало своєчасну верифікацію діагнозу та початок адекватного лікування.

3. Несвоєчасне застосування біопсійних методів діагностики. Застосування сучасних біопсійних методів діагностики з цитологічною, гістологічною верифікацією, за нашими спостереженнями, здійснюється в основному несвоєчасно, а тільки після неефективних рутинних методів дослідження та невдалого лікування.

Таким чином, найбільш типовими лікарськими помилками слід вважати: несвоєчасне розпізнання основного захворювання, обумовлене неповноцінним обстеженням хворого; відсутність чіткого алгоритму обстеження, через що плевральні пункції не завжди виконуються вчасно, або не виконуються зовсім, плевральна рідина досліджується не в повному обсязі, рентгено-

логічне дослідження органів грудної клітки після плевральної пункції виконується не завжди; недостатнє застосування високоінформативних сучасних методик діагностики з морфологічною верифікацією.

Усунення цих недоліків при обстеженні хворих з ПВ можливо тільки при чіткому дотриманні алгоритму обстеження хворих даної категорії, а також здійсненні організаційних заходів з метою контролю за його своєчасним і повним застосуванням.

Наводимо алгоритм диференціальної діагностики при плевральному синдромі (рис. 1), запропонований В.А. Соколовим [8].

Таким чином, аналіз 326 верифікованих випадків ураження плеври з наявністю ПВ дозволяє стверджувати, що з метою своєчасної повноцінної своєчасної діагностики плевролегеневих захворювань необхідно:

— хворих з плевролегеневими захворюваннями, перебіг яких ускладнений ПВ, необхідно госпіталізувати в профільні відділення клініки пульмонології, лікарі яких в більшій мірі володіють сучасними діагностичними технологіями;

— найбільш інформативні методи діагностики такі, як плевральна пункція, відеоторакоскопія, біопсія плеври повинні застосовуватися в максимально ранні терміни при відсутності достовірних результатів клініко-променевих і звичайних лабораторних досліджень;

— пробну протитуберкульозну терапію призначати тільки в тих випадках, коли хворий відмовляється від виконання торакоскопії з біопсією, а також при відсутності верифікованого діагнозу після обстеження, в тому числі біопсійного, при важкому стані хворого, який не дозволяє виконати комплекс діагностичних досліджень.

Дотримання, вище приведенного, алгоритму діагностики ПВ дозволило у 97–98 % хворих верифікувати істинне захворювання, позитивно вплинути на прогноз завдяки своєчасно розпочатому адекватному лікуванню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асаулюк І.К., Бойчук М.П. Пневмонії: Практическое руководство. — Киев: Варта, 2000. — 488 с.
2. *Болезни органов дыхания: Руководство для врачей в 4-х томах.* // Под ред. Н.Р. Палева. — Москва: Медицина, 1989. — 214 с.
3. *Дужий И.Д. Заболевания плевры: диагностические, хирургические и терапевтические аспекты.* — Киев: Здоровья, 1997. — 432 с.
4. *Коваленко М., Пухлик Б., Молотков В. Довідник з диференційної діагностики захворювань органів дихання.* — Киев: Основи, 1995. — 277 с.
5. *Матеріали II з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України.* — Київ, 1998. — 309 с.
6. *Позмогов А.И., Родзаевский С.А. К диагностике бронхоальвеолярного рака легкого.* // Врач. Дело. — 1996. — № 7–9. — С. 125–128.
7. *Савула М.М., Ладний О.Я., Кравченко Н.С., Сливка Ю.І. Диференційна діагностика захворювань легень і плеври.* // За ред. М.М. Савули — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 244 с.
8. *Соколов В.А. Плевриты.* — Екатеринбург: Баско, 1998. — С. 13–14., С. 164.
9. *Трубников Г.А., Уклистая Т.А. Маркеры воспаления и опухолей в диагностике природы серозно плеврального выпота* // Клини. мед. — 1997. — № 6 — С. 15–19.
10. *Тюхтин Н.С., Полетаев С.Л. Болезни плевры // Болезни органов дыхания: руководство для врачей / Под ред. Н.Р. Палева. Москва: Медицина, 1989. — Т. 2. — С. 339–399.*
11. *Ханин А.Л., Барин А.А. Современная диагностика пораженных плевры // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 7-й: Сборник резюме. — Москва, 1997. — С. 108.*

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА, ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ, АЛГОРИТМИ ТА СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПЛЕВРАЛЬНОМ ВИПОТОМ НЕВІДОМОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*І.К. Асаулюк, Л.В. Веселовський,
С.І. Загородній, Ю.С. Крамаренко,
М.Г. Собко*

Резюме

Проаналізовано 326 історій хвороби хворих, які перебували на лікуванні та обстеженні в Головному військовому клінічному госпіталі МО України з приводу захворювань, які супроводжувалися плевральним випотом. Наведені лікарські помилки, які зустрічалися найчастіше під час діагностики плевритів. Запропоновані високоефективні алгоритми та технології діагностики плевритів.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, DOCTOR'S MISTAKES, ALGORITHMS AND MODERN TECHNOLOGIES OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH PLEURAL EFFUSIONS OF UNKNOWN ETIOLOGY

*I.K. Asauluc, L.V. Veselovsky,
S.I. Zagorodniy, U.S. Kramarenko,
M.G. Sobko*

Summary

326 case histories of the patients with pleural effusions, admitted to Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, were analyzed. The most common doctor's mistakes in diagnosing of pleural diseases have been characterized. The highly effective algorithms and technologies of diagnosing of pleural diseases have been described.

УДК: 616.24-002.2-092:616.153.96-097.3-078.7

М.М. Островський, Є.М. Нейко, С.Я. Орнат ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЗВИЧАЙНОГО ТА ЗАТЯЖНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ

Івано-Франківська державна медична академія

Хвороби органів дихання залишаються одними з найрозповсюдженіших у нашій державі. При цьому в структурі захворюваності одне із провідних місць посідають пневмонії [3, 8].

Як відомо, пневмонія — це поліетіологічне гостре інфекційно-запальне захворювання легень із залученням у патологічний процес респіраторних відділів з обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної запальної ексудації [8].

Пневмонія є актуальною проблемою ще й тому, що не дивлячись на постійно зростаючу кількість нових поколінь антибактеріальних препаратів, зберігається висо-

ка захворюваність і летальність [7, 8]. Так, захворюваність складає 10–13,8 на 1000 населення; серед осіб у віці старше 50 років вона зростає і складає 17 на 1000 чоловік. За останні 30 років летальність від пневмонії зростає з 1 % до 9 %, а при важких токсичних та нозокomialних формах в реанімаційних відділеннях летальність сягає 40–50 % (Окорочов А.Н., 2000 р.).

Ряд вчених пов'язують значне збільшення росту (до 30–40 %) випадків подовженого перебігу пневмоній із порушенням загальних і локальних адаптаційно-захисних механізмів людини та виникненням антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів.

У зв'язку з цим зрозумілою є цікавість до проблеми патогенетичних особливостей пневмоній із затяжним