

"избытка". Степень отклонения ЭКС за границы физиологического коридора зависит от возраста обследованного. У лиц молодого возраста отмечены более значительные отклонения в сравнении с пациентами пожилого и старческого возраста. Двухсторонние процессы в легких приводят к изменению ЭКС обоих парных меридианов. При одностороннем поражении чаще отмечаются отклонения ЭКС на стороне поражения. Клиническая форма туберкулеза не отражается на характере и степени изменений ЭКС в точках меридианов.

При наличии сопутствующих заболеваний характер изменений в меридианах имеет свои особенности: при сочетании туберкулеза с сахарным диабетом определяется "избыток" энергии в RP, V, недостаток — в TR, GI; при сочетании с хроническим бронхитом определяется дисбаланс R—V, недостаток TR, GI; при сопутствующей гипертонической болезни выявлен избыток энергии в C, MC, V, недостаток — в TR, при язвенной болезни, хроническом гастрите и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни "недостаток" E, TR, RP, GI и "избыток" V, VB, F. Коррекция энергетического баланса уменьшает частоту и степень отклонений в меридианах (TR — 17,5 %, GI — 12,5 %, F — 20 %). Лазеропунктура сокращает сроки исчезновения интоксикации, рассасывания инфильтрации и закрытия полостей распада за счет лучшей переносимости химиотерапии, не влияет на частоту и сроки прекращения бактериовыделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илларионов В.И., Косоверов Е.О. Оценка и интерпретация термоаккупунктурного теста // Вопр. курорт., физиотерапии и леч. физ. культуры. — 1999. — № 2. — С. 27–28.
2. Макмутова Г.Ф. Применение лазерорефлексотерапии в комплексном лечении больных атеросклеротической циркуляторной энцефалопатией // Лік. справа. — 1997. — № 1. — С. 58–61.
3. Мясников В.Г., Николаева О.Д., Кунчикова С.А. Применение лазеропунктуры в комплексном лечении больных туберкулезом легких // Нетрадиційні методи діагностики та лікування, матеріали II науково-практич. конф. — Київ, 1997. — С. 98–99.
4. Самосюк И.З., Лисенок В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинике и курортной практике. — Киев: Здоров'я, 1997. — 240 с.
5. Шаблінська Н.Б. Використання електропунктурної діагностики у хворих на цукровий діабет // Вестн. фізіотер. і курортології. — 1999. — № 2. — С. 35–37.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.Г. Мясников, О.Д. Николаева,
А.В. Савицкая

Резюме

У 127 больных туберкулезом легких проведена электропунктурная диагностика по Накатани, изучены особенности изменений электрокожного сопротивления в зависимости от клинической формы туберкулеза, его локализации, возраста и сопутствующего заболевания. Установлено, что включение в комплексное лечение туберкулеза легких лазеропунктуры, методика которой определена электропунктурной диагностикой, сокращает период интоксикации, сроки рассасывания инфильтрации и заживления полостей распада, существенно не влияет на сроки прекращения бактериовыделения.

ELECTROPUNCTURE DIAGNOSTICS AND LASEROPUNCTURE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

V.G. Myasnikov, O.D. Nikolaeva,
A.V. Savitskaya

Summary

127 patients with pulmonary tuberculosis were examined using Nakatany electropuncture diagnostics. We evaluated the peculiarities of electric skin resistance changes depending on clinical form of tuberculosis, localization of lesions, age and concomitant diseases. It was determined that laseropuncture in complex treatment of pulmonary tuberculosis shortened the period of intoxication, resolution of infiltration and cavity healing, but didn't influence considerably the terms of smear conversion.

УДК 616.233-007.64-07-085

Р.І. Ільницький, І.І. Сахарчук, П.Ф. Дудка, І.П. Тарченко, В.В. Нековаль СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХОЕКТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця
Київська міська клінічна лікарня №3

Згідно сучасних уявлень, бронхоектатична хвороба — це набуте хронічне захворювання легень, яке характеризується персистуючим гнійно-запальним процесом (гнійним ендобронхітом) у бронхоекстазах. Останні є патологічними утвореннями в дистальних відділах бронхів внаслідок локального розширення, випинання, зміни структури і функції їхніх стінок. Інфекційно-запальний процес, як правило, проявляється в бронхіальному дереві, переважно в дрібних бронхах, бронхіолах і перибронхіально [1, 7, 12, 13].

Поряд з бронхоектатичною хворобою як самостійною нозологічною одиницею, патоморфологічним суб-

стратом якої є первинні бронхоектази, виділяють також вторинні бронхоектазії (бронхоектази), які є ускладненням чи проявом іншого захворювання. Найчастіше вторинні бронхоектазії виникають при стафілококовій деструкції легень, гострому абсцесі та туберкульозі легень. Основною їхньою відмінністю від бронхоектатичної хвороби є патологічні зміни в респіраторному відділі легень (легеневій паренхімі).

Причини, які обумовлюють виникнення бронхоектатичної хвороби, остаточно не встановлені. Проте, за даними багатьох авторів [1, 4, 7, 11, 12, 13] відомі етіологічні фактори цього захворювання поділяються на три великі групи, які наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Етіологічні фактори бронхоектатичної хвороби	
Генетичні і вроджені фактори	Набуті фактори
Вроджена слабкість бронхіальної стінки (еластичної і хрящової тканини), недостатній розвиток гладких м'язів бронхів. Неповноцінність місцевого і загального імунітету, факторів бронхолегеневого захисту. Вроджені бронхоектази як наслідок аномалії розвитку бронхів.	Перенесені в дитячому віці інфекційно-запальні захворювання органів дихання. Колонізація утворених бронхоектазів патогенною мікрофлорою.
СПРИЯЮЧІ ФАКТОРИ	
Паління тютюну і вживання алкоголю вагітними жінками. Вірусні інфекції в період вагітності. Хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів у дітей.	

Більшість дослідників визнають такий механізм формування циліндричних бронхоектазів [7, 16]. Виникнення обтураційного ателектазу при порушенні прохідності великих бронхів (часткових і сегментарних), збільшення у зв'язку з цим негативного внутрішньоплеврального тиску, а також підвищення ендобронхіального тиску внаслідок кашлю призводять до стійкого розширення патологічно змінених стінок бронхів, розміщених дистальніше місця порушення бронхіальної прохідності [13].

Порушення дренажної функції трахеобронхіального дерева і застій секрету в розширених бронхах неминуче призводять до розвитку в них інфекційного процесу. В колонізації дистальних відділів трахеобронхіального дерева найчастіше беруть участь клебсієла, синьогнійна і гемофільна палички, золотистий стафілокок, протей [1], мікоплазма [12], анаеробна флора [7].

Обтурація бронха і затримка виведення патологічного бронхіального секрету сприяють прогресуванню гнійного запального процесу дистальніше місця порушення бронхіальної прохідності, спричиняють незворотні пошкодження слизової оболонки бронхів, а також певні зміни з боку більш глибоких шарів стінки бронхів. При цьому найбільш типовими морфо-патологічними змінами є: загибель миготливого епітелію, його метаплазія у багаточаровий плоский, локальні порушення мукоциліарного ескалатора і кліренсу, дегенерація хрящової основи і гладких м'язів бронхів з заміною їх рубцевою тканиною [1, 7, 16].

У певної частини дітей старшої вікової групи бронхоектази нерідко виявляються після перенесеної затяжної бронхопневмонії. В цих випадках утворюються мішечкові бронхоектази, що є свідченням переходу запального процесу з легеневої паренхіми на стінку бронхів [7].

Найчастішою локалізацією бронхоектазів є базальні, язичкові сегменти лівої легені, а також базальні сегменти та середня частка правої легені [13, 14].

В діагностиці бронхоектатичної хвороби при первинному обстеженні велике значення надається з'ясуванню основних скарг хворого та деталізації анамнезу [14]. Виявлення характерних клінічних ознак дає право лікарю запідозрити наявність бронхоектазів у хворого і призначити спеціальні методи обстеження. Особливу увагу при цьому необхідно звернути на кількість та характер харкотиння, наявність вимушеного положення тіла, при якому покращується відходження харкотиння. Виділення за добу понад 100–200 мл гнійного харкотиння, наявність "дренажних положень" тіла пацієнта,

періодичні кровохаркання служать підставою для детального обстеження такого хворого. Велике значення в діагностиці мають посилання на перенесені часті респіраторні захворювання в ранньому дитячому віці, а також затяжні бронхіти і пневмонії, які супроводжувались тривалою субфебрильною температурою тіла і повільним одужуванням.

Проведена рентгенографія органів грудної клітки у двох проекціях дозволяє виявити непрямі рентгенологічні симптоми, які націлюють лікаря на подальше обстеження хворого і призначення бронхографії і (або) комп'ютерної томографії. Серед основних рентгенологічних симптомів варто відзначити [12, 14]:

1. Деформацію і посилення легеневого малюнку за рахунок перибронхіальних фіброзних і запальних змін; петлистий легеневий малюнок у ділянці базальних сегментів легень.

2. Тонкостінні кільцеподібні тіні (порожнини), іноді з рівнем рідини. Цей симптом найчастіше буває при мішечкових (кістоподібних) бронхоектазах.

3. Зменшення об'єму вражених сегментів легень.

4. Підвищення прозорості (емфізема) здорових сегментів легень.

5. Симптом "ампутації" кореня легені.

6. Непрямі ознаки бронхоектазів при їх локалізації в нижній частці лівої легені — зміна положення головки лівого кореня внаслідок об'ємного зменшення нижньої частки, розрідження легеневого малюнку верхньої частки як прояви компенсаторної емфіземи, зміщення органів середостіння вліво внаслідок гіповентиляції нижньої частки лівої легені [1].

7. Супутній фіброз плеври у вогнищі ураження. Іноді — ексудативний плеврит.

Наступним етапом обстеження хворого з підозрою на бронхоектази є проведення фібробронхоскопії. Цей метод дослідження дозволяє виключити усі інші причини обтураційного ателектазу — стороннє тіло бронхів, аденому (доброякісну пухлину) бронха тощо [9]. При бронхоектатичній хворобі присутні ознаки обмеженого гнійного ендобронхіту в уражених сегментах легені [9]. За нашими даними, характерною особливістю такого ендобронхіту є значна кількість гнійного бронхіального секрету, нові порції якого поступають з дистальних відділів бронхіального дерева при стимуляції кашлю, а також низька ефективність санаційних процедур при проведенні повторних досліджень.

Бронхографія — основний метод діагностики бронхоектатичної хвороби [7, 13, 14]. Це рентгеноло-

Таблиця 2

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ БРОНХОЕКАТИЧНОЇ ХВОРОБИ	
Метод дослідження	Діагностичні критерії
Розпитування хворого (скарги і анамнез)	1. Кашель з виділенням гнійного харкотиння понад 100-200 мл за добу. 2. Наявність "дренажних положень" тіла пацієнта, в яких полегшується виділення харкотиння. 3. Періодичні кровохаркання. 4. Початок хвороби у дитячому або молодому віці після перенесених пневмоній чи інфекційних захворювань. 5. Повторні пневмонії однієї локалізації, типової для бронхоектазів, протягом декількох років у осіб молодого і середнього віку.
Аускультация легень	6. Стійкі вологі хрипи в одному й тому ж місці, кількість яких зменшується після виділення харкотиння.
Рентгенографія грудної клітки в двох проекціях	7. Петлистий легеневи́й малюнок у ділянці сегментів легень, які найчастіше вражаються бронхоектазами, у поєднанні з ознаками гіповентиляції цих сегментів у осіб переважно молодого віку. 8. Множинні кільцеподібні тіні, переважно в нижніх відділах легень (частіше зліва).
Фібробронхоскопія	9. Обмежений гнійний ендобронхіт типової для бронхоектазів локалізації з торпідним перебігом, незважаючи на повторні санації та антибіотикотерапію
Бронхографія	10. Циліндричні, мішечкові чи веретеноподібні розширення бронхів. 11. Зближення, деформація і неповне контрастування бронхі — симптом "обрубленого віника".

гічне контрастне дослідження бронхіального дерева однієї чи обох легень призначається лише після ліквідації загострення захворювання і проводиться, як правило, в умовах пульмонологічного чи торакального відділень. Найчастіше застосовуються місцева анестезія і трансназальний шлях введення контрастної речовини за допомогою резинового катетеру. Перевага надається введенню в'язких водних суспензій йодомістких органічних сполук (дітраст, фалітраст), які самостійно виділяються з бронхів після проведення дослідження шляхом розчинення і відкашлювання. Для контролю за введенням катетера можна застосовувати фібробронхоскопічне або рентгенокопічне дослідження [2, 5].

Ретельно проведена бронхографія, що охоплює усі сегменти бронхіального дерева, є найбільш інформативним методом виявлення бронхоектазів. На бронхограмах, як правило, виявляються циліндричні, мішечкові чи веретеноподібні розширення бронхів 4-6 порядку — бронхоектази [10]. Іноді виявляються тільки непрямі ознаки бронхоектазів — зближення, деформація і неповне контрастування бронхів (симптом "обрубленого віника") [7].

Бронхографія дозволяє установити локалізацію, розповсюдженість, форму бронхоектазів, а також оцінити стан трахеобронхіального дерева і його функціональну характеристику [10].

Цінну діагностичну інформацію дає комп'ютерна томографія, яка дозволяє виявити бронхоектази і їх локалізацію [15]. Вона є більш безпечним методом дослідження. Після її проведення не спостерігається загострення запального процесу в уражених бронхах, як це часто відбувається після проведення бронхографії. Проте комп'ютерна томографія за своїми діагностичними можливостями не може повністю замінити бронхографію, особливо при вирішенні питання оперативного втручання.

Згідно даних М.М.Савули [14] виділяють наступні діагностичні критерії бронхоектатичної хвороби:

- типовий анамнез (початок хвороби в дитячому або молодому віці після пневмоній, інфекційних захворювань), кашель з гнійним харкотинням, періодичне кровохаркання;

- стійкі вологі хрипи в одному й тому ж місці, кількість яких зменшується після виділення харкотиння;

- рентгенологічно — множинні кільцеподібні тіні, переважно в нижніх відділах легень (частіше зліва);

- мішкоподібні (мішечкові) або циліндричні розширення бронхів, які виявляються методом бронхографії.

Враховуючи багаторічний досвід роботи пульмонологічної клініки Київської міської клінічної лікарні №3, ми вважаємо за необхідне доповнити ці критерії наступним:

- повторні пневмонії однієї локалізації, типової для бронхоектазів, протягом декількох років у осіб молодого і середнього віку;

- явища обмеженого гнійного ендобронхіту типової для бронхоектазів локалізації з великою кількістю гнійного бронхіального секрету і затяжним перебігом, незважаючи на повторні санації і антибіотикотерапію;

- петлистий легеневи́й малюнок в ділянці сегментів, які найчастіше вражаються бронхоектазами, в поєднанні з ознаками гіповентиляції цих сегментів у осіб переважно молодого віку;

- зближення, деформація і неповне контрастування бронхів — симптом "обрубленого віника", які виявляються методом бронхографії.

Узагальнюючи вищевикладене, діагностичні критерії бронхоектатичної хвороби можна відобразити в такій послідовності (таблиця 2):

Висновок про первинний чи вторинний характер бронхоектазів можна зробити на основі всебічного аналізу клінічного, лабораторного і інструментального дослідження легень. При виключенні захворювань легень, які приводять до утворення вторинних бронхоектазів (туберкульозу, муковісцидозу, стафілококової деструкції легень тощо), виставляється діагноз бронхоектатичної хвороби (первинних бронхоектазів).

Якщо в процесі обстеження пацієнта виникає припущення про можливість муковісцидозу, необхідно провести дослідження "пітного тесту" Гібсона і Кука на вміст хлоридів, а також генеалогічний аналіз [3]. Адже муковісцидоз за сучасними уявленнями — це генетичне аутосомно-рецесивне моногенне захворювання, яке характеризується порушенням секреції екзокринних залоз, переважно дихальної і травної систем, важким перебігом і несприятливим прогнозом. Виявлення у таких хворих ураження екзокринної функції підшлункової залози служить додатковим доказом муковісцидозу.

Синдром Зіверта-Картагенера характеризується тріадою: інверсія або зворотне розташування внутрішніх органів, патологія додаткових пазух носа (гіпоплазія або їх відсутність, хронічний синусит) і наявність

вроджених бронхоектазів [7, 15, 17]. Захворювання успадковується за аутосомно-рецесивним типом. Додатковим критерієм його діагностики служить мікроскопія сперми, при якій виявляються порушення рухливості сперматозоїдів. При цьому захворюванні визначається також спадкова аномалія — відсутність рухливості вій миготливого епітелію бронхів.

Клініко-рентгенологічна картина бронхоектатичної хвороби дуже подібна до кістозної гіпоплазії легень, яка є уродженою вадою розвитку бронхіального дерева і легень [14]. При кістозній гіпоплазії, на відміну від бронхоектатичної хвороби, клінічні симптоми захворювання менше виражені, незважаючи на часто більший об'єм ураження легень при рентгенологічному дослідженні. Значно частіше зустрічається інша локалізація процесу — верхні частки легень. При так званих "кістозних бронхоектазах" у третини хворих виявляються уроджені вади розвитку інших органів, а також аномальне розгалуження бронхів [14].

Вторинні бронхоектази можна пов'язати з перенесеним туберкульозом чи абсцесом легень. Вони розміщені часто в нетипових для бронхоектатичної хвороби сегментах легень на фоні залишкових змін після відповідних захворювань [14].

Лікуванню бронхоектатичної хвороби присвячено багато досліджень [6, 8, 11, 13, 15, 16, 18]. При односторонніх бронхоектазах і добрих функціональних показниках виконується оперативне видалення уражених сегментів чи цілої частки легень. Іноді виконується пульмонектомія. Операцію виконують, як правило, в період ремісії захворювання. Перед хірургічним лікуванням необхідно провести санацію (при показаннях — оперативну) наявних вогнищ інфекції в носоглотці і ротовій порожнині [15].

Консервативне лікування бронхоектатичної хвороби застосовується при відсутності показань до оперативного лікування (або при наявності протипоказань), а також перед запланованим оперативним втручанням [7, 13, 15].

Основу консервативного лікування при загостренні запального процесу складають методи ендобронхіальної санації трахеобронхіального дерева у поєднанні з раціональною антибіотикотерапією та застосуванням імунорегуючих препаратів [7, 15].

Для покращання самоочищення порожнин бронхоектазів проводяться санаційні фібробронхоскопії з промиванням бронхів антисептиками, ендобронхіальним введенням антибіотиків і препаратів, що покращують виділення харкотиння [10]. Лікувальні бронхоскопії проводять кожні 2–3 дні аж до покращання ендоскопічної картини і ліквідації або зменшення ознак гнійного ендобронхіту. При необхідності, особливо у дітей раннього і середнього віку, проводиться лікувальна бронхоскопія жорстким тубусом системи Фріделя чи Шторца під загальною анестезією. Цим досягається краща і більш ефективна санація трахеобронхіального дерева. Іноді, особливо при поганому перенесенні лікувальних бронхоскопій, можна застосовувати метод мікро-трахеостомії для ендотрахеального введення антибіотиків і антисептиків. Треба сказати, що методи ендобронхіальної санації настільки важливі, що без їх проведення немислиме лікування бронхоектатичної хвороби.

З урахуванням досвіду пульмонологічної клініки нашої лікарні були розроблені основні принципи

раціональної антибіотикотерапії бронхоектатичної хвороби:

1. При виборі антибіотиків для проведення емпіричної терапії необхідно керуватися конкретною епідеміологічною ситуацією, яка призвела до загострення хвороби, а також анамнестичними даними про попередні курси антибактеріальної терапії. Перевага надається "захищеним" амінопеніцилінам [8, 18] (амоксиклав, уназін, ампісульбін), цефалоспорином другої і третьої генерації (цефуроксим, цефамандол, цефотаксим, цефтріаксон) та сучасним "респіраторним" фторхінолоновим препаратами (таванік, авелокс).

2. Обов'язкове виявлення мікробіологічного збудника з визначенням його чутливості до антибактеріальних препаратів. При цьому проводиться забір біологічних речовин усіх можливих середовищ — харкотиння, промивних вод бронхів і бронхіального секрету, крові, плевральної рідини.

3. Остаточний вибір антибактеріального препарату необхідно проводити як з урахуванням чутливості до нього мікроорганізму, так і з врахуванням конкретної епідеміологічної ситуації, лікарського досвіду, а також даних наукової медичної літератури.

4. Основними критеріями припинення антибактеріальної терапії є зменшення або ліквідація ознак гнійного ендобронхіту при ендоскопічному контролі, а при ускладненні кровохарканням — повне його припинення. Курс лікування одним антибактеріальним препаратом не повинен перевищувати 10–14 днів.

5. При проведенні фармакотерапії перевага надається різним способам введення антибактеріальних препаратів, які призначаються одночасно. При цьому, як правило, застосовується внутрішньовенний, ендобронхіальний та інгаляційний шляхи введення. Для останнього варто використовувати небулайзери — сучасні компресійні та ультразвукові інгалятори.

З метою відновлення фізіологічної дренажної функції трахеобронхіального дерева застосовуються сучасні муколітичні препарати (амброксол, бромгексин, ацетилцистеїн — всередину чи парентерально). При ускладненні бронхіальною обструкцією призначаються дозовані аерозольні препарати — салбутамол, беротек, беродуал і комбівент. Для покращання виділення харкотиння рекомендується лікувальна фізична культура, дренажна гімнастика з застосуванням методів позиційного дренажу.

Імуномодуюча терапія проводиться після дослідження імунограми. При цьому перевага надається препаратам природного походження (людський імуноглобулін, препарати тимусу, ехінацеї тощо).

Для зменшення гнійно-резорбтивної інтоксикації проводиться інфузійна терапія з переважним призначенням препаратів, які одночасно покращують мікроциркуляцію (реополіглюкін, реосорбілакт тощо).

ЛІТЕРАТУРА

1. Борохов А.Н., Палеев Н.Р. Бронхоэктатическая болезнь // Болезни органов дыхания (руководство). — Москва, 1990. — Т.3. — С.231–244.
2. Волков В.С., Карасев В.Б. К методике выполнения обзорной и селективной бронхографии через жгут бронхофиброскопа // Военно-мед. журн. — 1996. — Т.317, №11. — С. 64–65.
3. Гембицкая Т.Е. Особенности муковисцидоза у взрослых // Сов. мед. — 1984. — №4. — С.107–110.
4. Гришин М.М., Загоруйко А.К. Причины развития хирургических форм бронхоэктатической болезни // Укр. терапевт.

- журн. — 2000. — Т.2, №1. — С.42–44.
5. Зима А.Ю. Некоторые технические аспекты бронхографии в педиатрической практике // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1996. — №4. — С.15–16.
 6. Казимирко В.К. Нарушения функционального состояния нейтрофилов крови и их коррекция у больных бронхоэктатической болезнью и абсцессом легких // Лік. справа. Врачеб. дело. — 1994. — № 9-12. — С.100–102.
 7. Кокосов А.Н. Бронхоэктатическая болезнь // Терапевт. арх. — 1999. — №3. — С.70–72.
 8. Леонид П. Антибактериальная терапия нижних дыхательных путей // Пульмонология (приложение). — 1992. — №2. — С.52–60.
 9. Лукомский Г.И., Овчинников А.А. Эндоскопия в пульмонологии // Руководство по клинической эндоскопии /Под ред. В.С.Савельева, В.М.Буянова, Г.И.Лукомского. — Москва: Медицина, 1985. — С.348–468.
 10. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Винер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопульмонология. — Москва: Медицина, 1982. — 400 с.
 11. Мюррей Д.Ф. Бронхоэктазы и бронхолитиаз: Внутренние болезни (пер. с англ.). — Москва, 1995. — Кн.6. — С.81–88.
 12. Окорков А.Н. Бронхоэктатическая болезнь // Диагностика внутренних болезней: Т.3. Диагностика болезней органов дыхания: Москва: Мед. лит., 2001. — С.147–156.
 13. Путов Н.В., Толузаков В.Л., Левашов Ю.Н. Бронхоэктатическая болезнь // Руководство по пульмонологии, 2-ое изд. — Ленинград-Москва, 1984. — С.125–136.
 14. Савула М.М., Ладний О.Я., Кравченко Н.С., Сливка Ю.І. Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври / За ред. М.М.Савули — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — С.144–146.
 15. Трубников Г.В. Бронхоэктатическая болезнь // Руководство по клинической пульмонологии. — Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. — С. 304–321.
 16. Цигельник А.Я. Бронхоэктатическая болезнь. 2-ое изд. — Ленинград, 1968. — 142 с.

17. Cartagener M. // Bronches. — 1960. — Vol. 101. — P. 59–73.
18. Roy D.J. et al. // Showdrift Conference. 81. Castwamp Road-Hackettstown, 1996. — P. 40–41.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХОЕКТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Р.І. Ільницький, І.І. Сахарчук, П.Ф. Дудка, І.П. Тарченко, В.В. Нековаль

Резюме

В роботі викладені сучасні погляди на етіологію, патофізіологію, діагностику і консервативне лікування бронхоектатичної хвороби (БЕХ). Обґрунтовано високу інформативність сучасних ендоскопічних і рентгенологічних методів діагностики, узагальнені діагностичні критерії БЕХ. Визначено місце в сучасній консервативній терапії загострення БЕХ методів ендобронхіальної санації та раціональної антибактеріальної фармакотерапії.

MODERN CONCEPTS OF DIAGNOSIS AND NON-SURGICAL TREATMENT OF BRONCHIECTASIS

R.I. Ilnitskiy, I.I. Sakharчук, P.F. Dudka, I.P. Tatarchenko, V.V. Nekoval

Summary

The modern aspects of etiology, pathophysiology, diagnosis and non-surgical treatment of bronchiectasis were characterized in this article. It have been demonstrated the high efficacy of endoscopic and radiologic diagnostic procedures. Rational antibacterial therapy and endobronchial sanitation remain the basis of non-surgical treatment of bronchiectasis.

УДК: 616.24 - 002.5 + 616.233 - 002 - 036.12 - 036.2: 611.233 - 008.87

С.М. Куріло, М.М. Кужко, О.А. Журило, А.І. Барбова, Ю.В. Просветов, О.А. Растворов, С.Г. Подгаєвський

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ І ХАРАКТЕРУ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ МІКРОФЛОРИ ВМІСТУ БРОНХІВ

*Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Запорізький інститут удосконалення лікарів*

Туберкульоз, за визнанням провідних вчених і фтизіатрів, продовжує залишатися глобальною проблемою. За прогнозами ВООЗ на протязі наступного десятиріччя у світі передбачається 90 млн. нових випадків туберкульозу [4, 8]. З ростом захворюваності на туберкульоз невинно зростає кількість хворих на хронічний бронхіт (ХБ). У теперішній час їм уражено від 2–3 % до 10 % населення промислово розвинутих країн [2, 6, 7]. Вищезазначені хвороби важко піддаються лікуванню, інвалідизують хворих, завдають відчутного соціально-економічного збитку, особливо при їх поєднанні [6, 8].

Метою роботи було вивчення розповсюдженості хронічного бронхіту серед хворих на туберкульоз легень, особливостей ендоскопічної симптоматики та характеру неспецифічної мікрофлори вмісту бронхів. З

цього приводу проаналізовані дані клініки фтизіопульмонології Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України (ІФП), а також Запорізького, Житомирського та Тернопільського обласних протитуберкульозних диспансерів. Діагноз захворювань встановлювався за допомогою всіх загальноприйнятих методів: анамнезу, фізикальних, рентгенологічних, функціональних, бронхологічних та бактеріологічних методів дослідження.

Стан слизової оболонки бронхів вивчали під час фібробронхоскопії, яку виконували під місцевою анестезією бронхоскопом фірми "Olympus" (Японія). Фібробронхоскопія включала огляд крупних бронхів, сегментарних і субсегментарних виотків з метою визначення ендобронхіальної патології (наявність атрофії та дистонії бронхів, ступеня запалення); виконання змиву зі слизової бронхів.