

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОДЕСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ДИСПАНСЕР
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ОДЕСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ФТИЗИАТРІВ І ПУЛЬМОНОЛОГІВ



**АКТУАЛЬНІ
ПРОБЛЕМИ
ФТИЗИАТРІЇ
І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ**

ОДЕСА - 1999

ших трьох років життя (91,4%). Хлопчиків було 24 (68,6%), дівчаток - 11 (31,4%). Для діагностики у дітей достатньо прямої проекції, інколи необхідна бічна або коса проекції (при невеликій кількості повітря у плевральній порожнині) - рентгенограма "м'якими" променями або латерограма на здоровому боці (10-28,6%).

Характерним є спадіння правої легені - 17 хв. (48,6%), спадіння лівої легені було у 12 хв. (34,3%), у 6 хв. пневмоторакс був двустороннім (17,1%). Справа був тотальним у 14 хв. (40%), без суттєвої статистичної різниці поміж роздільним (8 чол. - 22,8%) і нероздільним спадінням (6 чол. - 17,1%) долей. Спадіння окремих долей справа мало місце рідко. Зліва ви-значалось частіше тотально спадіння без розділення на долі (5 хв. - 14,3%), рідше - роздільне спадіння (3 хв. - 8,6%). У 3 хворих було спадіння верхньої лівої долі, у 1 - нижньої (2,9). Ступінь спадіння легень була різною - колабування на 1/2 об'єму було у 10 хв. (28,6%), на 1/4 у 7 хв. (20%), на 1/3 і менше 1/4 по 5 хворих - 14,3%. Колабування легені до стану "грудочки" було у 4 дітей (11,4%).

Отримані дані свідчать про те, що основною формою гострого пневмотораксу є пневмоторакс з тиском в грудній порожнині вищим атмосферного.

Органи середостіння у 18 хв. (51,4%) були зміщеними в сторону здорової легені, діафрагма - вниз, в 2 випадках була несправжня медіастинальна кила. Самим частим ускладненням був плеврит (17 чол. - 48,6%).

Таким чином, дослідження показало, що пневмоторакс у дітей має особливості: переважне ураження правої легені без роздільного спадіння долей, ускладнення в вигляді появи рідини в плевральній порожнині.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ З НОСІЙСТВОМ ГРИБІВ РОДУ КАНДИДА

Л.Г.КУЛИК, І.В.КОРИЦЬКА (Вінниця, Україна)

Останнім часом туберкульоз органів дихання зазнає значних змін. Пов'язано це з багатьма причинами, серед яких надто важливою є інтенсивна хіміотерапія туберкульозу, що впливає як на властивості збудника, так і на макроорганізм.

Однією із суттєвих, на наш погляд, властивостей сучасного перебігу туберкульозу в наявність значної кількості хворих, особливо легенеvim туберкульозом, фітобактеріозу, зокрема персистування грибів роду

Кандида.

На клінічному матеріалі ми вивчили клініко-лабораторні особливості перебігу вперше виявленого легеневого туберкульозу у осіб з кандидоносійством. В працю включені матеріали обстеження 215 хворих різними формами туберкульозу легень, з яких 161 чоловік склали основну групу, а 54 контрольну. Серед хворих на легенеvim туберкульоз, що перебувають на лікуванні у стаціонарі, частота носійства грибів роду Кандида складає 74,8% і залежить від форми туберкульозу.

Кандидоносійство погіршує клінічний перебіг легеневого туберкульозу, що проявляється затриманням бронхопультмонального синдрому, погіршенням функції зовнішнього дихання, бронхоспастичними явищами у 14,3% хворих. Структура найбільш поширеного серед хворих на туберкульоз легень з носійством грибів роду Кандида алергічного синдрому представлена медикаментозною алергією (65,3%), бронхіальною астмою (22,1%), полінозом (6,3%), алергічним дерматитом (4,2%) та інсектною алергією (2,1%).

Таким чином, інформація упевнює у тому, що носійство грибів роду Кандида, завдяки своїй великій розповсюдженості серед вперше виявлених хворих на туберкульоз легень та впливу на перебіг легеневого туберкульозу складає серйозну перепону для ефективного лікування хворих на туберкульоз.

УРОВЕНЬ АЛЬФА-І-ПРОТЕИНИНГИБИТОРА У БОЛЬНЫХ КОНИОТУБЕРКУЛЕЗОМ ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ

*Н.А.ЛУКАШЕВИЧ, С.Н.КЕЛЬМАНСКАЯ,
Р.П.ОЛИФЕРОВСКАЯ, Е.Г.ГУРЕНКО (Донецк, Украина)*

Широко известен факт, что пневмокониозом, в том числе и кониотуберкулезом, заболевают далеко не все горнорабочие, причем длительность контакта с пылью, до возникновения заболевания далеко неодинакова - у одних это годы, у других - десятилетия. По-видимому, развитие заболевания определяется не только повреждающим действием пыли, но также индивидуальными особенностями организма. Определенные степени индивидуальной восприимчивости организма к действию пылевого фактора необходимо для медико-генетической профилактики пылевых заболеваний легких методом профессионального отбора.

Индивидуальные (врожденные) особенности изучались на семьях, в которых пневмокониоз и кониотуберкулез встречались неоднократно. Таких семей было 34. Пылевой процесс среди больных кониотуберкулезом чаще сочетался с очаговым туберкулезом легких (в 64%) случаев, реже - с инфильтративным и другими формами туберкулеза.

Мы изучили уровень альфа-І-протеинингибитора (альфа-І-ПИ) сыворотки крови с помощью экспресс-метода ЯМЕС в нашей модификации.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФТИЗИАТРІ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ