

Глава 3

ПИТАНИЯ ТЕРАПІЇ

УДК 616.24-021.3:616.24-002.17

**Идиопатические интерстициальные пневмонии
(по материалам Главного военно-медицинского
клинического центра
«Главный военный клинический госпиталь»)**

**И.К. АСАУЛЮК, Т.А. БИБИК, Л. И. ПАРХОТИК,
В.Е. САФОНОВ, Г.В. ЦВИГУН**

Резюме. *В статье изложены основные клиничко-рентгенологические, функционально-морфологические и лабораторные проявления идиопатических интерстициальных пневмоний, их диагностика, прогноз, принципы лечения.*

Ключевые слова: *идиопатические интерстициальные пневмонии, патологические формы, диагностика, прогноз, принципы лечения.*

Группа прогрессирующих заболеваний легких, объединяемых по признаку наличия воспалительно-склеротических изменений в структурах легочного интерстиция, именуемых идиопатическими интерстициальными пневмониями (ИИП), всегда была предметом пристального внимания специалистов различного профиля. Остается спорной патологическая принадлежность этих болезней, и до сих пор отсутствует единое мнение по поводу их классификации. Ранее достаточно широко применялся термин «идиопатический фиброзирующий альвеолит» (ИФА). В последние годы ИФА все чаще относят к обычной интерстициальной пневмонии и обозначают как идиопатический легочный фиброз (ИЛФ). Однако сложившиеся подходы к выделению этого заболевания, как и близких к нему других идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) (в том чис-

ле десквамативной интерстициальной пневмонии, вариантов облитерирующего бронхиолита и т.д.) не дают полного ответа на вопрос о его происхождении.

Остается открытым вопрос о том, является ли каждый из вариантов ИИП отдельным заболеванием или группой болезней [3, 4, 5, 6]. Придерживаясь привычных для повседневной клинической практики формулировок, многие практические врачи используют ИФА и ИИП как аналогичные понятия, что во многом облегчает обсуждение этой сложной проблемы.

Безусловно, целый ряд современных представлений о механизме развития ИФА/ИИП, как и сам их перечень, по мере получения новых данных будут претерпевать изменения, поскольку концепция болезней легочного интерстиция находится на стадии интенсивного развития. Хорошо известно, что в группу идиопатических заболеваний легких (ИЗЛ) входит несколько десятков отдельных нозологических форм, отличающихся по особенностям патогенеза и морфологической картине, имеющих различную клинику и прогноз [1, 2, 7]. С современных позиций ИЗЛ представляют собой гетерогенную группу заболеваний, общими чертами которых являются поражение интерстициальной ткани легких по типу продуктивного пульмонита с последующим формированием фиброза, прогрессирующая одышка при нагрузке, непродуктивный кашель, крепитация, диффузные изменения при рентгенографии и компьютерной томографии легких, рестриктивные вентиляционные нарушения, снижение диффузной способности легких и нарастающая дыхательная недостаточность [4, 5, 6].

Цель данной работы – ознакомить врачей с особенностями клинического течения, диагностики, основными принципами лечения ИИП на опыте Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» (ГВМКЦ «ГВКГ»).

Материалы и методы исследования

Проведенный нами ретроспективный анализ историй болезней пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести ИИП, лечившихся в ГВМКЦ «ГВКГ» за период 2004–2013 гг. При этом использовалась классификация ИЗЛ, принятая Согласительной комиссией Американского торакального общества и Европейского респираторного общества (ATS/ERS, 2000), которая показана в табл. 1.

Согласно этой классификации выделяют следующие варианты ИИП: ИЛФ, неспецифическая интерстициальная пневмония (НИП), острая интерстициальная пневмония (ОИП), криптогенная организирующаяся пневмония (КОП); десквамативная интерстициальная пневмония (ДИП), респираторный бронхиолит ассоциированный с интерстициальным

**Клинико-патологическая классификация
идиопатических интерстициальных пневмоний, ATS/ERS, 2000**

Клинический диагноз	Гистологический паттерн	Гистологическая картина
Идиопатический легочный фиброз	Обычная интерстициальная пневмония	Нарушение архитектуры легких, фиброз с «отовыми» изменениями, фокусы фибропластов. Неоднородность данных изменений в биоптате (временная гетерогенность).
Неспецифическая интерстициальная пневмония	Неспецифическая интерстициальная пневмония	Вариабельное интерстициальное воспаление и фиброз. Однородность данных изменений в биоптате. Фибропластические фокусы очень редки или отсутствуют.
Острая интерстициальная пневмония или болезнь Хаммена–Рича	Диффузное альвеолярное повреждение	Диффузный процесс. Утолщение альвеолярных перегородок, организация альвеол, гиалиновые мембраны
Криптогенная organizing пневмония	Organizing пневмония	Легочная архитектура сохранена. Пятнистое распространение полиповидной грануляционной ткани в дистальных воздухоносных путях.
Десквамативная интерстициальная пневмония	Макрофагальная интерстициальная пневмония	Равномерное поражение периферии легких. Альвеолярные макрофаги в просвете альвеол, минимальное поражение интерстиция.
Респираторный бронхолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких	Респираторный бронхолит	Бронхоцентричная аккумуляция альвеолярных макрофагов, минимальное воспаление и фиброз.
Лимфоцитарная интерстициальная пневмония	Лимфоцитарная интерстициальная пневмония	Выраженная лимфоцитарная интерстициальная инфильтрация часто ассоциирована с перибронхиальными лимфоидными фолликулами (фолликулярный бронхолит)

заболеванием легких (РБ – ИЗЛ), лимфоидная интерстициальная пневмония (ЛИП). Следует отметить, что некоторые авторы (A.L. Katzenstein, 1994; M.I. Tobin, 2001) ЛИП относят в группу лимфопролиферативных болезней, потому, что у 80% больных отмечается медленно прогрессирующее течение заболевания. Медиана выживаемости > 11 лет.

Диагноз идиопатических интерстициальных пневмоний, как правило, основывался на клинико-рентгенологических, функционально-морфологических (биопсия) и лабораторных данных, а также на хорошо собранном анамнезе при исключении других сходных ИЗЛ или осложнений, на фоне проводимой лекарственной терапии больного. При необходимости проводили дополнительные исследования: оценку функций внешнего дыхания, легочно-сердечной гемодинамики, применялись лучевые (компьютерная томография), бронхологические, радионуклидные и хирургические (биопсия легких). Статистическая обработка материалов проводилась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel на базе персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Тишичные представители ИИП имеют много сходных клинических, рентгенологических и функциональных признаков, но принципиально разную морфологическую картину, обуславливающую особенности клиники, ответ на терапию и прогноз. Количество вылечившихся пациентов с учетом вариантов ИИП представлено в таблице 2.

Таблица 2

Варианты идиопатических интерстициальных пневмоний

Наименование	Абс. число	%
Идиопатический легочный фиброз	38	42,7
Неспецифическая интерстициальная пневмония	28	31,5
Острая интерстициальная пневмония или болезнь Хаммена–Рича	3	3,4
Криптогенная организирующаяся пневмония	12	13,5
Десквамативная интерстициальная пневмония	2	2,2
Респирационный бронхолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких	3	3,4
Лимфоцитарная интерстициальная пневмония	3	3,4
Всего:	89	100

Данные табл. 2 показывают, что из всех лечившихся больных с ИИП в ГВМКЦ «ГВКГ» наиболее часто были пациенты с ИЛФ и ИИП, значительно реже лечились больные с остальными вариантами интерстициальных пневмоний. Из 89 больных умерло 13 пациентов, что составляет 14,6%. Это 5 умерших с ИЛФ, 3 – с ИИП, 3 – с ОИП, 1 – с ДИП, 1 – с РБ–ИЗЛ и 1 – с ЛИП.

Начальными симптомами ИИП являются малопродуктивный кашель и одышка, которые становятся главной причиной обращения пациента к врачу. У большинства больных наблюдается быстрая потеря респираторных функций с формированием в конечной стадии тяжелой легочно-сердечной недостаточности. При осмотре отмечаются цианоз из-за гипоксии и гипоксемии, изменение концевых фаланг пальцев и ногтей в виде «барабанных палочек» и «часовых стекол» (пальцы Гиппократата).

При исследовании ФВД выявляется рестриктивный тип дыхательной недостаточности, снижения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и показателей форсированного выдоха.

Рентгенологические изменения представлены у большинства больных усилением и деформацией легочного рисунка за счет интерстициального компонента, появлением дополнительных элементов вследствие вовлечения сосудов легких. Выявляются множественные очаговые тени, имеющие тенденции к слиянию и формирующие типичную картину «матового стекла», а в последующем участков кистозно-буллезной трансформации и эмфиземы «сотовое легкое». Благодаря компьютерной томографии (КТ) высокого разрешения появилась возможность ранней дифференциальной диагностики целого ряда хронических, гранулематозных и интерстициальных болезней легких. Важное место в диагностике занимает цитологическое исследование жидкости бронхо-альвеолярного лаважа (БАЛ). Однако состав жидкости БАЛ полностью не отражает морфологическую картину в легких, поэтому прибегают к морфологическому исследованию легочной ткани легких (биопсии). При изучении лабораторных данных обращает на себя внимание повышенные показатели иммунного воспаления в периферической крови больных с различными вариантами ИИП. Клинические особенности ИИП приведены в таблице 3.

ИЛФ является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний из группы ИИП. Синонимом ИЛФ являются «идиопатический фиброзирующий альвеолит» – термин, традиционно используемый в нашей стране. Заболевание чаще всего встречается у пациентов в возрасте старше 50 лет. Основными жалобами больных являются нарастающая одышка и непродуктивный кашель. Начало болезни, как правило, незаметно, болезнь прогрессирует довольно медленно. Пациенты на момент обращения имеют анамнез заболевания длительностью до 1–3 лет. Другими симптомами могут быть общая слабость, артралгии, изменение ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек». Типичным

**Клинические особенности идиопатических
интерстициальных пневмоний**

	ИЛФ	НИП	ОИП	КОП	ДИП	РБ - ИЗЛ	ЛИП
Средний возраст	65,2	55,6	50,3	55,3	40,0	37,3	47,3
Течение	Хроническое (>12 месяцев)	Подострое или хроническое	Внезапное (1–2 нед.)	Острое или подострое	Подострое (месяцы – годы)	Подострое (месяцы – годы)	Хроническое (>12 месяцев)
Барабанные палочки	Часто	Иногда	Нет	Нет	Часто	Нет	Редко
Лихорадка	Редко	10-30%	50%	70%	Нет	Нет	33%
Ответ на терапию ГКС и ЦС	Плохой ответ	Хороший ответ	Плохой ответ	Хороший ответ	Хороший ответ, в т.ч. на отказ от курения	Хороший ответ, в т.ч. на отказ от курения	Хороший ответ
Прогноз	5-летняя летальность 80%	5-летняя летальность 10%	В 60% летальность < 6 мес.	5-летняя летальность < 5%	5-летняя летальность < 5%	7-летняя летальность 25%	Медиана выживаемости > 11 лет

аускультативным феноменом при ИЛФ является инспираторная крепитация. По мере прогрессирования заболевания появляются признаки дыхательной недостаточности и легочного сердца, снижение массы тела вплоть до кахексии. Данные лабораторного обследования неспецифичны. ИЛФ относится к рестриктивным легочным заболеваниям, поэтому характерными функциональными особенностями заболевания является спизение статических легочных объемов.

Наиболее частыми рентгенографическими признаками ИЛФ являются двухсторонние изменения ретикулярного характера, более выраженные в нижних отделах легких. При прогрессировании заболевания ретикулярный паттерн становится более грубым, тяжистым, появляются округлые кистозные просветления, отражающие формирование «сотового легкого».

«Золотым» диагностическим стандартом всех ИИП является биопсия легких: открытая либо торакокопическая. Для достоверной диагностики

ИЛФ необходимо, чтобы у пациента имелись четыре из четырех больших критериев и хотя бы три из четырех малых критериев (табл. 4).

Таблица 4

**Большие и малые критерии диагностики
идиопатического легочного фиброза**

Большие критерии	Малые критерии
<ol style="list-style-type: none"> 1. Исключение других ИЗЛ, вызвавших известными причинами, например лекарственным поражением, СЗСТ и т.д. 2. Изменения функции внешнего дыхания, включающие рестриктивные изменения и нарушение газообмена. 3. Двусторонние ретикулярные изменения в базальных отделах легких с минимальными изменениями по типу «матового стекла» по данным компьютерной томографии высокого разрешения. 4. По данным трансбронхиальной биопсии или бронхоальвеолярного лаважа нет признаков, свидетельствующих об альтернативном диагнозе 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст более 50 лет. 2. Незаметное, постепенное появление диспноэ при физической нагрузке. 3. Длительность заболевания более 3-х месяцев. 4. Инспираторная крепитация в базальных отделах легких.

Современная терапия ИЛФ базируется, в основном, на противовоспалительной терапии кортикостероидами и цитостатиками, т.е. препаратах, способных воздействовать на воспалительные и иммунологические звенья развития заболевания. Кроме медикаментозной терапии, при развитии гипоксемии используется терапия кислородом. При развитии легочной гипертензии, кроме кислородотерапии, возможно использование вазодилататоров. При развитии инфекций трахеобронхиального дерева применяют антибактериальные и противогрибковые препараты.

НИП наряду с ИЛФ является одной из наиболее часто встречаемых форм ИИП. НИП может быть идиопатической, именно эта форма входит в группу ИИП. Однако морфологическая картина, соответствующая паттерну НИП, бывает и при поражении легких у больных с системными заболеваниями соединительной ткани, гиперчувствительном пневмоните, радиационном пневмоните и т.д.

Клинические, лабораторные и функциональные показатели при НИП неспецифичны. Рентгенография грудной клетки чаще всего выявляет двусторонние изменения по типу «матового стекла» и ретикулярные изменения в нижних отделах легких. Прогноз больных НИП более благо-

приятный, чем при ИЛФ. Клиническое течение и выживаемость больных зависят от выраженности легочного фиброза.

Десятилетняя выживаемость при НИП составляет около 35%. Спонтанные случаи выздоровления без лечения при НИП неизвестны, терапия глюкокортикостероидами (ГКС) без (или с) добавлением цитостатиков приводит к улучшению или стабилизации приблизительно у 75% больных [2].

ОИП или синдром Халмена–Рича – в настоящее время в мировой литературе описано около 150 случаев, что связано не столько с редкостью заболевания, сколько со сложностью его диагностики из-за целого ряда причин и, в первую очередь, с тяжестью состояния больного. Для ОИП характерно очень быстрое нарастание симптомов заболевания. Период от появления первых симптомов до обращения за медицинской помощью у большинства больных составляет не более 3 недель и очень редко превышает 2 месяца.

Заболевание может развиваться в любом возрасте и встречается одинаково часто у мужчин и женщин. Наиболее частыми симптомами ОИП являются непродуктивный кашель и диспноэ, лихорадка, миалгии, головная боль, слабость. При осмотре обращает на себя внимание тахипноэ, тахикардия, цианоз. При аускультации выслушивают крепитацию, реже – сухие свистящие хрипы. Функциональные тесты неспецифичны и выявляют картину, характерную для других ИИП. Характерным признаком ОИП является выраженная гипоксемия, часто рефрактерная к кислородотерапии.

Рентгеноскопическая картина при ОИП выявляет двусторонние пятнистые ретикулонодулярные тени, распространяющиеся практически на все легочные поля за исключением реберно-диафрагмальных синусов, и плотные инфильтраты (консолидации). При КТ могут быть участки пониженной прозрачности паренхимы по типу «матового стекла», дилатация бронхов и нарушения легочной архитектоники. Изменения по типу «матового стекла» чаще всего имеют пятнистое распространение («географическая карта»). Для морфологической верификации диагноза возможно проведение открытой или торакоскопической биопсии легких.

Заболевание характеризуется фульминантным течением, прогноз плохой, летальность больных ОИП крайне высока и составляет, в среднем, 70% [6]. Дифференциальный диагноз ОИП чаще всего проводится с двусторонней бактериальной пневмонией или с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС). При ОРДС, как правило, известна причина (сепсис, травма, шок и т.д.), кроме того, ОРДС чаще всего бывает одной из составных частей полиорганной недостаточности. Эффективной терапии ОИП в настоящее время не существует. Обязательными компонентами терапии ОИП являются кислородотерапия и респираторная поддержка.

КОП – ее синонимами являются термины «облитерирующий бронхиолит с организуемой пневмонией» и «пролиферативный бронхиолит». КОП имеет четкие клиничко-морфологические отличия от «изолированного» облитерирующего бронхиолита: наряду с поражением бронхиол наблюдается вовлечение в воспалительный процесс альвеол с наличием в их просвете организованного экссудата. КОП в большинстве случаев является идиопатическим, т.е. причина остается неустановленной. Среди установленных причин наибольшее значение имеют системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит и др.) осложнения лекарственной терапии (амидарон, препараты золота и др.) [1, 3].

Заболевание чаще всего развивается у людей в возрасте 50–60 лет, мужчины и женщины болеют одинаково часто. КОП характеризуется острым или подострым течением, клиническая картина часто напоминает бактериальную пневмонию. Средняя продолжительность симптомов до момента постановки диагноза составляет от 2-х до 6-ти месяцев. Рутинные лабораторные тесты выявляют лейкоцитоз периферической крови (50%), повышение СОЭ и С-реактивного белка (70–80%).

Типичным рентгенологическим признаком КОП является наличие пятнистых, двусторонних (реже односторонних) плотных очагов консолидации субплевральной локализации. При КОП описана миграция легочных инфильтратов, чаще всего от нижних к верхним отделам. Дифференциальный диагноз КОП, кроме бактериальной пневмонии, проводят с хронической эозинофильной пневмонией, бронхоальвеолярным раком и лимфомой легких. Спонтанное улучшение при КОП бывает редко. Терапия выбора при КОП – пероральные ГКС. Клиническое улучшение наступает уже через 1–3 суток от начала приема первой дозы, рентгенологические изменения обычно исчезают через несколько недель, общая длительность терапии ГКС составляет от 6-ти до 12-ти месяцев. При снижении дозы ГКС рецидивы заболевания возникают довольно часто. Прогноз при КОП обычно благоприятный, большинство больных полностью излечиваются при приеме ГКС. Однако в редких случаях наблюдается плохой ответ на стероиды и неуклонно прогрессирующее течение КОП. У таких больных рекомендовано использование питостатиков.

ДИП является довольно редким заболеванием из группы ИИП. Среди больных ДИП более 90% курильщики. Кроме того, описаны редкие случаи ДИП, ассоциированной с другими состояниями – системными заболеваниями соединительной ткани, реакциями на лекарственные препараты, экспозицией внешней среды [1, 4, 5].

Клиническая картина заболевания типична для ИИП. Лабораторные, функциональные и рентгенологические показатели при ДИП не дают дополнительной информации. Отказ от курения является первым шагом

лечения ДИП, так как отказ от курения часто приводит к обратному развитию заболевания. Для большинства больных ДИП основным лечением является терапия преднизолоном в дозе (40–60) мг/сут. На фоне терапии ГКС клиническое улучшение или стабилизация течения заболевания наблюдается приблизительно у двух третей больных ДИП.

РБ–ИЗЛ – заболсванис из группы ИИП, при котором респираторный бронхолит сочетается с поражением альвеол и легочного интерстиция.

Данное заболевание встречается у курильщиков со стажем курения около 30-ти лет. Средний возраст больных колеблется от 30 до 40 лет. Клиническая картина и данные лабораторно-инструментального обследования типичны для ИИЛ. Часто прекращение курения приводит к полному разрешению заболевания, в ряде случаев могут потребоваться небольшие дозы ГКС. Прогноз при РБ–ИЗЛ более благоприятный, чем при ИЛФ, но все-таки данное заболсванис в ряде случаев может иметь неуклонно прогрессирующее течение и стать причиной смерти больных.

ЛИП – наиболее редко встречающееся заболевание из группы ИИП. Как следует из названия, в основе заболевания лежит распространенная гомогенная лимфоцитарная инфильтрация легочного интерстиция. Морфологический диагноз ЛИП очень сложен, так как сходную гистологическую картину имеют некоторые заболевания, ассоциированные с массивной лимфоцитарной инфильтрацией ткапи легких: псевдолимфома, первичная лимфома, лимфоматозный гранулематоз и др.

ЛИП встречается чаще всего у женщин, обычно в возрасте от 40 до 60 лет. Начало заболевания чаще всего незаметное, постепенное. Рентгенологическая картина ЛИП неспецифична. Для постановки диагноза ЛИП во всех случаях требуется проведение открытой биопсии легких. Основу терапии ЛИП составляют ГКС. Дозы и длительность терапии приблизительно такие же, как и при других клеточных формах ИИП, например ДИП. На фоне противовоспалительной терапии улучшение или стабилизация заболсванис отмсчается у большинства больных (около 80%), хотя у небольшой группы наблюдается медленное, но неуклонное прогрессирувание заболевания.

Таким образом, ИИП являются самым трудным разделом заболеваний в пульмонологии в плане их ранней и своевременной диагностики, лечения и прогнозе. Данная категория больных требует комплексного обследования и скрупулезного анализа полученных результатов обследования. Перечень диагностических методов в каждом конкретном случае должен быть индивидуальным. Поэтому применснис так называсмой разумной выжидательной тактики у данной категории больных, проведение тест-терапии в трудных диагностических ситуациях представляются не только малоубедительными, но и неприемлемыми.

Выводы

1. Диагностика идиопатических интерстициальных пневмоний зачастую затруднительна, особенно на поликлиническом этапе, из-за общих клинико-рентгенологических, лабораторных и некоторых функциональных показателей, характерных для других интерстициальных заболеваний легких.

2. Диагноз идиопатической интерстициальной пневмонии, особенно её различных вариантов должен базироваться на клинико-рентгенологических, цитоморфологических, функциональных и лабораторно-иммунологических данных, полученных при безусловном исключении других интерстициальных заболеваний респираторной системы.

3. У большинства больных (до 75%) с различными вариантами идиопатической интерстициальной пневмонии применялись ГКС, цитостатики в 15% случаев. Данная терапия, как правило, приводила к стабилизации, а иногда к некоторому улучшению общего состояния больного, кроме больных с острой интерстициальной пневмонией (болезнью Хаммена-Рича).

4. Продолжительность жизни больных с идиопатической интерстициальной пневмонией, как правило, зависит от своевременной диагностики и полноценного лечения, от клинического течения пневмонии, а также от степени выраженности легочно-сердечной недостаточности («легочное сердце», степень гипоксии и гипоксемии).

5. Данная группа больных с идиопатическими интерстициальными пневмониями требует постоянного динамического амбулаторно-поликлинического наблюдения по месту жительства, а также периодического стационарного лечения.

6. Продолжительность жизни больных с идиопатическими интерстициальными пневмониями от первых проявлений заболевания до летального исхода колебалась от нескольких месяцев, при острой интерстициальной пневмонии, до трех до пяти лет, при других вариантах идиопатической интерстициальной пневмонии, а при респираторном бронхолите, ассоциированным интерстициальным заболеванием легких от семи до одиннадцати лет.

Литература

1. Асаулук И.К. Лекарственные поражения легких (по материалам Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь») / И.К. Асаулук, Т.А. Бибик, А.П. Казмирчук // Сучасні аспекти військової медицини. Зб. наук. праць. – Вип. 19. – К., 2012. – С. 260–267.

2. Вершина М.В. Идиопатические интерстициальные пневмонии / М.В. Вершина // Лечащий врач. – 2013. – № 1. – С. 70–74.

3. Диссеминированные заболевания легких / Под ред. М.М. Ильковича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.

4. Интерстициальные болезни легких : практическое руководство / Е.А. Коган, Б.М. Корнев, Е.Н. Попова, В.В. Фомин [и др.]; под ред. Н.А. Мухина. – М. : Литтерра, 2007. – 432 с.

5. Пульмонология: Национальное руководство / Под ред. А.Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 960 с.

6. Респираторная медицина / Под ред. А.Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 2. – 816 с.

7. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких // *Consilium medicum*, 2003. –Т. 5. – № 4. – С. 15–19.

**Ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії
(за матеріалами Головного військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»)**

**І.К. АСАУЛЮК, Т.А. БІБІК, Л. І. ПАРХОТИК,
В.Є. САФОНОВ, Г.В. ЦВІГУН**

Резюме. У статті викладені основні клініко-рентгенологічні, функціонально-морфологічні лабораторні прояви ідіопатичних інтерстиціальних пневмоній, їх діагностика, прогност, принципи лікування.

Ключеві слова: ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії, нозологічні форми, діагностика, прогност, принципи лікування.

**Idiopathic interstitial pneumonias
(according to the materials of the Main military medical clinical centre
«Main military clinical hospital»)**

**I.K. ASAULIYK, T.A. BIBIK, L.I. PARKHOTNIK,
V.E. SAFONOV, G.V. TSVIGUN**

Summary. The article highlights the main clinical, radiological, functional, morphological and laboratory manifestations of idiopathic interstitial pneumonias, their diagnostics, prognosis and principles of treatment.

Keywords: idiopathic interstitial pneumonias, nosological entities, diagnostics, prognosis, principles of treatment.