

лабораторные данные оценивались на 1, 3, 5, 7, 10-14 дни лечения.

Результаты. Тяжесть течения ВП в обеих группах была сопряжена с возрастом. Доли пациентов без кашля одинаково возрастали при различных вариантах лечения. На 10 день лечения достоверно не различалось и соотношение пациентов без выделения мокроты, однако при комбинированной терапии (Ц+М) в группе женщин при среднетяжелой ВП отмечалось достоверное увеличение слизистого мокротовыделения. На фоне лечения достоверно уменьшалось число пациентов с одышкой. На фоне комбинированной терапии достоверные различия наблюдались уже с 3 дня. Межгрупповые различия были наиболее показательны при тяжелом течении ВП, наглядно демонстрируя необходимость комбинированной терапии для данной категории пациентов. Исследованные варианты терапии не различались по профилю безопасности и переносимости.

Выводы. Назначение комбинированной (цефтриаксон + азитромицин [Зитролид®]) терапии наиболее обосновано у женщин с продуктивным кашлем с гнойной и слизисто-гнойной мокротой при среднетяжелом течении ВП, а также пациентам с тяжелой ВП с клинически значимой одышкой.

303. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ – КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ПАЦИЕНТА.

Хамитов Р.Ф., Сулбаева К.Р.

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ ВПО «КГМУ» Росздрава, Казань

Актуальность. Показатели заболеваемости идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА) за период 1995–2003 гг. увеличились в среднем в 4 раза. К 2020 г. согласно статистическим прогнозам интерстициальные болезни легких по количеству «потерь лет жизни» будут сравнимы с раком легких. По этой причине прямые и непрямые медицинские расходы, обусловленные преждевременной смертностью от ИФА, могут составлять значительный экономический и социальный ущерб. В связи с этим сохраняют актуальность исследования по уточнению клинической значимости отдельных симптомов и лечебных подходов при тяжелых формах и обострениях ИФА, в первую очередь, требующих госпитализации.

Цель - изучение особенностей клиники, лабораторно-инструментальных изменений и составных компонентов лечения у пациентов, госпитализированных по поводу обострения ИФА.

Материал и методы. В исследование вошли 18 больных: 10 мужчин и 8 женщин в среднем 58 лет.

Результаты. Длительность диагностированного ИФА к моменту госпитализации в среднем составила 3,5 года. В структуре сопутствующей патологии превалировала ХОБЛ (28%). В 22% ухудшение течения заболевания было вызвано ОРВИ, в остальных случаях развивалось постепенно. В 72% состояние больных расценивалось как среднетяжелое, в 6% - как тяжелое. В 67% случаев имел место субфебрилитет, в 22% температура тела превышала 38°C. Все больные предъявляли жалобы на кашель: в 61% постоянного характера, в 39% -

приступообразного. Все пациенты отмечали одышку: при этом 9 - при обычных нагрузках, 6 - при незначительных нагрузках и в покое. При аускультации у всех выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание: в 50% с сухими хрипами, в 22% – с влажными, в остальных случаях - крепитация. У 9 пациентов была диагностирована дыхательная недостаточность (ДН) II ст., у шестерых - III ст. В 39% выявлялись признаки хронического легочного сердца. В периферической крови всех больных имел место лейкоцитоз ($11,5 \times 10^9/\text{л} \pm 1,3$). Рентгенологически отмечалось усиление легочного рисунка с мелкоочаговыми тенями в 28%, пневмосклероз - в 45%. В 89% случаев назначались глюкокортикоиды: в средних суточных дозах преднизолон (П) до 30 мг per os, 50 мг в/в, ингаляционно - 800 мкг беклометазона. 50% больных принимали П совместно с ингаляционными бронхолитиками: 5 – с ипратропием, 4 – беродуалом. Антибиотики назначались в 44%, в основном при обострении сопутствующей ХОБЛ. При выписке у всех пациентов нормализовалась температура тела. В 83% уменьшалась одышка, достоверно снижался лейкоцитоз (до $7,4 \times 10^9/\text{л} \pm 2,1$). В 85% было рекомендовано амбулаторное продолжение приема П в суточной дозе 10 мг.

Выводы. Потребность в госпитализации более характерна для тяжелого постепенно ухудшающегося течения ИФА у больных старшего возраста независимо от пола. Сопутствующая ХОБЛ отягощает течение заболевания, увеличивая объем и стоимость лечения. Достоверными показателями, отражающими возможность выписки пациентов, являются температура тела, динамика одышки и уровень лейкоцитоза периферической крови. Глюкокортикостероиды занимают существенное место в лечебном комплексе пациентов с ИФА, предполагая необходимость скрининга и профилактики возможных побочных эффектов при их длительном назначении.

304. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РТ.

Хамитов Р.Ф., Якупова З.Н.

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ ВПО «КГМУ» Росздрава, Казань

Актуальность. В РФ в 2006 г. было официально зарегистрировано 414,3 пневмоний на 100000 населения. По всей видимости, в реальности число больных пневмониями еще выше. Для своевременной диагностики, адекватного лечения и уменьшения летальных исходов пневмоний большое значение имеет высокий профессиональный уровень лечащих врачей.

Цель настоящего исследования состояла в оценке знаний практических врачей вопросов диагностики и лечения внебольничных пневмоний (ВП)

Материал и методы. Был разработан специальный опросник и проведено анкетирование 94 городских и сельских врачей лечебных учреждений РТ. Немалую часть опрошиваемых составили представители руководящего звена: заведующие терапевтическими отделениями поликлиник (16%) и стационаров (13%). При этом 81% респондентов в повседневной практике непосредственно курировали пациентов с ВП, 12% -