

Хамидуллин А.Р., Сайфутдинов Р.Г., Хаертынова И.М.

Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель исследования. Выявить наличие трематодов печени у больных, с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, носящие стойкий рецидивирующий характер, не смотря на проводимое лечение.

Материалы и методы. Обследованы больные с заболеваниями гепатобилиарной системы не уточненной этиологии, в анамнезе которых были эпизоды употребления сушеной, вяленой рыбы карповых пород не заводского производства и отмечались эпизоды стойкой или периодически возникающей «необъяснимой» гипербилирубинемии и (или) эозинофилии. Наряду с развернутым общим анализом крови и биохимическими показателями, проводилась оценка моторной функции желчевыводящих путей с помощью пероральной холецистографии и (или) УЗИ до, и после употребления больным желчегонного завтрака. Осуществляли фиброгастроуденоскопию, рентгеноскопию желудка и 12 п/кишки для выявления дуоденогастрального рефлюкса. Из паразитологических методов применялись неоднократная, тщательная копроовоскопия (метод нативного мазка, закручивания по Е.С. Шульману) и микроскопия желчи после дуоденального зондирования. Дифференциальная диагностика псевдамфиломоза проводилась с описторхозом на основании скрупулёзного анализа под микроскопом в экскриментах и дуоденальном содержимом яиц гельминтов. Последние имеют определённые различия. Так, яйца описторхоза наибольшую ширину имеют в средней части и постепенно суживаются к полюсам. В то время как яйца псевдамфиломоза так же овальной формы, снабжены крышечкой, но имеют наибольшую ширину на границе первой и второй трети длины яйца, в результате чего сужения в области оперкулярного полюса выражено более четко.

Результаты исследований. С 1990 года по 1998 год в городе Казани исследованы 84 взрослых, предъявлявших жалобы на боли в эпигастрии и правом подреберье различной интенсивности, характера и частоты возникновения, и при лечении которых не удавалось добиться стойкого, длительного клинического улучшения. Из них у 87% был выявлен описторхоз, 3,5% - псевдамфиломоз, сочетание описторхоза и псевдамфиломоза у 9,5%. В острой стадии в анализах крови, в ряде случаев, отмечалась умеренная гипохромная анемия и высокая степень эозинофилии - 75%. В процессе лечения она постепенно снижалась до 57-51%. Однако это приводило к постановке ошибочного диагноза эозинофильный лейкоз. В хронической стадии эозинофилия встречалась значительно реже. Более выраженной была гипербилирубинемия и изменения белковых фракций, особенно при сочетании описторхоза и псевдамфиломоза. Нарушения двигательной функции желчного пузыря протекали по типу гипер - 5,9% или гипокинетической дискинезии - 39,3%, иногда достигая атонии желчного пузыря - 17,8%. У многих больных отмечался дуоденогастральный рефлюкс - 36,9%.

Выводы. На основании паразитологических методов обследования у больных был установлен диагноз: описторхоз и (или) псевдамфиломоз. УЗИ, рентгенография, фиброгастроуденоскопия помогают выявить лишь косвенные признаки поражения органов гепатобилиарной системы.

Обнаружение яиц описторхоза и псевдамфиломоза в фекалиях и дуоденальном содержимом представляет собой в ряде регионов России значительные трудности из-за недостаточной осведомлённости врачей, клинических лаборантов о наличии вариативности их строения. По форме и размерам яйца псевдамфиломоза весьма напоминают яйца описторхоза, что затрудняет их дифференциальную диагностику при копроовоскопии и анализе дуоденального содержимого. Тем не менее, она вполне возможна.

Паразитологическая настороженность должна быть у каждого медицинского работника, особенно в отношении лиц с неясной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Необходимо обращать внимание на анамнез, где имеются эпизоды, даже однократного, употребления рыб карповых пород с некачественной кулинарной обработкой. Этим пациентам необходимо проводить целенаправленное паразитологическое обследование. Следует также помнить, что лица из других регионов России и зарубежа могут завозить возбудителей паразитарных и протозойных заболеваний, не свойственных нашей зоне.

302. ПРОБЛЕМЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В СТАЦИОНАРЕ

Хамитов Р.Ф., Григорьева И.В.

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

Актуальность. По данным официальной статистики в 2006 г. в России было зарегистрировано около 400 тысяч больных пневмониями. Это значительно меньше расчетных данных (1,8 млн. больных), отражающих реальную картину распространенности внебольничных пневмоний (ВП). Наибольшие затраты связаны с лечением пневмоний в условиях стационара. В связи с этим сохраняет особую актуальность разработка принципов рациональной антимикробной терапии данной категории пациентов с уточнением показаний к различным режимам лечения. Это послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью работы явилось сравнение эффективности и безопасности комбинации цефалоспоринов III с макролидами в сравнении с монотерапией цефалоспорином III при среднетяжелой и тяжелой внебольничной пневмонии.

Материал и методы. В исследование вошли 77 пациентов: 32 женщины и 45 мужчин в среднем 54 лет. Группа из 49 больных получала цефалоспорин III поколения цефтриаксон (Ц) в средней дозе 1,7±0,1 г/сут в/в в комбинации с азитромицином [Зитролид®, ОАО «Валента Фарм»] в дозе 500 мг/сут (Ц+М). Группа из 28 пациентов - монотерапию Ц в такой же дозе. Продолжительность введения Ц в обеих группах была в среднем 11 дней, азитромицина - 7 дней. Клинико-

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% -