

ентов с отравлением окисью углерода еще раз доказывает свою эффективность и положительно влияет на течение и скорейший регресс заболевания.

2. Применять ГБО для лечения пациентов с отравлениями СО нужно как можно раньше, а при невозможности раннего применения – в ближайшем отдаленном периоде после отравления.

3. В нашем наблюдении использовались режимы ГБО 1,5-2 АТА при времени изопрекции 40-60 мин, которые показали свою достаточную эффективность и положительно повлияли на неврологическое состояние ребенка в данном конкретном случае.

4. Наш случай является очередным подтверждением того, что позднее, как и раннее, применение ГБО улучшает течение заболевания, прогноз и выживаемость данной категории пациентов, позволяет быстро добиться у них полного регресса персистирующей неврологической симптоматики, без

длительного процесса реабилитации, а также улучшает качество жизни пациентов в ближайшем периоде после отравления СО.

Заключение. Отравление СО остается серьезной проблемой общественного здравоохранения, принципиально важным компонентом лечения остается кислород. Рандомизированных исследований отравлений СО у детей нет. Представляется целесообразным распространить на маленьких детей те же клинические принципы, которые применяются и взрослым [2, 4, 7, 8]. Отравление детей СО сопряжено с некоторыми специфическими проблемами: дети с трудом адаптируются к условиям гипербарической камеры, тем не менее необходимо шире использовать метод ГБО и у данной категории пациентов [4, 7, 8].

Литература

1. Айан А.М. Анализ газов артериальной крови понятным языком / А.М. Айан, Хеннеси,

Джапп Алан Дж. // Практическая медицина. – М., 2009. – С. 1-109.

2. Байдин С.А. Гипербарическая оксигенация в лечение вредных воздействий окружающей среды / С.А. Байдин, А.Б. Граменицкий, Б.А. Рубинчик // Руководство по гипербарической медицине. – М.: Медицина, 2008 г. Ч. III. Гл. 19. – С. 450 - 457.

3. Горячев А.С. Основы ИВЛ / А.С. Горячев, И.А. Савин. – М.: Медиздат, 2009. Ч. III. – С. 114-251.

4. Гипербарическая медицина: практическое руководство / под ред. Д. Матье // Отравление окисью углерода. – М.: БИНОМ. – 2009. С. 221-241.

5. Дин Р. Гесс. Искусственная вентиляция легких / Гесс Дин Р., Р.М. Качмарек // БИНОМ. – 2009. Ч. I. Гл. 4. Ч. II. Гл. 21. – С. 56-59, 243-254.

6. Крылов В.В. Лекции по нейрореанимации / В.В. Крылов, С.С. Петриков, А.А. Белкин // Учебная литература для слушателей системы послевузовского образования. – М.: Медицина, 2009. – С. 11-12, 71-79.

7. Tibbels P.M. Hyperbaric-oxygen therapy / P.M. Tibbels, J.S. Edelsberg // N. Engl. J Med. – 1996. – 334. – P.1642-1648.

8. Carbon Monoxide (CO) Poisoning in Children: an eight year – review / M. Valesi [et al.]. – Undersea & Hyper. Med. – 1998. – 25 (Suppl.): 49 (№149).

А.И. Аркина, О.В. Бровцев, М.С. Акулинина ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

УДК 616.31

Ввиду редкости болезни представлен случай из клинической практики. Пациент с диагнозом «идиопатический фиброзирующий альвеолит» наблюдается в течение 6 лет. Течение болезни благоприятное.

Ключевые слова: идиопатический фиброзирующий альвеолит, лечение.

A case of clinical practice of a patient with diagnosis "idiopathic fibrosing alveolitis" due to the rarity of the disease is presented. The patient is observed for 6 years. Favorable course of the disease.

Keywords: idiopathic fibrosing alveolitis, treatment.

Идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) является одним из редких и тяжелых заболеваний. Средние интернациональные показатели распространенности и заболеваемости составляют соответственно 10–20 и 7–10 на 100 000 населения [5]. С начала 60-х гг. XX столетия отмечается значительный рост числа больных ИФА. Мужчины болеют чаще женщин. При этом гиподиагностика ИФА достигает 80% [1]. По данным международного консенсуса 2000 г., разработанного группами специалистов Европейской респираторной ассоциации и Американского торакального общества, ИФА

чаще заболевают люди пожилого возраста [6]. По данным исследований, проводимых в России, средний возраст больных составил 47 лет, 22,8% пациентов были старше 60 лет [1].

Считается, что выживаемость больных ИФА не превышает 5 лет, однако эти данные основаны на исследованиях, проведенных среди пациентов ИФА, наблюдающихся в крупных специализированных центрах. Исследование Hubbard и соавт. [4], включавшее больных ИФА, наблюдаемых врачами общей практики в общей популяции, показало, что реальная выживаемость больных ИФА еще ниже. Средняя выживаемость больных ИФА составила всего 2,9 года. Ведущей причиной смерти больных является дыхательная недостаточность как естественное следствие прогрессирования заболевания. Другими причинами

летальности являются: сердечная недостаточность, бронхогенная карцинома, ишемическая болезнь сердца и прочие события.

На данный момент не существует достаточно эффективной терапии, способной оказать влияние на качество жизни или прогноз заболевания у пациентов с ИФА, однако постоянно ведётся поиск новых методов лечения, и уже сейчас существует целый ряд методик, применяемых с различным успехом.

Современная терапия ИФА построена в основном на применении противовоспалительных препаратов (кортикостероиды и цитостатики), способных воздействовать на воспалительные и иммунологические звенья развития заболевания. В основе такого подхода принято положение, что прогрессирующий фиброз, лежащий в основе

Ивановская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ: **АРКИНА Алла Ивановна** – доцент, **БРОВЦЕВ Олег Владимирович** – член СНО, **АКУЛИНИНА Марина Сергеевна** – член СНО.

ИФА, является следствием хронического персистирующего воспаления, что хроническое воспаление предшествует и неизбежно ведет к фиброзу, и агрессивное подавление воспаления может блокировать последующее формирование фиброзных изменений.

По рекомендациям International Consensus Statement (2000), следует применять ГКС в комбинации с цитостатиками (азатиоприн, циклофосфан), но достоверных данных о большей эффективности данного режима по сравнению с монотерапией ГКС нет [6].

На данный момент в большинстве клиник РФ для лечения ИФА применяется монотерапия ГКС. Данные об эффективности этой методики разрознены и требуют более глубокого изучения.

По данным J.J. Egan и соавт. [3], терапия ГКС приводит к объективному эффекту лишь у 15–20% больных ИФА. До сих пор остаётся до конца невыясненным, с чем может быть связано данное явление. В последнее время появляются данные о наличии генетической обусловленности терапевтического эффекта лечения кортикостероидами [2]. Возможно, в ближайшее время будут внедрены новые методики, с помощью которых станет возможно заранее определять оптимальные дозы кортикостероидов и вероятность положительного ответа на терапию.

В связи с этим интересным представляется наблюдение пациента Б., 59 лет. Первый признак заболевания в виде одышки при физической нагрузке появился в 2006 г. В 2011 г. одышка стала возникать при минимальной нагрузке, связанной с самообслуживанием. В феврале 2011 г. была проведена флюорография: выявлен диссеминированный процесс в лёгких в виде диффузных тонкостенных просветлений диаметром от 0,3 до 0,6 мм. Туберкулёз лёгких был исключен. 18.05.11 в условиях отделения торакальной хирургии ОКБ г. Иваново была произведена от-

крытая биопсия легкого. Опираясь на клинические данные и результаты дополнительных методов обследования, поставлен диагноз «идеопатический фиброзирующий альвеолит».

В августе 2011 г. проходил лечение в 4 ГКБ г.Иваново, где при исследовании ФВД были получены следующие данные: ОФВ1=56%, ЖЕЛ=47%. По данным пульсоксиметрии Sat O₂=86%. Основным препаратом лечения был выбран преднизолон в суточной дозе 20 мг. На фоне лечения произошло уменьшение одышки, SatO₂=93%.

21.02.2012 г. с ведущими жалобами на постоянную одышку, которая усиливается при физической нагрузке, поступил в пульмонологическое отделение ОКБ г. Иваново с целью коррекции проводимого лечения. При исследовании ФВД от 22.02.2012 г.: ОФВ1 49%, ЖЕЛ 43%. Рентгенологическая картина без изменений. Было принято решение о продолжении монотерапии преднизолоном в дозе 25 мг/сут. Выписан из стационара 07.03.2012 г. с улучшением общего состояния, уменьшением одышки. Рекомендовано продолжить лечение амбулаторно с использованием преднизолона в дозе 25 мг в сутки со снижением дозы через месяц на 2,5мг раз в 7 дней.

Таким образом, у обследованного нами пациента наблюдается течение ИФА уже около 6 лет, что само по себе является достаточно редким явлением. Течение заболевания у данного пациента можно назвать сравнительно благоприятным ввиду отсутствия прогрессирования ИФА за последние полгода, что подтверждено лабораторными данными. Однако всё же остаётся проблема ограничения физической активности пациента из-за наличия выраженной дыхательной недостаточности. Решить её на данный момент представляется невозможным, так как отсутствует эффективная терапия, способная в значительной степени уменьшить фиброз лёгочной ткани, имеющийся в данное время у пациента. В связи с этим перспективными

представляются исследования, направленные на изучение эффективности различных антифиброзных препаратов, проводимые в данное время во многих странах.

В случае обследованного нами пациента подобное сравнительно благоприятное течение становится возможным в основном благодаря физиологическим особенностям его организма. Можно высказать предположение о наличии генетических особенностей, позволяющих с успехом применять монотерапию кортикостероидами, а также о высоких компенсаторных способностях организма. Прогноз для жизни данного пациента на ближайшие несколько лет может быть сравнительно благоприятным, если при лечении тщательно подобранными эффективными дозами ГКС удастся добиться достаточно продолжительной стабилизации процесса.

Литература

1. Илькович М.М. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) / М.М. Илькович, Л.Н. Новикова // Интерстициальные заболевания легких / Под ред. Ильковича М.М., Кокосова А.Н. – СПб.: Нордмедиздат, 2005. – С.127–182.
- Ilkovich M.M. Idiopathic fibrosing alveolitis (IFA) / M.M. Ilkovich, L.N. Novikova // Interstitial lung diseases / Edited by Ilkovich M.M., Kokosova A.N. – SPb.: Nordmedizdat, 2005. – P. 127–182.
2. Илькович Ю.М. Генетические аспекты чувствительности к кортикостероидам у больных идиопатическим фиброзирующим альвеолитом: автореф. дисс. ... канд. мед. н. / Ю.М. Илькович. – 2006.
- Ilkovich Y.M. Genetic aspects of sensitivity to corticosteroids of patients with idiopathic fibrosing alveolitis: Author's abstract of candidate's dissertation / Y.M. Ilkovich. – 2006.
3. Egan J.J. Does the treatment of cryptogenic fibrosing alveolitis influence prognosis? / J.J. Egan, A.A. Woodcock // Respir. Med. – 1996. – V.90. – P.127–130.
4. Hubbard R. Survival in patients with cryptogenic fibrosing alveolitis: a population-based cohort study / R. Hubbard, I. Johnston, J. Britton. – Chest. – 1998. – 113. – 396–400.
5. Diaz J.I. Pulmonary Fibrosis, Idiopathic / J.I. Diaz, D.R. Ouellette // Article Last Updated. – 2008. – Mar 7.