

«компрометированной» брюшной полости усиливает механическую прочность соединения, тем самым способствуя профилактике несостоятельности кишечного шва.

2. В клинической практике применение каркасного кольца для наложения первичных межкишечных анастомозов у больных с острой кишечной непроходимостью возможно при наличии перитонита, отсутствии в брюшной полости метастазов и множественных абсцессов, полиорганной недостаточности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алтеев Б.К., Атаджанов Ш.К., Исабаев Ш.Б. Проблемы диагностики и лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. экстрен. мед. — 2010. — №1. — С. 88–92.
2. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухоли ободочной кишки // Хирургия. — 2004. — №2. — С. 4–7.
3. Топузов Э.Г., Плотников В.П., Абдуллаев М.А. Рак ободочной кишки, осложнённый кишечной непроходимостью: диагностика, лечение, реабилитация. —

СПб.: Медицина, 1997. — С. 154.

4. Хаджибаев А.М., Байбеков И.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Особенности взаимодействия тканевых структур с металлическим кольцом и шовным материалом в условиях эксперимента // Пробл. клин. мед. — 2007. — №3. — С. 64–67.

5. Хаджибаев А.М., Байбеков И.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Наложение кишечных анастомозов с применением каркасного металлического кольца в эксперименте // Биол. ж. Узбекистана. — 2009. — №1. — С. 17–21.

6. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Экспериментальное обоснование применения каркасного кольца при межкишечных анастомозах // Вестн. экстрен. мед. — 2010. — №1. — С. 20–24.

7. Khadjibaev A.M., Khodjimukhamedova N.A., Yangiev R.A., Khadjibaev F.A. The diagnostics and treatment of small and large intestines' injuries at the abdominal traumas // Med. Health Sci. J. — 2012. — Vol. 11. — P. 61–66.

8. Khodjimukhamedova N., Khadjibaev F., Shukurov B. Clinical experience of frame ring utilization in applying interintestinal anastomoses in urgent surgery // Indian J. Surg. — 2012. — Vol. 74, N 4. — ISSN: 0972-2068 (Print) 0973-9793 (Online). — <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12262-012-0629-y.pdf> (дата обращения: 20.04.2013).

УДК 614.2: 615.849: 616-006-039.78 (470.41)

H04

## РОЛЬ РАДИОТЕРАПИИ ПРИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ТЕХНИЧЕСКАЯ ОСНАЩЁННОСТЬ РАДИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Олег Витальевич Моров<sup>1\*</sup>, Рустем Шамильевич Хасанов<sup>1,2</sup>, Андрей Вадимович Черниченко<sup>3</sup>,  
Ильдар Абдуллаевич Гилязутдинов<sup>1,2</sup>, Камиль Тафхитович Шакиров<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань,

<sup>2</sup>Казанская государственная медицинская академия,

<sup>3</sup>Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

#### Реферат

**Цель.** Изучить количественные показатели радиотерапии онкологических больных и уровень оснащённости радиотерапевтическим оборудованием в Республике Татарстан.

**Методы.** Проведена оценка заболеваемости злокачественными новообразованиями, числа пациентов, получивших радиотерапию в Республиканском клиническом онкологическом диспансере Республики Татарстан в динамике за период с 2002 по 2012 гг. Выполнен сравнительный анализ относительных показателей, характеризующих использование радиотерапии и уровень оснащённости радиотерапевтическим оборудованием в Республике Татарстан, Турции и Японии.

**Результаты.** В динамике отмечено увеличение абсолютного количества пациентов, получающих радиотерапию. Однако в сравнении с Турцией и Японией объём применения радиотерапии при специализированном лечении онкологических больных в Республике Татарстан остаётся ниже рекомендуемых потребностей. В течение первого года заболевания радиотерапию получают только 18,4% больных. Оснащённость аппаратами для дистанционной лучевой терапии в Республике Татарстан более чем в 2 раза ниже, чем в сравниваемых странах. Количество оборудования для проведения дистанционной лучевой терапии в Республике Татарстан составляет 50% минимальных рекомендуемых потребностей. Более половины радиотерапевтического оборудования морально и физически устарело.

**Вывод.** Оптимизация организации лечения с широким применением стационар-замещающих технологий, а также модернизация радиотерапевтической службы позволили в течение последних лет увеличить объём применения радиотерапии онкологическим больным в Республике Татарстан, однако применение радиотерапии при специализированном лечении онкологических больных в Республике Татарстан остаётся ниже рекомендуемых потребностей; для расширения использования метода необходимо дополнительное оснащение радиотерапевтической службы аппаратами для дистанционного облучения.

**Ключевые слова:** онкология, радиотерапия, радиотерапевтическое оборудование, организация здравоохранения.

**THE ROLE OF RADIOTHERAPY AT SPECIALIZED TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS AND TECHNICAL EQUIPMENT OF RADIOTHERAPY SERVICE IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN** O.V. Morov<sup>1</sup>, R.S. Khasanov<sup>1,2</sup>, A.V. Chernichenko<sup>3</sup>, I.A. Giliuzudinov<sup>1,2</sup>, K.T. Shakirov<sup>1,2</sup>. <sup>1</sup>Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia, <sup>2</sup>Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia, <sup>3</sup>Moscow Oncological Scientific and Research Institute named after P.A. Herzen, Moscow, Russia. **Aim.** To study the qualitative indicators for radiotherapy of patients with malignancies and the level of technical equipment of radiotherapy service in the Republic of Tatarstan. **Methods.** The incidence of malignant tumors, the number of patients treated with radiotherapy at the Tatarstan Regional Clinical Cancer Center since 2002 to 2012 were assessed. The comparative analysis of relative parameters characterizing the radiotherapy service and the level of technical equipment of radiotherapy service in the Republic of Tatarstan compared to Turkey and Japan. **Results.** The increase in number of patients treated with radiotherapy over time was noted. Nevertheless, compared to data from Turkey and Japan, the share of patients who offered radiotherapy as a method of complex treatment of patients with malignancies in the Republic of Tatarstan stays below the recommended levels compared to Turkey and Japan. Only 18.4% of patients receive radiotherapy during the first year of the disease. The remote radiotherapy equipment rate in the Republic of Tatarstan is twice lower compared to Turkey and Japan. Only 50% of the minimal recommended technical equipment units quantity for remote radiotherapy are available in the Republic of Tatarstan, with over than a half of this number out-of-date. **Conclusion.** Healthcare optimization and wide use of out-patient service along with modernizing the radiotherapy service allowed to increase the coverage of patients with malignancies with radiotherapy during the last years, hence the use of radiotherapy as a method of complex treatment of patients with malignancies in the Republic of Tatarstan stays below the recommended levels, to increase in further, the re-equipment of the radiotherapy service with the modern equipment for remote radiotherapy is necessary. **Key-words:** oncology, radiotherapy, radiotherapy equipment, healthcare management.

Известно, что 50% онкологических больных нуждаются, как минимум, в однократном проведении радиотерапии (лучевой терапии), а более 20% должны получить радиотерапию повторно [4]. Точное количество онкологических пациентов, подлежащих облучению, рассчитывается индивидуально и зависит от эпидемиологической обстановки в конкретном регионе [2]. При раке молочной железы хотя бы один курс радиотерапии должны пройти 84% пациентов, при первичных опухолях центральной нервной системы – 92%, при раке орофарингеальной зоны – 74%, при раке лёгкого – 76%, при раке предстательной железы – 60%. В случае проведения паллиативного лечения на первом этапе 14% пациентов с впервые выявленными опухолями необходимо облучение [6]. Однако в существующей мировой практике объём применения радиотерапии гораздо ниже. Несмотря

на тот факт, что недостаточное применение радиотерапии в основном отмечено в развивающихся странах, развитые страны тоже имеют подобную проблему [1, 11, 15]. Объём применения радиотерапии онкологическим больным в разных странах зависит от материально-технической базы медицинских учреждений [7]. С развитием новых технологий себестоимость лучевого лечения ежегодно увеличивается [10]. Точную потребность в аппаратах для радиотерапии рекомендуют рассчитывать индивидуально в каждом макрорегионе с учётом структуры заболеваемости [8, 9]. Усреднённой рекомендуемой потребностью в радиотерапевтическом оборудовании в современных условиях считают 1 линейный ускоритель электронов для лечения 450 пациентов в год, или минимум 1 линейный ускоритель электронов на 250–300 тыс. населения [13]. В развитых и развивающихся странах

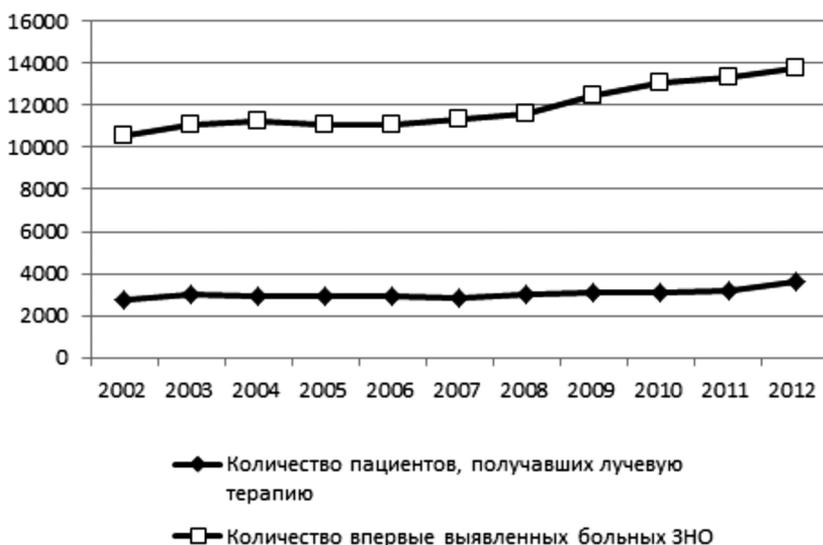


Рис. 1. Абсолютные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) и количества пациентов, получивших радиотерапию, в Республике Татарстан за период с 2002 по 2012 гг.

отмечают стойкую тенденцию к замене гамма-терапевтических аппаратов на основе изотопа кобальта-60 на линейные ускорители электронов, несмотря на 2-кратное увеличение себестоимости лечения. Это происходит в связи с более совершенной технологичностью ускорителей и возможностью осуществления на них современных протоколов лечения. 85% европейских центров радиотерапии полностью отказались от использования изотопа кобальта-60 для дистанционного облучения [3]. В последнее десятилетие в мире стремительно развиваются новейшие технологии в радиационной онкологии. К ним относятся стереотаксическая радиохирургия, томотерапия, протонная терапия и т.д. Вместе с тем Международное агентство атомной энергии выступает с критикой в адрес сторонников стремительного внедрения новых технологий в замену традиционным. Согласно его рекомендации, внедрение высокотратных и высокотехнологичных методик радиотерапии должно проходить поэтапно с постепенным переходом от простых технологий к более сложным. Особенно это касается стран среднего и низкого экономического развития. Новейшие технологии, не дающие преимуществ в результатах лечения с точки зрения доказательной медицины, не должны заменять традиционно существующие виды радиотерапии ввиду недоказанной рентабельности [12].

Для объективной оценки состояния радиотерапевтической службы в Республике Татарстан (РТ) мы провели анализ деятельности радиологических отделений Республиканского клинического онкологического диспансера (Казань). Динамика заболеваемости и количество пациентов в РТ, получивших радиотерапию в период с 2002 по 2012 гг., представлены на

рис. 1. Абсолютное ежегодное число получивших лечение радиацией пациентов с 2002 по 2006 гг. оставалось относительно стабильным. С 2007 г. отмечено ежегодное увеличение абсолютного числа пациентов, получивших лучевую терапию. Наибольшее увеличение количества пролеченных отмечено в 2011 и 2012 гг. Данную тенденцию мы связываем не только с ростом заболеваемости в регионе, но и с изменениями в организации и реструктуризации радиологических отделений.

До 2007 г. радиотерапевтическую службу РТ представляли три радиологических отделения общей мощностью 172 койки круглосуточного стационара Республиканского клинического онкологического диспансера. Только 30% всех пациентов получали лучевую терапию амбулаторно. Как правило, это были жители Казани, страдавшие онкологическими заболеваниями, не отягощающими их общее состояние. Одним из недостатков амбулаторной радиотерапии была трудность организации дополнительной лекарственной коррекции основного заболевания и сопутствующей патологии, аналогичной стационарной, а также регулярного контроля над лабораторными показателями. Сеанс амбулаторной лучевой терапии приравнивали к амбулаторному посещению поликлиники, что часто приводило к некорректной оценке показателей деятельности радиологической службы в частности и онкологической службы в целом. В связи с большой нагрузкой на круглосуточный стационар очередь на лечение могла достигать 1,5 мес.

В 2007 г. при стационаре одного из радиологических отделений был организован дневной стационар (25 коек с работой в две смены), задачей которого была организация лучевой тера-

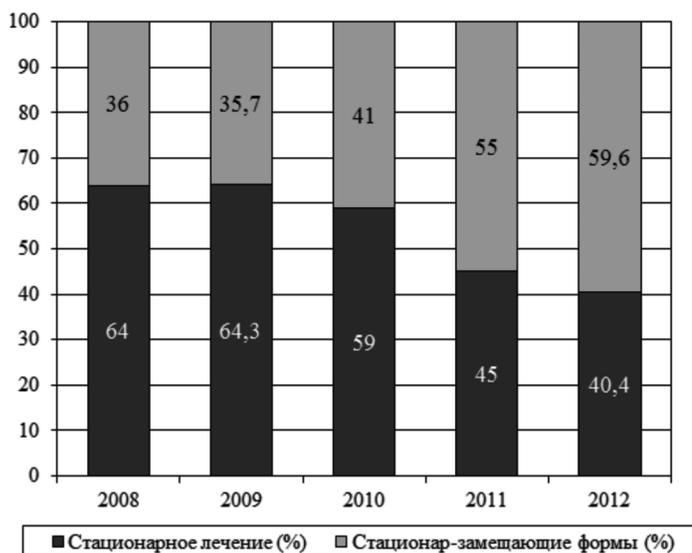


Рис. 2. Относительное распределение пациентов в зависимости от организационной формы проведения радиотерапии за 2008–2012 гг. в РТ.

**Количественные показатели деятельности и оснащённости радиотерапевтическим оборудованием онкологической службы Республики Татарстан, Турции и Японии**

Показатели	Страна/регион (год оценки)		
	Республика Татарстан (2012)	Турция (2010)	Япония (2009)
Абсолютное количество заболевших ЗНО в течение года	13 782	150 000	724 426
Количество аппаратов для ДЛТ – линейные ускорители электронов и гамма-терапевтические аппараты на основе кобальта-60	7	186	825
Доля кобальтовых аппаратов для ДЛТ, %	47	21,5	1,1
Соотношение количества впервые выявленных больных к аппаратам для ДЛТ (количество больных на один аппарат)	1968	806	880
Количество больных ЗНО, получивших лучевую терапию	3600	100 000	441 000
В том числе впервые выявленных больных	2535	50 000	201 000
Доля впервые выявленных больных ЗНО, получивших лучевую терапию, %	18,4	25	27,7
Количество аппаратов для брахитерапии	3	35	169
Соотношение количества впервые выявленных больных к аппаратам для брахитерапии (количество больных на один аппарат)	4594	4286	4286
Количество специализированных систем для радиохирургии	0	10	46
Соотношение количества впервые выявленных больных к аппаратам для радиохирургии (количество больных на один аппарат)	–	15 000	15 748

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования; ДЛТ – дистанционная лучевая терапия.

пии онкологическим больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала. Новая организационная форма в виде радиологического дневного стационара обеспечивала полный объём медицинских мероприятий, свойственных круглосуточному стационару, с сохранением медицинской результативности. В 2008 г. в связи с нарастающими потребностями в радиотерапии мощность дневного стационара увеличилась до 40 коек, в дальнейшем в 2009 и 2010 гг. количество коек также было увеличено до 45 и 55 соответственно. С 1 января 2011 г. с одномоментным сокращением на 44 радиологических койки отделений круглосуточного стационара коечный фонд дневного стационара увеличился до 75 мест, обеспечено одноразовое питание пациентов в течение всего курса лечения. Проживание иногородним пациентам организовано в пансионате, расположенном в одном из корпусов на территории диспансера. В период с 2008 по 2012 гг. увеличился не только объём применения радиотерапии онкологическим больным, но и доля пролеченных в стационар-замещающих условиях (рис. 2). Перераспределение потоков пациентов с разгрузкой круглосуточного стационара привело к увеличению доступности радиотерапии, снизило среднее время ожидания пациентов в очереди на стационарное лечение до 2–3 нед. В настоящее время очередь на лечение в дневном стационаре отсутствует.

Вторая причина увеличения объёма приме-

нения радиотерапии – процесс модернизации и увеличение единиц радиотерапевтической техники. В 2011 г. в рамках национальной программы «Онкология» в радиологическом корпусе установлен и введён в эксплуатацию новый комплекс высокотехнологичного оборудования: высокоэнергетический линейный ускоритель электронов, аппарат для дистанционной гамма-терапии на основе изотопа кобальта-60, гамма-терапевтический аппарат для контактной лучевой терапии (брахитерапии), а также информационно-управляющая система и современные системы дозиметрического планирования.

Совершенствование организации лечения и материально-технической базы позволило увеличить пропускную способность радиологических отделений, что в конечном итоге увеличило объём применения радиотерапевтического лечения.

Далее мы провели сравнение показателей оснащённости радиотерапевтическим оборудованием и объёма оказания радиотерапии пациентам по сравнению с Турцией и Японией [5, 14] (табл. 1). Турция наряду с Российской Федерацией является примером экономически развивающейся страны, Япония же входит в перечень экономически развитых стран.

Учитывая различия в численности населения и абсолютных показателях заболеваемости, мы сравнили относительные величины. В результате нами выявлено следующее.

Среднегодовой простой (% рабочего времени) линейных ускорителей электронов в связи с неисправностью за 2011–2012 гг.

Линейный ускоритель электронов	Простой оборудования в связи с неисправностью			
	2011 г.		2012 г.	
	%	Среднее значение, %	%	Среднее значение, %
Synergy S	19,5	38,1	36,2	28,3
SL-20	80		41,5	
СЛ-75-5-МТ	15		7,3	

1. Оснащённость аппаратами для дистанционной лучевой терапии в РТ более чем в 2 раза ниже, чем в сравниваемых странах. Соотношение числа впервые выявленных пациентов к количеству аппаратов составило в РТ, Турции и Японии 1968, 806 и 880 соответственно.

2. Доля гамма-терапевтических аппаратов на основе кобальта-60 в РТ составляет 47% , что значительно превышает этот показатель в Турции и Японии (21,5 и 1,1% соответственно).

3. Оснащённость брахитерапевтическими аппаратами в сравниваемых регионах сопоставима.

4. Оснащённость специализированными системами для радиохирургии в Турции и Японии практически идентична и составляет ориентировочно одну систему на 15 000 впервые заболевших злокачественными новообразованиями.

Объём применения радиотерапии в отношении онкологических больных в РТ в 1,5 раза ниже, чем в сравниваемых странах, и составляет 18,4% числа впервые заболевших. В Турции и Японии этот показатель составляет 25 и 27,7% соответственно.

В структуре радиотерапевтических пациентов всех сравниваемых регионов около половины составили впервые заболевшие. Объём применения радиотерапии коррелировал с уровнем оснащённости радиотерапевтическим оборудованием. Большая доля гамма-терапевтических аппаратов в РТ – негативный показатель. Малое количество линейных ускорителей ограничивает возможность проведения современного высокотехнологичного лечения в регионе в должном объёме. Существует потребность в приобретении одной специализированной системы для радиохирургии.

Исходя из международных рекомендаций, количество оборудования для проведения дистанционной лучевой терапии в РТ, а именно линейных ускорителей электронов, составляет 50% минимальных рекомендуемых потребностей (один линейный ускоритель на 250–300 тыс. населения, или один линейный ускоритель на 450 больных). Для достижения современного уровня необходимо увеличение числа линейных ускорителей, как минимум, до 15. При этом отсутствует потребность в аппаратах на основе изотопа кобальта-60, так как на сегодня их количество достаточно.

Другой сдерживающий фактор – состояние существующей аппаратуры. Пять из семи аппаратов для дистанционной лучевой терапии и один из трёх брахитерапевтических аппаратов морально и физически устарели, что требует их модернизации

или замены. Длительность простоя оборудования в связи с частыми неисправностями и ремонтомкратно превышает допустимое значение, которое не должно превышать 5% рабочего времени. Длительность простоя линейных ускорителей по итогам 2012 г. составила 28% рабочего времени (табл. 2).

Только одна из семи дистанционных установок обладает опцией проведения 3D-конформного облучения и соответствует современным международным стандартам качества лечения.

## ВЫВОДЫ

1. Оптимизация организации лечения с широким применением стационар-замещающих технологий, а также модернизация радиотерапевтической службы позволили в течение последних лет увеличить объём применения радиотерапии онкологическим больным в Республике Татарстан.

2. По сравнению с международными рекомендациями и показателями развитых и развивающихся стран объём применения радиотерапии при специализированном лечении онкологических больных в Республике Татарстан остаётся ниже рекомендуемых потребностей. В течение первого года заболевания радиотерапию получают только 18,4% больных.

3. Дальнейшее увеличение объёма применения радиотерапии в Республике Татарстан возможно в результате увеличения количества специализированной радиотерапевтической техники. Приоритетная задача – увеличение количества аппаратов для дистанционной лучевой терапии, как минимум, в 2 раза.

4. Дополнительное оснащение радиотерапевтическим оборудованием должно проходить с одномоментной заменой устаревшей техники. Основную долю оборудования должны составлять линейные ускорители электронов. Необходимости в установке гамма-терапевтических аппаратов на сегодняшний день нет.

5. Вторая по приоритетности задача – приобретение и установка специализированной системы для радиохирургии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Barton M.B., Frommer M., Shafiq J. Role of radiotherapy in cancer control in low-income and middle-income countries // Lancet Oncol. – 2006. – Vol. 7, N 7. – P. 584–595.
2. Bentzen S.M., Heeren G., Cottier B. et al. Towards

evidence-based guidelines for radiotherapy infrastructure and staffing needs in Europe: the ESTRO QUARTS project // *Radiother. Oncol.* — 2005. — Vol. 75, N 3. — P. 355-365.

3. *Budiharto T., Musat E., Poortmans P. et al.* EORTC Radiation Oncology Group. Profile of European radiotherapy departments contributing to the EORTC Radiation Oncology Group (ROG) in the 21st century // *Radiother. Oncol.* — 2008. — Vol. 88, N 3. — P. 403-410.

4. *Delaney G., Jacob S., Featherstone C. et al.* The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines // *Cancer.* — 2005. — Vol. 104, N 6. — P. 1129-1137.

5. *Goksel F., Koc O., Ozgul N. et al.* Radiation oncology facilities in Turkey: current status and future perspectives // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* — 2011. — Vol. 12, N 9. — P. 2157-2162.

6. *Jacob S., Wong K., Delaney G.P.* Estimation of an optimal utilisation rate for palliative radiotherapy in newly diagnosed cancer patients // *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)*. — 2010. — Vol. 22, N 1. — P. 56-64.

7. *Levin V., Tatsuzaki H.* Radiotherapy services in countries in transition: gross national income per capita as a significant factor // *Radiother. Oncol.* — 2002. — Vol. 63, N 2. — P. 147-150.

8. *Möller T.R., Einhorn N., Lindholm C. et al.* SBU Survey Group. Radiotherapy and cancer care in Sweden // *Acta Oncol.* — 2003. — Vol. 42, N 5-6. — P. 366-375.

9. *Morgan G., Barton M., Crossing S. et al.* A «Catch Up» Plan for radiotherapy in New South Wales to 2012 // *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* — 2009. — Vol. 53, N 4. — P. 419-430.

10. *Ploquin N.P., Dunscombe P.B.* The cost of radiation therapy // *Radiother. Oncol.* — 2008. — Vol. 86, N 2. — P. 217-223.

11. *Ruggieri-Pignon S., Pignon T., Marty M.* Infrastructure of radiation oncology in France: a large survey of evolution of external beam radiotherapy practice // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2005. — Vol. 61, N 2. — P. 507-516.

12. *Salminen E.K., Kiel K., Ibbott G.S. et al.* International Conference on Advances in Radiation Oncology (ICARO): outcomes of an IAEA meeting // *Radiat. Oncol.* — 2011. — Vol. 6. — P. 11.

13. *Slotman B.J., Cottier B., Bentzen S.M. et al.* Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. ESTRO-QUARTS: work package 1 // *Radiother. Oncol.* — 2005. — Vol. 75, N 3. — P. 349-354.

14. *Teshima T., Numasaki H., Nishio M. et al.* Japanese society for therapeutic radiology and Oncology database committee. Japanese structure survey of radiation oncology in 2009 based on institutional stratification of the Patterns of care Study // *J. Radiat. Res.* — 2012. — Vol. 53, N 5. — P. 710-721.

15. *Van Der Giessen P.H., Alert J., Badri C. et al.* Multinational assessment of some operational costs of teletherapy // *Radiother. Oncol.* — 2004. — Vol. 71, N 3. — P. 347-355.

УДК 614.2: 616.24-002-022.371-07 (470.43)

Н05

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ольга Дмитриевна Сивакова\*

Самарский государственный медицинский университет

### Реферат

**Цель.** Выявить клинические проявления внебольничной пневмонии на территории Самарской области.

**Методы.** Была проведена ретроспективная оценка клинических данных 241 больного по материалам историй болезни и амбулаторных карт с 2007 по 2012 гг. Средний возраст исследуемых составил 41,8±0,8 года, в их числе 130 (53,9%) мужчин и 111 (46,1%) женщин. Для сбора данных использовали специально разработанные индивидуальные регистрационные карты.

**Результаты.** При анализе сопутствующей патологии выявлено наличие гипертензивной болезни у 10 (4,8%) человек, ишемической болезни сердца — у 10 (4,8%), хронического неструктивного бронхита — у 9 (4,3%), хронической обструктивной болезни лёгких — у 6 (2,9%), инфицирования вирусом иммунодефицита человека — у 5 (2,4%), злокачественных новообразований в лёгких — у 5 (2,4%), бронхиальной астмы — у 3 (1,4%) человек. Из анамнеза стало известно, что обращение за медицинской помощью следовало в среднем через 7,8±1,3 сут после начала заболевания, до обращения за медицинской помощью самостоятельно лечились 48 (26,7%) человек. Ведущими клиническими проявлениями заболевания были лихорадка (97 человек, 53,9%) и кашель (89 пациентов, 49,4%). Боли в грудной клетке зарегистрированы у 36 (20,0%) больных, одышка — у 55 (30,5%), образование мокроты — у 71 (39,4%) пациента. Изменения в рентгенологической картине встречались в 100% случаев.

**Вывод.** Основными клиническими проявлениями внебольничной пневмонии являются жалобы на кашель и лихорадку; выявлен факт позднего обращения за медицинской помощью и неконтролируемого применения лекарственных препаратов.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, клиническая картина, Самарская область.

**CLINICAL MANIFESTATIONS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA ACCORDING TO DATA OF SAMARA REGION HOSPITALS** *O.D. Sivakova. Samara State Medical University, Samara, Russia.* **Aim.** To describe the clinical manifestations of community-acquired pneumonia in patients of the Samara region. **Methods.** The retrospective clinical data analysis of 241 patients' [130 (53.9%) males, 111 (46.1%) females, mean age 41.8±0.8 years] medical charts (case histories and out-patient cards) who were treated from 2007 to 2012, was performed. Specially developed individual registration cards were used for data collection. **Results.** Patients had the following concomitant diseases: hypertension — 10 (4.8%) patients, coronary heart disease — 10 (4.8%) patients, chronic non-obstructive bronchitis — 9 (4.3%) patients, chronic obstructive pulmonary disease — 6 (2.9%) patients, HIV infection — 5 (2.4%) patients, malignancies — 5 (2.4%) patients, bronchial asthma — 3 (1.4%) patients. Patients called for medical aid at 7.8±1.3 day after the disease onset, 48 (26.7%) were using self-administered