Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№1, 2013 г.

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№1, 2013 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

О.В. ГАЛИМОВ, В.О. ХАНОВ, Д.М. ЗИГАНШИН, А.Ф. МАЗИТОВ, В.П. ОКРОЯН 3
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-АДАПТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Е.С. ГАЛИМОВА..... 12
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Б.И. ЗАГИДУЛЛИН, Р.Р. ХАФИЗОВ, Н.Ш. ЗАГИДУЛЛИН, И.А. НАГАЕВ, В.В. ПЛЕЧЕВ, Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН..... 19
КАРТИРОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛОВ СЕРДЦА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОДНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

О.В.ЗЕЛЕНОВА..... 29
СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАСТРАЦИОННО – РЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СХЕМАМИ

А.В. РОГОВ..... 41
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭРГОФЕРОНА

Р.И. САГДИЕВ..... 47
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМ ПЕЧЕНИ

И.В. САХАУТДИНОВА, С.Ю. МУСЛИМОВА, В.У. САТАЕВ, В.А. ПАРАМОНОВ..... 51
МИОМА МАТКИ У ДЕВОЧЕК. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

И.В. САХАУТДИНОВА, А.Р. ХАЙБУЛЛИНА, Т.П. КУЛЕШОВА, И.М. ТАЮПОВА 56
ТАКТИКА ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

А.В. СУЛТАНБАЕВ, В.Ю. ФРОЛОВА 60
БЕЛКОВЫЙ БАЛАНС ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФЫ - ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА

В.С. ТАРАСЕНКО, Д.Б. ДЕМИН, Д.В. ВОЛКОВ, А.В. ШЕФЕР, С.А. КОРНИЛОВ, Ф.В. БАСОВ, Н.А. ЩЕТИНИН 66
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.О. ХАНОВ, С.Р. ТУЙСИН, Д.А. ШИЛОВ, В.П. ОКРОЯН 73
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УДК 617-089.844

© О.В. Галимов, В.О. Ханов, Д.М. Зиганшин, А.Ф. Мазитов, В.П. Окроян, 2013

О.В. ГАЛИМОВ, В.О. ХАНОВ, Д.М. ЗИГАНШИН, А.Ф. МАЗИТОВ, В.П. ОКРОЯН

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-АДАПТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. *Статья посвящена вопросам разностороннего анализа итогов выполняемых в клинике бариатрических вмешательств. Прослежены как ближайшие, так и отдаленные результаты по развившимся осложнениям, потере массы тела в динамике, купированию проявлений «метаболического синдрома», а также проведена оценка качества жизни пациентов в до- и послеоперационном периодах.*

Ключевые слова: *бариатрические операции, метаболический синдром, качество жизни.*

O.V.Galimov, V.O. Khanov, D.M.Ziganshin, A.F.Mazitov, V.P Okroyan

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT AND PATIENTS LIFE QUALITY AFTER DIFFERENT KINDS OF BARIATRIC INTERFERENCES

Bashkir State Medical University

Abstract. *Article is dedicated to the questions of obesity surgery, analyzing the results of bariatric interferences in near and distant period after the operation. Authors given the estimation of weight loss and it influence to “metabolic syndrome” and patients life quality.*

Keywords*: metabolic syndrome, bariatric operations, life quality.*

В последние годы проблема лечения ожирения привлекает все более пристальное внимание врачей различных специальностей во всем мире. По расчетам экспертов ВОЗ к 2025 г. число больных ожирением превысит 300 миллионов человек [9]. Причем тяжелая форма заболевания, так называемое морбидное ожирение, в экономически развитых странах встречается у 3-5 % взрослого населения.

В Российской Федерации число лиц, страдающих избыточным весом (>5% от идеального), достигает 43 – 57%, а ожирение встречается в 22 - 36% случаев и не имеет

тенденции к уменьшению. Таким образом, ситуация в нашей стране по распространению «эпидемии» тучности приближается к таковой в США и развитых странах Европы [1,4].

Как известно, морбидное ожирение (МО), особенно по абдоминальному типу, представляет собой серьезную угрозу состоянию общественного здоровья из-за повышенного риска развития сопутствующих заболеваний. Рост распространенности МО и сопутствующая ему патология, среди которой чаще всего встречаются сахарный диабет II типа, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, являются важными факторами, влияющими как на продолжительность, так и качество жизни на общепопуляционном уровне, при этом качество жизни значительно менее исследовано. По данным многих авторов, увеличение массы тела на 25 % больше нормы статистически достоверно приводит к увеличению показателя смертности в 12 раз в возрасте до 40 лет от сопутствующих заболеваний по сравнению с людьми без явлений ожирения [1,5,8].

В настоящее время большинством исследователей признается, что консервативное лечение крайних степеней ожирения либо неэффективно и чрезвычайно трудно, либо достигнутый с его помощью эффект бывает кратковременным [2,6]. Именно это обстоятельство заставляет клиницистов уже давно искать новые, более эффективные методы лечения алиментарного ожирения, включая хирургические. Эффективное лечение таких пациентов требует оценки воздействия различных факторов, связанных с ожирением на качество жизни, в том числе и бариатрические операции, выполнение которых позволяет добиться стойкого снижения массы тела и вернуть больных с морбидным ожирением к полноценной жизни. Учитывая разнородность популяции пациентов, также необходим анализ связи степени ожирения с качеством жизни с целью дифференцированного подхода к выбору тактики ведения больных и повышения эффективности лечения [3,7].

В настоящее время изучение качества жизни становится одним из распространенных и общепризнанных методов изучения динамики течения хронических заболеваний и влияния на этот процесс проводимых лечебных мероприятий. Оценка качества жизни у пациентов с МО позволяет решить такие задачи как определение эффективности хирургических вмешательств, стратификация пациентов на группы и определение дифференцированной тактики лечения и диагностики, поиск новых методов реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания. Оценка качества жизни после проведенных оперативных вмешательств тем более необходима, что операция сама по себе способна в ряде случаев ухудшать качество жизни и требуется тщательное изучение подобных эффектов [3,5,9].

Качество жизни, связанное со здоровьем, является специальной областью изучения с попыткой выделить существенные компоненты бытия пациента, находящиеся под влиянием

состояния здоровья, болезни и лечения с исключением тех аспектов, которые зависят от социальных, культурных, политических, религиозных и других внешних причин. Тем не менее многие аспекты качества жизни, особенно при морбидном ожирении, оказались связаны с множеством внешних факторов, что обуславливает сложность изучения и интерпретации данных о качестве жизни [5,8].

За период с 2003 г. в клинике хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета пролечено 745 больных, у которых ИМТ превышал 30 кг/м2. Пациенты находились в стационаре с наиболее часто встречающимися при ожирении хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и брюшной стенки, а также проходили консервативное лечение по поводу имеющейся сопутствующей соматической патологии. Возникающие проблемы с невысокой эффективностью проводимых курсов лечения связывали с наличием у пациентов морбидного ожирения как одной из ведущих причин частых обострений, поэтому 71 пациенту были выполнены бариатрические вмешательства. Женщин было 46 (64,8%), мужчин – 25 (35,2%), возраст колебался от 18 до 57 лет, при этом 87,3% больных были моложе 50 лет, то есть находились в наиболее трудоспособном возрасте.

У прооперированных больных масса тела колебалась от 110 до 220 кг, составив в среднем 163,41±3,61 кг. Индекс массы тела составил у оперированных больных в среднем 48,6 ± 0,32 кг/ м2.

У абсолютного большинства больных отмечены сопутствующие заболевания в стадии компенсации, которые, на наш взгляд, были связаны в основном с имеющимся патологическим ожирением (табл 1).

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных морбидным ожирением до оперативного лечения

Сопутствующие заболевания	Количество, %
Артериальная гипертензия, ИБС	80,3
СОАС	47,9
Заболевания опорно-двигательного аппарата	36,6
Сахарный диабет	15,5
Варикозная болезнь нижних конечностей	12,7
Нарушения репродуктивной функции	11,3
Слоновость	4,2

Каждый пациент неоднократно лечился в стационарах различного профиля. Лечебное голодание применял 61 (93,8%) пациент, но при этом потеря веса была незначительной

(около 8-10 кг), после чего вес быстро восстанавливался. Консервативно по поводу ожирения лечились все пациенты. Им применяли различные диеты, препараты и пищевые добавки, однако добиться снижения веса более чем на 20 кг не удалось ни одному. Психотерапевтические методы и гипнотерапия приносили кратковременный эффект.

При выборе видов бариатрических вмешательств клиникой использованы данные, накопленные зарубежными и российскими авторами в этой области за последние годы, а также учтен собственный опыт таких операций. В основном акцент сместился на выполнение шунтирующих операций, как наиболее эффективно влияющих на снижение веса и стабилизацию заболеваний, ассоциированных с ожирением. С другой стороны, все большую популярность приобретает продольная «рукавная» резекция желудка, на что есть существенные причины – эти операции наименее травматичны, а их эффективность сопоставима с шунтирующими операциями. Однако их отдаленные результаты изучены недостаточно.

За период внедрения бариатрических операций в клинику выполнено 26 (36,6%) вертикальных гастропластик (ВГП) по типу операции Mason, из них 14 (19,7%) в модификации клиники. Желудочное шунтирование (ЖШ) по типу операции Fobi выполнено 24 (33,8%) больным, лапароскопическое нерегулируемое бандажирование желудка (ЛНБЖ) разработанным в клинике бандажом произведено 11 (15,5%) пациентам и «рукавная» (sleeve) резекция желудка 10 (14,1%). В дальнейшем в результате развития послеоперационных состояний и с целью коррекции отвислых кожно-жировых лоскутов после потери массы тела 12 (16,9%) пациентам производились повторные операции.

Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке под эндотрахеальным обезболиванием, кроме установки интрагастральных баллонов, которая выполнялась под местной анестезией. На наш взгляд, шунтирующие операции показаны больным с ИМТ>40 кг/м^2 и выраженными признаками метаболического синдрома. В то же время гастрорестриктивные операции, особенно «sleeve» резекция желудка, технически простые и быстрее выполнимые, однако при анализе отдаленных результатов снижение избыточной массы тела было меньшим и стабилизация массы тела наступала быстрее по сравнению с шунтирующими операциями.

Для анализа хирургического лечения больных с морбидным ожирением нами изучены исходы у всех больных в ближайшие сроки после хирургического вмешательства, прослежена динамика изменения массы тела в ближайшие месяцы после операции, клиническое течение сопутствующих заболеваний и возникновение патологических синдромов. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены в период до 7 лет

путем стационарного и амбулаторного обследований, а также анкетированием у 45 (69,2%) больных. Нами также проводился мониторинг изменений показателей качества жизни (КЖ) пациентов до операции и через год после вмешательства.

Инструментом для оценки КЖ являлся опросник «Исследование медицинских результатов – Короткая форма – 36» (SF-36), который был создан в 1992 году в Boston, США. Данный опросник позволяет оценивать КЖ респондентов с достаточно высокой чувствительностью, является кратким по объему, что делает его применение весьма удобным. Опросник позволяет измерять общее здоровье, то есть те составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп больных с определенными заболеваниями или программами лечения.

В рамках изучения КЖ, связанного со здоровьем, в 1999 г. на базе Российской военно-медицинской академии (г. Санкт-Петербург) был создан Межнациональный центр по изучению качества жизни (МЦИКЖ). В этом центре была создана русскоязычная версия опросника SF-36. Результаты исследований показали высокую согласованность с характеристиками данных исследований качества жизни, проведенных в других странах. Опросник SF-36 признан удобным инструментом в оценке качества жизни в исследованиях, связанных с популяциями с избыточной массой тела и ожирением, признаны его адекватность и применимость у этой категории больных [3,4,8].

В ближайшем послеоперационном периоде наиболее часто отмечались диспептические расстройства, которые отмечены у 22 (33,8%) пациентов. Также хотели бы обратить внимание на большее по сравнению с людьми с нормальным весом количество раневых осложнений, которые отмечены в 6 (8,4%) случаях. После операции погибла одна (1,5%) пациентка от острого нарушения мозгового кровообращения.

В отдаленном периоде, основываясь на данных литературы, хорошим результатом считали потерю массы тела 30% и более, удовлетворительным - 15-30%.

Оценивая динамику изменения показателей избытка массы тела мы отметили, что в течение первого года после ЛНБЖ процент потери избыточной массы тела составил 49,3. Однако необходимо учитывать, что мы осуществляли строгий отбор пациентов для данного вмешательства (ИМТ от 30 до 40 кг/м2, отсутствие осложненного течения ассоциированной с ожирением патологии, возраст пациентов до 50 лет).

После ВГП максимальная потеря массы тела происходила через полтора года после операции и в среднем составила 69±4 кг (34,1%) от исходной. Дальнейшее наблюдение

показало, что после 2-х лет снижения массы тела не наблюдалось, через 3 года масса тела начала увеличиваться на 2-8% от минимальной потери, а к 5 годам после операции потеря массы тела составляла 29,1% от исходной. Наибольшее количество 3 (4,2%) повторных операций также было связано с ВГП. У 2 пациентов отмечена реканализация сообщения между «малым» и «большим» желудками, а у 1 пациента дилатация выходного отдела из «малого» желудка.

Что касается ЖШ, то через три года потеря массы тела составила 43,3% от исходной, а через 5 лет составляла 44,5%, т.е. происходила стабилизация веса без его набора в дальнейшем. После операции ЖШ в течение года осложнений не отмечено, хотя в раннем послеоперационном периоде именно у этих больных отмечалось наиболее тяжелое восстановление.

По динамике потери массы тела операция «рукавной» резекции демонстрирует сходный с шунтирующими операциями результат. Процент потери массы тела от исходной за первые 3 месяца составил 9,8, за последующие 6 месяцев – 22,5, 12 месяцев – 30,1, а за 24 месяца – 35,2. Ввиду того, что «рукавная» резекция сравнительно молода, у большинства авторов, так же как и у нас, нет данных, насколько будут стабильны ее результаты к 5 годам наблюдения. При этом необходимо отметить, что данная операция обладает существенным преимуществом, потому что не нарушает физиологичности пассажа пищи по ЖКТ и при развитии неудовлетворительных результатов легко может быть переведена в один из шунтирующих вариантов.

Оценивая влияние операций на течение сопутствующей патологии, необходимо сказать, что снижение массы тела, происходившее после всех видов вмешательств, примерно одинаково характеризовало изменения в зависимых органах и системах.

Уменьшение массы тела сопровождалось снижением показателей артериального давления. Через 12-18 месяцев после операции у 51 (71,8%) пациента удалось добиться нормализации артериального давления. Проведенный корреляционный анализ зависимости артериальной гипертензии от снижения массы тела после проведенных оперативных вмешательств показал, что имеется высокая теснота связи этих показателей, что говорит о сильной корреляционной зависимости этих факторов ($r = 0,77$, $p<0,01$).

Исследование функции внешнего дыхания свидетельствовало о статистически достоверном (P<0,01) увеличении показателей ЖЕЛ и PaO2. Синдром обструктивного апное сна через 5 лет после операции купировался практически у всех пациентов и выявлялся лишь у 3 (5,5%) больных.

Нами не отмечено статистически достоверных изменений показателей электролитов сыворотки крови у больных, перенесших бариатрические операцию.

Снижение массы тела после бариатрических вмешательств сопровождалось статистически значимыми (p<0,001) улучшениями липидного обмена. На протяжении всего периода наблюдения до 5 лет сохранялись их нормальные значения (ОХС 3,2±1,3, ХС ЛПНП 1,8±0,4, ТГ 0,9 ммоль/л) и дислипидемии не было выявлено ни у одного больного. Также отмечено статистически значимое снижение частоты выявления гипергликемии с потерей массы тела. До операции гипергликемия выявлена у 15,5%, через 6 месяцев – у 11,2% и в среднем составляла 7,2±3,1 ммоль/л, через 12 месяцев – у 5,7% пациентов (5,8±2,6 ммоль/л (p<0,001)) и не повышалась до 5 лет наблюдения. При этом наилучшие результаты достигнуты при выполнении ЖШ. Аналогичные тенденции прослежены и в отношении гликированного гемоглобина HbA1c (исходно до операции он составлял 7,8±1,7%, через 5 лет 5,1±0,9). Отмечено достоверное (p<0,001) улучшение чувствительности к эндогенному инсулину уже через 6 месяцев после операции (снижение индекса HOMA-R от 6,9 до операции до 1,1 к пятому году после нее).

Что касается общехирургических осложнений, то в отдаленный период основным из них явилось развитие в течение первого года послеоперационных вентральных грыж у 4 (6,3%) человек.

При рассмотрении КЧ пациентов после бариатрических вмешательств результаты представлялись в виде оценок в баллах по всем шкалам в диапазоне от 0 до 100, где более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Подсчитаны средние показатели и стандартные отклонения параметров КЖ у всех 63 пациентов до начала лечения и у 57 пациентов непосредственно через год после операции. Как видно из представленных данных (табл. 3), после проведенного вмешательства показатели качества жизни меняются в положительную сторону практически у всех пациентов. Установлена более высокая

физическая активность пациентов. Высоким был показатель RP после лечения, свидетельствующий о снижении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности больного (p<0,05). Повысился уровень социальной активности – эмоциональная и физическая способность к общению с представителями общей популяции. Показатели общего восприятия здоровья и эмоциональной способности заниматься профессиональной работой после проведенного лечения колебались в пределах 68,2±5,01 и 79,1±5,89 балла соответственно, что было выше, чем до лечения и различия были статистически значимыми.

Таблица 2

Изменения показателей качества жизни у больных до и после оперативного лечения спустя 1 год

Показатели	До лечения (в баллах)	Через 6 месяцев после лечения
Физическое функционирование	61,3 ±1,01	75,1±2,84
Ролевое (физическое) функционирование	62,5±4,01	74,8±5,75
Боль	60,1±4,10	62,7±3,40
Общее здоровье	57,2±3,03	68,2±1,01
Жизнеспособность	45,1±2,20	54,3±6,19
Социальное функционирование	63,8±3,80	79,1±3,89
Эмоциональное функционирование	73,5±4,17	75,3±7,50
Психологическое здоровье	71,3±1,80	72,2±6,30

Таким образом, достигаемое снижение массы тела в результате проведенных инвазивных вмешательств, коррекция сопутствующих нарушений в зависимых органах и системах, нормализация показателей обменных процессов позволяют считать выбранные методы вмешательств эффективными, а полученные результаты хорошими. При выборе вида оперативного вмешательства следует руководствоваться показателями ИМТ больного, а также выраженностью метаболических нарушений. Наиболее эффективными операциями по снижению веса являются шунтирующие операции, однако обязательным считаем процесс предварительного общения с пациентом для строго индивидуального выбора вмешательства.

Оценка параметров КЖ больных свидетельствует, что после бариатрических вмешательств положительные изменения в большей мере касаются физических показателей КЖ – физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, общее здоровье. В то же время изменение показателей психического здоровья – жизнеспособность,

социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье – не было статистически достоверным. Кроме проводимого хирургического лечения существенное значение в достижении стабилизации психоэмоциональной сферы пациентов имеют мультидисциплинарный подход и более длительная психологическая помощь с применением психотерапевтических методик. Необходимо подчеркнуть, что хирургический метод лечения больных с морбидным ожирением единственный. Он позволяет вернуть человека к полноценной жизни, снизить инвалидность, а также избавить больного от физических, косметических и психических неудобств, обусловленных ожирением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Е.Н., Дедов И.И. Ожирение : этиология, патогенез, клинические аспекты: рук. для врачей. – М.: Мед. информ. агентство, 2006.

2. Бессесен, Д. Избыточный вес и ожирение / Д. Бессесен, Р. Кушер. - М.: Медицина, 2004. - С. 15-17.

3. Галимов, О.В. Миниинвазивные оперативные вмешательства в лечении сопутствующих заболеваний у пациентов при ожирении /О.В. Галимов, В.О.Ханов //Клиническая хирургия. – 2010. –№8. – С 9-10.

4. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в практике: пособие для врачей и психологов/ под ред.М.М. Кабанова. – СПб., 1998. –53 с.

5. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие/под ред. Ю. Л.Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МВД, 2004.

6. Яшков, ЮМ. Современный этап развития хирургии ожирения // Врач. –2000. –№ 6. – С. 25-27.

7. Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E., Jensen M.D., Pories W, Fahrbach K., Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis // JAMA. - 2004. - 14. 292. - p. 1724-37.

8. Doll H.A., Petersen S.E., Stewart-Brown S.L. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire // Obes Res. - 2000. - 2. 8. - p. 160-70.

9. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). — Geneva: WHO.

УДК 615.248-036.65:615.036.2
© Е.С. Галимова, 2013

Е.С. ГАЛИМОВА

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. *Изучены показатели качества жизни у 41 больного бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течений, поступившего на стационарное лечение в связи с обострением заболевания. Анкетирование проводилось с помощью специальных вопросников AQLQ и SGRQ на 2 – 3-й дни госпитализации и после проведенного лечения. Выявлено значительное снижение показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой в период обострения заболевания. После проведенного лечения показатели качества жизни существенно возросли. В конце госпитализации наблюдается обратная корреляционная связь между длительностью заболевания и шкалами качества жизни. Помимо уменьшения симптомов заболевания и положительной динамики показателей функции легких достижение ремиссии бронхиальной астмы сопровождается значительным улучшением качества жизни пациентов.*

Ключевые слова: *бронхиальная астма, качество жизни.*

E.S. Galimova

QUALITY OF LIFE STUDY IN PATIENTS WITH ASTHMA DURING INFLAMMATION

Bashkir State Medical University

Abstract. *Aiming to estimate quality of life scales in 41 patients with mild and severe asthma hospitalized for exacerbation period. Specialized questionnaires (AQLQ, SGRQ) were used to evaluate life quality. All patients with asthma during exacerbation had lover values of life scales then healthy. After treatment, in 15-25 days, means of scales were higher, but values of physical and psychological heals were lower than in mild asthma. Duration of diseases effected on quality of life values during period of remission. The study revealed that asthma control lead not only to improvement of clinical symptoms and positive changes in the respiratory function, but to significant increase of life quality as well.*

Keywords: *bronchial asthma, life quality*

Бронхиальная астма (БА) одно из наиболее тяжелых заболеваний системы органов дыхания. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получивших в последние годы широкое распространение, является качество жизни [1,2,3,5].

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента. БА как хроническое заболевание, склонное к прогрессированию и протекающее с обострениями, оказывает негативное воздействие на все стороны жизни больного[4,6]. Для более эффективного взаимодействия врача и пациента необходимо знание тех сфер жизнедеятельности человека, которые более всего страдают в связи с этим заболеванием.

Цель исследования – изучить качество жизни больных с обострением бронхиальной астмы среднетяжелого течения и его динамику на стационарном этапе лечения.

Материал и методы. В исследование был включен 41 больной БА (33 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 36 до 70 лет, поступивший на стационарное лечение в аллергологическое отделение ГКБ №21 г.Уфы в связи с обострением заболевания. Все пациенты страдали бронхиальной астмой среднетяжелого течения (БАСТ). В исследуемой группе 12 пациентов страдали аллергической формой БА, 8 – смешанной и 21 – неаллергической формой БА. Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть заболевания выставлялись в соответствии с рекомендациями «Глобальной стратегии по бронхиальной астме»(GINA 2008). На поликлиническом этапе большинство пациентов (70%) получали базисную терапию: 19 пациентов (47%) - ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), 9 (23%) - комбинированную терапию (ИКГС + b2-агонисты длительного действия). Продолжительность обострения у большинства больных составляла более суток.

Контрольную группу составили 42 практически здоровых респондента в возрасте 36-70 лет (34 женщины, 8 мужчин), средний возраст – 44,9 года.

При госпитализации у пациентов отмечались приступы удушья, кашель, свистящее дыхание, снижение или отсутствие эффекта от ингаляционных (b2- агонистов короткого действия), ограничение физической активности, частые ночные симптомы БА, снижение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с суточными колебаниями более 30%. Обследование больных БА проводилось в соответствии с принципами GINA и «Стандартами оказания медицинской помощи больным БА», предусматривающими проведение клинического

обследования, спирографии, пикфлоуметрии, электрокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки. Во время пребывания в стационаре пациенты получали комплексное лечение, включавшее ингаляционные глюкокортикостероиды (ИКГС), небулайзерную терапию (ингаляции с беротеком или бородуалом), пролонгированные теофиллины, при необходимости - системные глюкокортикостероиды.

Пациенты заполняли специальные вопросники по КЖ - «Респираторную анкету»(SGRQ) и «Asthma Quality of Life Questionnaire» (AQLQ) на 2 - 3-й дни госпитализации (после уменьшения симптомов дыхательной недостаточности) и на 15- 25-й дни госпитализации (после проведенного лечения).

Вопросник AQLQ, разработанный профессором E. Juniper (Канада, 1992) специально для больных БА, содержит 32 вопроса, сгруппированные в 4 раздела (симптомы астмы, активность, окружающая среда, эмоции), обладает высокой чувствительностью и может применяться для оценки КЖ при обострении заболевания, а также контроля эффективности проводимого лечения. Ответы на вопросы оцениваются в баллах по шкале Ликерта от 1 (максимальное негативное влияние симптомов БА на КЖ) до 7 (отсутствие негативного влияния БА на КЖ пациента). Наименьшим клинически значимым изменением является 0,5 балла.

Вопросник SGRQ состоит из 76 вопросов. Первая часть «Симптомы» состоит из 8 вопросов, ответы на которые позволяют оценить выраженность кашля, одышки, свистящего дыхания, частоты и продолжительности обострений, происходивших в течение последнего года. Вторая часть «Ограничение активности» позволяет оценить степень ограничения физической активности, обусловленную симптомами заболевания. Третья часть «Влияние» измеряет психосоциальные последствия бронхиальной астмы. Домен «Общее качество жизни» отражает общее негативное влияние заболевания на здоровье. Оценка каждого показателя после перекодировки «сырых баллов» производится по 100-балльной шкале, при этом, чем выше балл, тем более негативное влияние оказывает болезнь на КЖ пациента. Минимальным клинически значимым различием считается изменение любого показателя не менее чем на 4 балла.

Результаты и обсуждение. У пациентов с БАСТ при поступлении в стационар наблюдались ежедневные симптомы астмы, ограничивающие активность и нарушающие сон. Число ночных пробуждений в среднем составило 1,37 раза за ночь. Потребность в приеме b_2-агонистов короткого действия у 34 пациентов была 5,7 ± 2,0 ингаляций в сутки, у 6 человек она превышала 12 ингаляций в сутки (в среднем 14,5 ± 3,1), что сопровождалось клиническими признаками передозировки адреномиметиков: подъемом артериального

давления, тремором, тахикардией, экстрасистолией. Отмечалось снижение ОФВ| (57,0 ± 12,2% должной), ПСВ (54,2 ± 15,6% должной) с суточными колебаниями более 30%.

Исследование КЖ при помощи вопросника AQLQ выявило низкие исходные значения всех шкал КЖ . Пациенты отмечали ограничения в своей повседневной деятельности (значение шкалы «активность» составило 2,93±0,2 балла); страдали от симптомов болезни (2,29 ± 0,16 балла); испытывали стресс вследствие удушья, приступов затрудненного дыхания, одышки, кашля (шкала «эмоции» - 2,67 ± 0,23 балла); тяжело переносили негативное влияние факторов окружающей среды (3,73 ± 0,35 балла). Результаты ответов на респираторную анкету SGRQ также показали низкие исходные значения всех доменов КЖ .

Больным БАСТ в течение 15 - 25 дней проводилось комплексное лечение, включавшее применение ИГКС, небулайзерную терапию с растворами бронхолитиков, пролонгированные теофиллины. По показаниям при затяжных приступах удушья больным в первые дни назначались системные глюкокортикостероиды внутривенно капельно или перорально; проводилась оксигенотерапия. В результате лечения у пациентов с БАСТ отмечены улучшение общего самочувствия, уменьшение симптомов БА, снижение потребности в b_2- агонистах короткого действия до 0,72 ингаляций в сутки, числа ночных пробуждений до 1,12 раза в неделю. ОФВ1 к концу госпитализации составил 86,2 ± 6,9%, ПСВ - 81,5 ± 12,4% должной. Анализ результатов исследования КЖ после лечения с помощью вопросника AQLQ свидетельствует о значительном улучшении показателей КЖ у больных БАСТ . Одновременно со снижением выраженности симптомов заболевания (шкала «симптомы» изменилась с 2,29±0,16 до лечения до 4,52±0,26 балла после лечения; $p<0,001$) возросли показатели физической активности (соответственно 2,93±0,2 и 5,17±0,24 балла; $p<0,001$). У пациентов повысилось настроение, уменьшились озабоченность по поводу болезни, тревога из-за приступов удушья, опасение остаться без необходимых лекарств (шкала «эмоции» возросла с 2,67±0,23 до лечения до 4,59±0,21 балла после лечения; $p<0,001$); уменьшилось влияние негативных факторов окружающей среды (табачного дыма, пыли, резких запахов, средств парфюмерии, неблагоприятных метеорологических условий) – шкала «окружающая среда» составила в группе БАСТ после лечения 5,36±0,3 балла (до лечения – 3,48±54; $p<0,001$).

По данным вопросника SGRQ также была отмечена существенная положительная динамика КЖ у больных БА среднетяжелого течения. Активность больных под влиянием лечения возросла более чем в 2 раза (шкала «симптомы» изменилась с 84,77±5,12 до лечения до 35,84±3,8 балла после лечения; $p<0,001$). Если изначально заболевание легких считали самой большой проблемой в жизни 48% больных БАСТ, то после проведенного лечения -

только 5%, а 43% респондентов отметили, что заболевание легких вызывает у них мало проблем. Легочное заболевание до лечения мешало активной деятельности у 90% больных, а после лечения – 48%. В результате проведенного лечения значительно уменьшились психосоциальные последствия БА: если до лечения шкала «влияние» составляла 80,18±4,83 балла, то после лечения - 20,98±77; p<0,001 (в вопроснике SGRQ, в отличие от AQLQ, чем выше значения шкалы КЖ, тем хуже КЖ). При ответах на вопросы, касающиеся влияния болезни на повседневную жизнь, 86% пациентов при поступлении в стационар отметили, что их беспокоит кашель и затрудненное дыхание в общественных местах, 91% указали, что проблемы с дыханием мешают членам семьи, 81% – легочное заболевание их сильно ослабило. После лечения эти проблемы оставались соответственно у 19% , 14% и 14% больных БАСТ. До лечения 71% больных утверждали, что пугаются или впадают в панику, если ощущают неспособность справиться с затруднением дыхания, 81% – не справляются со своим заболеванием. После лечения все больные преодолели эти проблемы. При ответе на вопросы, касающиеся медицинского обслуживания, до начала лечения 86% пациентов полагали, что лекарства им не очень помогают, после лечения – только 5%. Две трети больных с обострением БА (67%) стеснялись принимать лекарства в общественных местах, после лечения такой ответ был дан только в 29% случаев. Считали, что лекарства вызывают неприятные побочные эффекты 71% пациентов, после лечения с этим согласились лишь 14% больных. 76% пациентов воспринимали прием лекарств как серьезную жизненную обузу, тогда как после лечения – только 29%. После проведенной терапии существенно возросли не только психологические и социальные возможности больных, но и их физическая активность. Так, если до лечения 91% пациентов с БАСТ беспокоило то, что они передвигались медленнее других людей или останавливались для отдыха, а 95% больных затрачивали на домашнюю работу больше времени, то после лечения эти проблемы беспокоили 33% и 14% больных соответственно. До лечения все больные БАСТ ответили, что затрудненное дыхание мешает им подниматься по лестнице с вещами, заниматься работой в саду, ходить за продуктами, тогда как после лечения эти жалобы предъявили только 44% больных. Общая оценка качества жизни до лечения составила 80,64±3,94 балла, после лечения – 34,26±3,6 (p<0,001). Таким образом, в группе больных бронхиальной астмой среднетяжелого течения отмечена положительная динамика не только клинико-функциональных данных, но и всех показателей качества жизни.

При сравнении показателей КЖ между группами с различной длительностью заболевания с помощью вопросника AQLQ в группе БАСТ до лечения достоверные различия отмечены между группами больных БАСТ с продолжительностью болезни до года и более 10

лет по шкале «эмоции» (соответственно 2,4±0,4 балла и 3,02±0,3; p<0,05). Пациенты, страдающие астмой менее года, испытывали больший стресс в связи с обострением заболевания, но в конце лечения справились с этой проблемой. После проведенного лечения были выявлены различия в показателях физической активности между группами БАСТ с длительностью заболевания меньше года и от года до 10 лет (5,6±0,5 балла и 4,98±0,4; p<0,05). Выраженность симптомов заболевания больше снизилась в группе пациентов с БАСТ с длительностью заболевания меньше года по сравнению с группами от года до 10 лет и свыше 10 лет.

Были выявлены различия значений шкалы «симптомы» между группой больных БАСТ до лечения со стажем заболевания менее года и группами пациентов с БАСТ с продолжительностью болезни от года до 10 лет и свыше 10 лет (вопросник SGRQ). После проведенного лечения выявлены различия между группой пациентов с БАСТ с длительностью заболевания до года и группами больных БАСТ, страдающих болезнью от года до 10 лет и свыше 10 лет по шкалам «активность», «влияние», «общее качество жизни». При исследовании корреляции шкал КЖ и ПСВ в группе больных БА среднетяжелого течения до лечения по вопроснику AQLQ отмечена прямая корреляционная зависимость для шкалы «активность» (r=0,4; p<0,01); после лечения – для шкал «симптомы» (r=0,44; p=0,004), «окружающий мир» (r=0,33; p=0,04).

Анализ корреляционных связей между ПСВ и доменами респираторной анкеты SGRQ в группе БАСТ до лечения выявил обратную корреляционную зависимость для шкал «влияние» (r=-0,32; p=0,04) и «общее качество жизни» (r=-0,34; p=0,03); после проведенного лечения – для шкал «симптомы» (r=-0,32; p=0,04) и «активность» (r=-0,36; p=0,02).

Применение двух специальных вопросников – AQLQ и SGRQ у пациентов с обострением бронхиальной астмы дает возможность представить подробную характеристику шкал КЖ.

Таким образом, результаты исследования показали, что специальные вопросники AQLQ и SGRQ являются чувствительными инструментами исследования КЖ, позволяющими оценить (наряду с клиническими и функциональными показателями) эффективность лечения у пациентов с обострением бронхиальной астмы.

Выводы:

1. Специальные вопросники AQLQ и SGRQ позволяют оценить КЖ у больных с обострением бронхиальной астмы в процессе стационарного лечения и являются чувствительными инструментами для оценки проведенного лечения.

2. Выявлено значительное снижение показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой среднетяжелой формы в период обострения заболевания.

3. Комплексное стационарное лечение пациентов с бронхиальной астмой среднетяжелого , наряду с улучшением клинико- функциональных показателей, приводит к достоверному повышению физической активности, уменьшению симптомов и психосоциальных проявлений заболевания.

4. В период обострения заболевания показатели качества жизни были низкими независимо от длительности заболевания, кроме шкалы «симптомы» (SGRQ). В конце госпитализации наблюдается усиление обратной корреляционной связи между длительностью заболевания и доменами качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долинина, Л.Ю. Качество жизни больных бронхиальной астмой и его динамика на фоне терапии комплексными гомеопатическими препаратами / Л.Ю. Долинина, О.А. Суховская, В.И. Трофимов // Болезни органов дыхания. – 2008. –№1. – С.46-52.
2. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Издательство «Атмосфера», 2004. – 256 с.
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.Н. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева», М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320с.
4. 4. Суховская, О.А. Сравнительное исследование качества жизни здоровых и больных бронхиальной астмой / О.А. Суховская, И.А. Гобенко // Исследования качества жизни в медицине. – СПб., 2000. – С. 131-133.
5. Чучалин, А.Г. Респираторная медицина: руководство в 2-х т. / А.Г. Чучалин. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007.
6. Thwaites R.M., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов // Пульмонология, – 1998. – №3. – С. 19-23.

УДК 616.12-07

© Б.И. Загидуллин, Р.Р. Хафизов, Н.Ш. Загидуллин, И.А. Нагаев, В.В. Плечев, Ш.З. Загидуллин, 2013

Б.И. ЗАГИДУЛЛИН, Р.Р. ХАФИЗОВ, Н.Ш. ЗАГИДУЛЛИН, И.А. НАГАЕВ, В.В. ПЛЕЧЕВ, Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН

КАРТИРОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛОВ СЕРДЦА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОДНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет” Минздрава России

Резюме. *Картирование поверхности сердца (КПС) остается одним из эффективных дополнительных методов диагностики ишемической болезни сердца (ИБС). С помощью КПС в 90 отведениях на всей поверхности грудной клетки было обследовано 43 больных с однососудистым поражением коронарных артерий: передней межжелудочковой, огибающей и правой коронарной артерий и 47 человек контрольной группы. При исследовании всей поверхности сердца, и в особенности в проекции кровоснабжения пораженной коронарной артерии наблюдается снижение суммарных показателей сегмента ST (ΣST, Σ-ST, Σ+ST) и зубца T (ΣT, Σ-T, Σ+T). Кроме того, установлены следующие отрицательные корреляционные зависимости: у больных без перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) – между процентом стеноза коронарной артерии и показателем ΣT (r=-0,67, p<0,01), с перенесенным non-Q ИМ - между ΣR и процентом стеноза артерий (r=-0,73, p<0,05), с перенесенным Q-ИМ – между ΣQ и индексом нарушения локальной сократимости (r=-0,67, p<0,05). С помощью ROC-анализа были установлены критерии разделения для определения стеноза соответствующей артерии: для ПМЖА – ΣST (чувствительность 96,9%, специфичность 65,5%), для ОА – ΣT и Σ-T (85,7% и 86,25%) и для ПКА – ΣT и Σ-T (75% и 100%). Таким образом, КПС является эффективным дополнительным методом диагностики ИБС у больных с однососудистым поражением коронарных артерий.*

Ключевые слова: *картирование поверхности сердца, однососудистый стеноз коронарных артерий.*

Zagidullin B.I., Haphyzov R.R., Zagidullin N.Sh., Nagaev A.R., Plechev V.V., Zagidullin Sh.Z.

BODY SURFACE POTENTIAL MAPPING IN THE DIAGNOSTICS OF ONE VESSEL CORONARY ARTERY STENOSIS

Bashkir State Medical University

Abstract. *Body surface potentials mapping (BSPM) is one of the effective additional methods of ischemic heart disease diagnostics. BSPM in 90 electrodes in the whole chest surface was performed in 43 patients with stenosis of interventricular artery (n=33), artery circumflexus (n=6) and right coronary artery (n=4) and 47 persons in the control group. In the projection of coronary artery on the body surface the decrease of segment ST (ΣST, Σ-ST, Σ+ST) and T wave (ΣT, Σ-T, Σ+T) were determined. The following negative correlations were also defined: in the patients without myocardial infarction (MI) between the percent of stenosis and ΣT (r=-0,67, p<0,01); in the patients with MI between ΣR and percent of artery stenosis (r=-0,73, p<0,05) and in the patients with Q-MI between ΣQ and the index of local contractility (r=-0,67, p<0,05). Thus, BSPM is effective additional method of CHD diagnostics in the single artery stenos.*

Keywords: *body potentials mapping, single coronary artery stenosis.*

В России, как и в большинстве индустриально развитых стран, заболевания сердечно-сосудистой системы, в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС), занимают ведущее место среди причин инвалидизации и смертности населения [1,2], и из всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на ишемическую болезнь сердца приходится 53% смертей [3].

Наиболее распространенным методом диагностики ишемии миокарда до настоящего времени остается электрокардиография. Между тем возможности общепринятых ЭКГ-методик в выявлении локальных ишемических процессов в сердечной мышце, характерных для ИБС, не превышают 75-79% [4]. Электрокардиографическая информация, полученная с помощью стандартной 12-канальной ЭКГ, может быть расширена при помощи кардиограммы с большим количеством отведений, т.е. поверхностного многоканального ЭКГ-картирования [5, 6, 7, 8]. Установлено, что методика картирования поверхности сердца (КПС) обеспечивает более высокую чувствительность к локальным изменениям миокарда, проецирующимся вне области регистрации стандартных грудных отведений [9, 10]. Исходя из интересов практической кардиологии, особое значение, по нашему мнению, представляет поиск критериев диагностики ИБС у больных методом КПС. Кроме того, представляется

важным определить взаимосвязь данных эхокардиографии, коронарографии и электрических потенциалов сердца.

Цель исследования. Оптимизация диагностики ишемической болезни сердца у больных с однососудистым поражением коронарных сосудов по данным картирования поверхности сердца.

Материал и методы

Обследовано 90 больных ишемической болезнью сердца, проходивших обследование в Республиканском кардиологическом диспансере г.Уфы. Все обследованные были разделены на две группы. Первую группу составили больные, у которых по данным селективной коронарографии определялось изолированное гемодинамически значимое поражение одной из трех основных артерий: передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) – 33 человек, огибающей артерии (ОА) – 6 человек, передней коронарной артерии (ПКА) – 4 человека – или их крупных ветвей (средний возраст больных составил 53,7±8,1 года, все мужского пола). В эту группу не вошли больные с поражением ствола левой коронарной артерии. Во вторую (контрольную) группу вошли 47 человек (средний возраст 51,7 ±7,1 года), у которых при тщательном клиническом, лабораторном, рентгенологическом, эхокардиографическом и электрокардиографическом обследованиях признаков сердечно-сосудистой системы найдено не было. Для характеристики степени поражения миокарда при эхокардиографии был выбран индекс локальной сократимости левого желудочка (ИНЛС), а при коронарографии подсчитывался процент стеноза коронарной артерии и индекс суммарного поражения коронарных артерий («jeopardy score», JS).

Для КПС использовался диагностический комплекс "КАД-03" ("ДНК и К" г. Тверь), который обеспечивает регистрацию 90 монополярных грудных отведений. КПС проводилось с помощью 18 монополярных отведений, окружающих поверхность грудной клетки по 5 горизонтальным уровням, на каждом из которых фиксировали 9 отведений с передней и 9 – с задней поверхностей грудной клетки (рис. 1). Первый пояс располагался на уровне второго межреберья (плечевых суставов), II – на уровне третьего межреберья (подмышечных впадин), III – на уровне четвертого межреберья по среднеключичным линиям, IV – на уровне мечевидного отростка, V – на середине расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком.

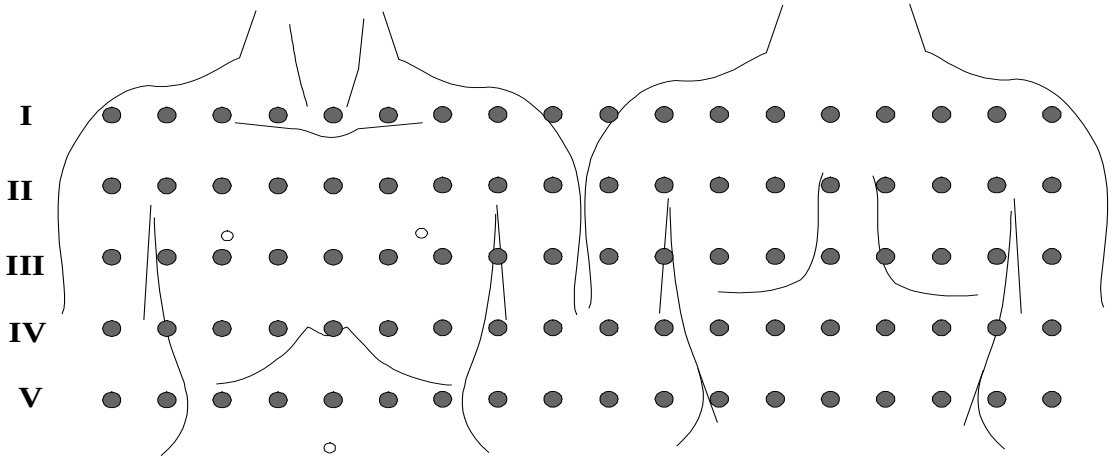

Рис.1. Схема расположения 90 электродов при картировании поверхности сердца

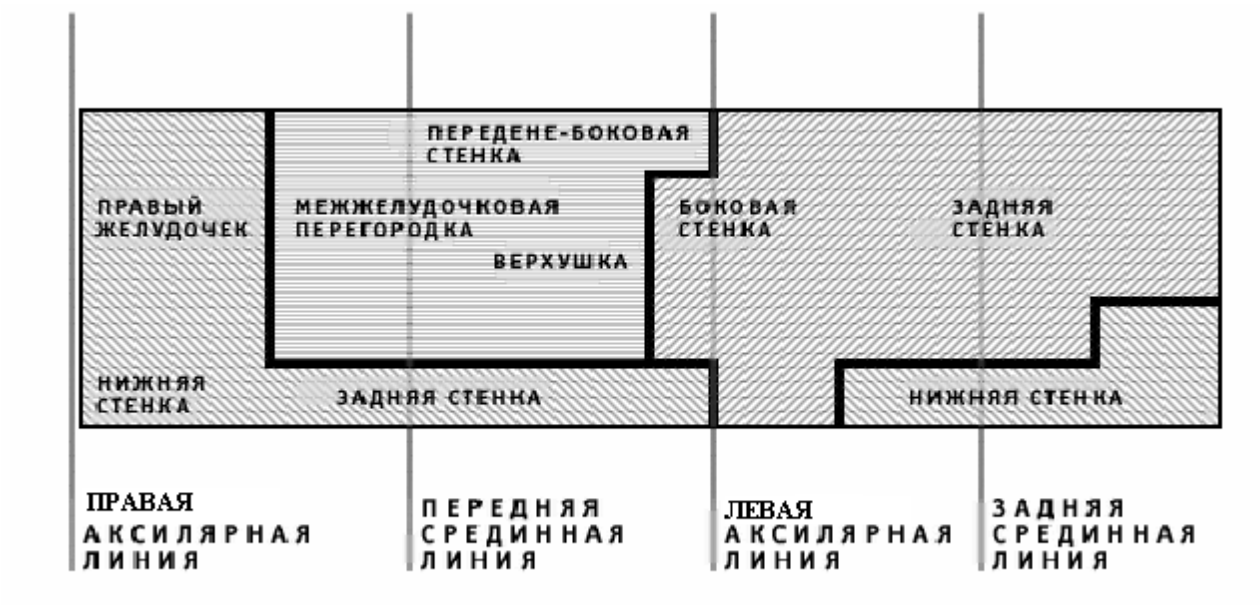

Рис.2. Схема проекции кровоснабжения коронарными сосудами на поверхности тела: горизонтальная штриховка – передняя межжелудочковая артерия, диагональная сверху вниз – правая коронарная артерия, диагональная снизу вверх – правая коронарная артерия

Оцифрованные в виде текстового файла ЭКГ во всех 90 отведениях переносились для дальнейшей обработки в программу Microsoft Excel. Для всех групп проводилось построение карт зубцов Q, R, S, ST, -ST, +ST, T, -T, +T и вычислялись следующие параметры: ΣQ, ΣR, ΣS, ΣST, Σ-ST, Σ+ST, ΣT, Σ-T, Σ+T, где ∑(..) – сумма амплитуд (в миллиметрах) всех электродов для определенного зубца или сегмента,. Также подсчитывались аналогичные суммы в каждой области на поверхности тела, кровоснабжаемой одной из трех основных коронарных артерий – передней межжелудочковой артерией (ПМЖА), огибающей артерией (ОА), правой коронарной артерией (ПКА) – в соответствии со схемой кровоснабжения зон миокарда [11] (рис. 2).

При статистическом анализе использовались критерий Стьюдента для непрерывных переменных, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, ROC (Receiver Operating Characteristics) – анализ с вычислением площади зоны под ROC кривой с помощью стандартных статистических пакетов.

Результаты и обсуждение

При изучении основных показателей КПС по результатам анализа картограмм в сопоставлении с данными коронарографии у больных с однососудистым поражением коронарных сосудов в целом и в подгруппах с поражением одной из трех основных коронарных артерий (табл. 1) отмечены следующие общие изменения:

1. Увеличение суммарных показателей зубца Q и снижение суммарных значений зубца R, что, по данным ряда авторов [11, 12, 13], может свидетельствовать о рубцово-дистрофических изменениях в миокарде.

2. Изменения со стороны сегмента ST и зубца T, которые имеют важное значение в диагностике ИБС, наблюдались во всех подгруппах обследования.

Таблица 1

Показатели КПС при однососудистом поражении коронарных артерий в сравнении с контрольной группой

Показатели	Контрольная группа	Группа с однососудистым поражением	Группа с поражением ПМЖА	Группа с поражением ОА	Группа с поражением ПКА
Σ Q	-70,1±28,3	-106,9±55,7**	-109,5 ±59,7***	-111,9±50,4*	-77,5±15,6
Σ R	332,3±118,2	280,9±86,9*	275,4±95,3*	303±64,7	286,9±42,3
Σ S	-239,3±60,5	-244,5±54,7	-254±48,4	-234±68,9	-187,2±50,4
Σ ST	14,6±9,7	8,4±8,4**	8,8±8,5**	6,2±10,6	8,4±3,5*
Σ –ST	-11,4±3,5	-11,6±4,5	-10,9±4,5	-15,6±3,3**	-10,4±3,6
Σ +ST	25,9±10,6	20±8,1**	19,7±8,1**	21,7±9,7	18,8±6,2
Σ T	43,5±23,1	26,9±26,9**	23,4±20,7***	49±45,3	16,5±14,2*
Σ –T	-32±14,9	-32,1±14,7	-29,4±13,1	-36,4±13,1	-46,1±22,8
Σ +T	75,5±27,3	59±30,7*	52,8±25***	85,4±44,7	62,5±26,3

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – параметры исследуемой группы и критерий Стьюдента в сравнении с контрольной группой

При анализе данных КПС в изолированных областях кровоснабжения трех основных коронарных артерий (рис.2) установлены те же общие закономерности, что и при

исследовании 90 отведений с поверхности грудной клетки, но при сравнении с данными контрольной группы ишемические изменения были более выражены. Показано, что во всех подгруппах отмечается статистически значимое увеличение суммарных значений отрицательных отклонений сегмента ST, что отражает субэнодокардиальную ишемию над зоной пораженной артерии [14, 15] и увеличение суммарных значений отрицательных зубцов T как следствие нарушения биохимических и электрических процессов в миокарде при ИБС [16].

При изучении параметров ΣST, Σ –ST, Σ +ST, ΣT, Σ –T, Σ +T как показателей, имеющих наибольшую степень достоверности различий с показателями контрольной группы, с помощью ROC-анализа были определены оптимальные точки разделения для каждой области поражения коронарных сосудов, позволяющие с достаточно высокой чувствительностью и специфичностью верифицировать ишемические изменения в миокарде. Для поражения ПМЖА наиболее диагностически ценными точками разделения были отмечены для показателей ΣST, Σ –ST, Σ +ST, ΣT, Σ +T (площадь под ROC-кривой от 0,7 до 0,9) (табл. 2). Для поражения ОА оптимальные точки разделения, представляющие диагностическую ценность, наблюдались по параметрам Σ –ST, ΣT, Σ –T, Σ +T (площадь под ROC-кривой от 0,7 до 0,9) (табл. 3). При поражении ПКА наиболее диагностически ценные точки разделения были получены для показателей Σ –ST, Σ +ST, ΣT, Σ –T (площадь под ROC-кривой от 0,7 до 0,9) (табл. 4). Нами были выбраны оптимальные точки разделения для каждой из артерий: для ПМЖА – это ΣST (чувствительность 96,9%, специфичность 65,5%), для ОА – ΣT и Σ-T (85,7% и 86,25% соответственно) и для ПКА – ΣT и Σ-T (75% и 100% соответственно). Использование данных точек разделения может увеличить эффективность диагностики заболеваний в зависимости от поражения соответствующей артерии.

Таблица 2

Показатели ROC-анализа для больных ИБС с поражением передней межжелудочковой артерии

Показатели	Оптимальная точка разделения	Чувствительность	Специфич-ность	Площадь под ROC - кривой	95% доверитель-ный интервал
Σ ST	13,2	96,9%	65,5%	0,830±0,054	0,772 – 0,914
Σ –ST	-4	68,7%	93,1%	0,852±0,051	0,738 – 0,930
Σ +ST	17	93,7%	62,1%	0,742±0,064	0,614 – 0,845
Σ T	31,3	68,7%	86,2%	0,749±0,059	0,671 – 0,886
Σ –T	-5,2	84,4%	34,5%	0,558±0,074	0,425 – 0,685
Σ +T	48,6	81,2%	65,5%	0,788±0,059	0,665 – 0,882

Для определения корреляционных взаимосвязей данных электрокардиотопограммы, коронарографии и эхокардиографии группа больных с однососудистым поражением коронарных артерий была разделена на три подгруппы: без перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, с перенесенным non-Q ИМ и с перенесенным Q ИМ. В первой подгруппе статистически значимые корреляции были получены при сравнении суммарных значений зубца Т и процента стеноза коронарной артерии (r=-0,67, p<0,01) между суммарными значениями отклонений сегмента ST и ИНЛС миокарда (r=0,63, p<0,05). В подгруппе больных с перенесенным ранее non-Q ИМ установлены достоверные корреляционные связи между суммарными значениями зубца R и сегмента ST с процентом стеноза артерии (r=-0,73, p<0,05 и r=-0,74, p<0,05 соответственно). В подгруппе больных с перенесенным Q ИМ выявлена статистически значимая корреляция между суммарными значениями зубца Q и индексом нарушения локальной сократимости (r=-0,67, p<0,05).

Таблица 3

Показатели ROC-анализа для больных ИБС с поражением огибающей артерии

Показатели	Оптимальная точка разделения	Чувствительность	Специфич-ность	Площадь под ROC- кривой	95% доверитель-ный интервал
Σ ST	6,4	42,9%	100%	0,502±0,123	0,332 – 0,673
Σ –ST	-8,8	85,7%	62,1%	0,783±0,085	0,615 – 0,902
Σ +ST	4,5	85,7%	51,7%	0,650±0,123	0,474 – 0,801
Σ T	6,4	85,7%	86,2%	0,862±0,065	0,706 – 0,953
Σ –T	-19	85,7%	86,2%	0,850±0,068	0,691 – 0,946
Σ +T	26,8	85,7%	62,1%	0,717±0,098	0,542 – 0,854

Таблица 4

Показатели ROC – анализа для больных ИБС с поражением правой коронарной артерии

Показатели	Оптимальная точка разделения	Чувствительность	Специфич-ность	Площадь под ROC - кривой	95% доверитель-ный интервал
Σ ST	5,1	100%	24,1%	0,586±0,147	0,402 – 0,754
Σ –ST	-7,5	75%	96,6%	0,914±0,056	0,763 – 0,982
Σ +ST	7,9	75%	69%	0,746±0,149	0,546 – 0,880
Σ T	-33,9	75%	100%	0,746±0,108	0,588 – 0,896
Σ –T	-41,3	75%	100%	0,750±0,113	0,569 – 0,883
Σ +T	2,6	25%	96,6%	0,552±0,154	0,341 – 0,698

В группе больных без перенесенного в анамнезе ИМ определены корреляционные зависимости между ИНЛС и суммарными значениями сегмента ST и суммарными

показателями положительных значений сегмента ST (r= -0,78, p<0,01 и r= -0,68, p<0,05 соответственно), а также между индексом локальной сократимости (ИНЛС) и оценкой суммарного поражения коронарных артерий («jeopardy score», JS) и суммарными значениями сегмента ST (r= -0,81, p<0,01). В группе больных с перенесенным non-Q ИМ выявлена корреляционная зависимость между интегрированным показателем JS и суммарными отрицательными значениями зубца T (r=0,60, p<0,01). У больных с перенесенным Q – ИМ определены корреляционные зависимости между ИНЛС и суммарными положительными и отрицательными значениями сегмента ST (r= -0,36, p<0,05 и r= 0,37, p<0,05 соответственно). В каждой подгруппе больных отмечены положительные корреляционные зависимости между интегрированными показателями JS и ИНЛС, что находит отражение в работах ряда авторов [12], в которых наблюдалась коррелятивная зависимость между числом пораженных артерий и показателями сократительной функции миокарда. В первой группе больных корреляционная связь составила r=0,82 (p<0,01), во второй – r=0,80 (p<0,001), в третьей – r=0,47 (p<0,01).

Таким образом, при анализе данных поверхностной электрокардиотопографии в изолированных областях кровоснабжения трех основных коронарных артерий установлены те же общие закономерности, что и при исследовании 90 отведений со всей поверхности грудной клетки, но при сравнении с данными контрольной группы ишемические изменения были более выражены. Показано, что во всех подгруппах отмечается статистически значимое увеличение суммарных значений отрицательных отклонений сегмента ST, что отражает субэнодокардиальную ишемию над зоной пораженной артерии [13, 14] и увеличение суммарных значений отрицательных зубцов T как следствие нарушения биохимических и электрических процессов в миокарде при ИБС [15].

С помощью ROC-анализа нами были изучены параметры ΣST, Σ –ST, Σ +ST, ΣT, Σ –T, Σ +T как показателей, имеющих наибольшую степень достоверности различий с показателями контрольной группы. На основании полученных данных нами определены оптимальные точки разделения для каждой области поражения коронарных сосудов, позволяющие с высокой чувствительностью и специфичностью верифицировать ишемические изменения в миокарде.

Научное исследование было выполнено при поддержке Госконтракта Федерального агентства по образованию в рамках ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России" по теме “Комплексный подход к оптимизации диагностики и лечения наиболее важных социально значимых заболеваний внутренних органов и нервной систем» и научно-исследовательского проекта РГНФ «Частота сердечных сокращений как

фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и изучение аритмогенеза для улучшения благополучия человека и снижения сердечно-сосудистой смертности», проект № 12-36-01303.

Выводы

1. Использование метода картирования поверхности сердца (КПС) может быть одним из дополнительных методов диагностики признака ишемической болезни сердца у больных с однососудистым поражением коронарных артерий.

2. При анализе электокардиотопограмм на всей поверхности сердца, и в особенности в зоне проекции кровоснабжения пораженной коронарной артерии, наблюдалось увеличение суммарных показателей зубца Q, снижение суммарных значений зубца R, уменьшение показателей сегмента ST (ΣST, Σ-ST, Σ+ST) и зубца T (ΣT, Σ-T, Σ+T).

3. Установлены отрицательные корреляционные зависимости параметров КПС и данных селективной коронарографии и ангиографии: у больных без перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) – отрицательная между процентом стеноза коронарной артерии и ΣT ($r=-0,67$, $p<0,01$), с перенесенным non-Q ИМ – между ΣR и процентом стеноза артерии ($r=-0,73$, $p<0,05$), с перенесенным Q-ИМ – между ΣQ и индексом нарушения локальной сократимости миокарда ($r=-0,67$, $p<0,05$).

4. По данным ROC-анализа удалось показать критерии разделения, с высокой точностью отражающие риск развития стеноза соответствующей артерии: для передней межжелудочковой артерии – это ΣST (чувствительность 96,9%, специфичность 65,5%), для огибающей артерии – ΣT и Σ-T (85,7% и 86,25% соответственно) и для правой коронарной артерии – ΣT и Σ-T (75% и 100% соответственно).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнова, С.А. Оценка и управление суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний у населения России / С.А. Шальнова, Р.Г. Оганов, В.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 4-11.
2. CDH Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction score: results of multiple ethnic groups investigation / R.B. D`Agostino, S. Grundy, L.M. Sullivan, P. Wilson // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 180-187.
3. Бокерия, Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2004. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулква РАМН, 2005. – 118 с.
4. Орлов, В.Н. Руководство по электрокардиографии – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. – 528 с.

5. Поверхностное картирование в диагностике рубцовых изменений миокарда у больных ишемической болезнью сердца на фоне блокады левой ножки пучка Гиса / Е.З. Голухова, И.П. Полякова, А.И. Кулямин, М.Г. Адамян // Тез. Межд. симп. «Компьютерная электрокардиография на рубеже столетий». – М., 1999. – С.260- 261.
6. Аронов, Д.М. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца / Аронов Д.М., Лупанов Н.П. // Качество жизни. Медицина. – 2003. – № 2. – С. 16-24.
7. An iso-integral mapping technique using magnetocardiogram, and its possible use for diagnosis of ischemic heart disease. / K. Tsukada, T. Miyashita, A. Kandori [et al.] // Int. J. Card. Imaging. – 2000. – Vol.16. – P.55-66.
8. Lee, T.H.B.C.A. Noninvasive tests in patients with stable coronary artery disease. / T.H.B.C.A. Lee // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344, N 24. – P.1840–1846.
9. Голухова, Е.З. Неинвазивная аритмология. – М., 2002. – 148 с.
10. Interpolation of body surface potential maps. / B.J. Schijvenaars, J.A. Kors, G. van Herpen [et al.] // J. Electrocardiol. – 1995. – Vol. 28 (Suppl.). – P.104-109.
11. Сидоренко, Б.А. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности / А.Б. Сидоренко, Д.В. Преображенский. – М.: Пресид-Альянс, 2002. – 300 с.
12. Quantitative assessment of myocardial ischemia by electrocardiographic and scintigraphic imaging / L.M. Title, S.E. Iles, M.J. Gardner et al. // J. Electrocardiol. – 2003. – Vol. 36 (Suppl.). – P. 17-26.
13. A novel method for the detection of transient myocardial ischemia using body surface electrocardiac mapping /S. Carleya, K. Mackway-Jonesa, M. Jenkins [et al.] // Intern. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 95. – P. 75-81.
14. Body surface potential mapping improves detection of ST segment alteration during percutaneous coronary intervention / S.J. Maynarda, J.W. Riddella, I. B.A. Menown [et al.] // Intern. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 93. – P. 203-210.
15. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: Медицина, 1987. – 590 с.

УДК. 614.2

© О.В.Зеленова, 2013

О.В.ЗЕЛЕНОВА

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАСТРАЦИОННО – РЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СХЕМАМИ

Федеральное Государственное Учреждение Центральный Научно-Исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и Социального развития Российской Федерации

Резюме. *Современные методы диагностики больных раком предстательной железы влияют на продолжительность жизни данных пациентов. Всё чаще диагностируется гормонорефрактерная стадия заболевания, которой свойственно быстрое прогрессирование и резистентность ко многим противоопухолевым ЛС. Поэтому поиск новых комбинаций препаратов и их клинико-экономический анализ является актуальной и своевременной задачей. Проведен анализ соотношения клинической и экономической эффективности таксановых производных и митоксантрона у больных кастрационно - рефрактерным раком предстательной железы. Получены данные, что более 75% расходов на этих больных приходится на лекарственную терапию, их них значительную долю занимают не сами противоопухолевые средства, а терапия сопровождения, без которой лечение было бы не возможно. Прямые затраты на лекарственную терапию в группе пациентов, получавших доцетаксел в дозе 75 мг/м2 1 раз в 3 недели составили 322 250 рублей, в группе пациентов, получавших доцетаксел в дозе 30 мг/м2 еженедельно составили 260 877 рублей, а в группе, получавших митоксантрон в дозе 12 мг/м2 1 раз в 3 недели - 168 843 рублей. При этом показатель затраты эффективность выявил доминантный метод – доцетаксел в трехнедельном режиме. Показатель инкрементальных затрат для группы доцетаксела в еженедельном режиме составил 362 909,90 рублей на дополнительный год жизни.*

Ключевые слова: *кастрационно – резистентный рак предстательной железы, таксаны, митоксантрон, вспомогательная терапия, прямые медицинские затраты, коэффициент приращения затрат.*

O.V. Zelenova

TREATMENT COST OF THE PATIENTS WITH REFRACTORY PHASE OF THE PROSTATE CANCER

Federal Research Institute for the Health Care Organization and Information of the Ministry of the Health and Social Development of Russian Federation, Moscow

Abstract. *Increasing prevalence and new diagnostic methods influence on overall survival of patients with refractory phase prostate cancer. Refractory phase prostate cancer there are rapid progress and insensibility to many existence drugs. That is why these problem is very actual and timely. We`ve made health economic analysis patients with refractory prostate cancer were treated docetaxel or mitoxantrone. Our data shows that the huge value of direct cost located by supportive care therapy without the last the general treatment was not possible. Direct cost for patients who were taken docetaxel 75 mg/m^2 every 3 week was 2 968 040 rubles, direct cost for patients were treated by docetaxel 30 mg/m^2 every week was 3 121 717 rubles and for patients were treated by mitoxantrone 12 mg/ m^2 was 3 032 809 rubles.*

Key words*: Refractory phase prostate cancer, docetaxel, mitoxantrone, supportive care, direct cost, incremental cost-effectiveness ratio.*

Рак предстательной железы занимает 2 место в структуре онкологической заболеваемости и смертности у мужчин в США и странах Западной Европы. Наблюдается исключительно быстрый прирост ежегодной заболеваемости РПЖ, составляющий 3% в год. Такая динамика позволяет прогнозировать удвоение количества регистрируемых случаев к 2030 году. Заболеваемость в РФ так же имеет неуклонный рост. По прогнозам онкологов из тысячи сорокалетних мужчин на протяжении предстоящей им жизни десять мужчин рискуют заболеть РПЖ, а семеро умереть от данного заболевания. Смертность от РПЖ составляет 2,9% и занимает 2 место после рака легкого среди прочих онкологических заболеваний в нашей стране [4, 5]. Увеличение продолжительности жизни в большинстве экономически развитых стран создают тенденцию к общемировому старению населения и опосредованно к росту заболеваемости. В США в 2006 году выявлено 234460 новых случаев РПЖ, а 27350 больных умерли от этого заболевания [6].

Гормональная терапия в том или ином виде является первой линией терапии, приводящей к редукции опухоли. Однако продолжительность ответа на гормональную терапию в среднем составляет 12-18 месяцев, а последующие линии гормонального лечения обеспечивают незначительное клиническое улучшение с длительностью менее 6 месяцев и сомнительным

влиянием на продолжительность жизни. Большинство опухолей становятся гормонально рефрактерными уже после 1 линии гормональной терапии. [9]. Развитие гормональной рефрактерности РПЖ является очередным этапом единого процесса, что в целом характерно для любой гормонально чувствительной опухоли при использовании гормональной терапии. За последние 10-15 лет предпринималось немало попыток улучшить результаты лечения больных КРРПЖ путем использования различных препаратов, активных при других видах злокачественных новообразований – винбластина, этопозида, доксорубицина, 5-фторурацила в сочетании с лейковорином, гемцитабина, оксалиплатина. Однако стандартом лечения данной категории больных оставалась комбинация митоксантрона и преднизолона, которая позволяла добиться у 30% больных, имеющих болевой синдром в костях, уменьшения уровня болей, при этом, не оказывая никакого влияния на продолжительность жизни по сравнению с симптоматической терапией. [7,8]. По результатам различных клинических исследований наилучшие перспективы оказались связаны с разработкой комбинаций на основе таксановых производных в сочетании с препаратами группы бисфосфонатов и препаратов общего действия. В 2004 году были опубликованы результаты 2 рандомизированных международных исследований, продемонстрировавших преимущества лечебных комбинаций с включением доцетаксела, впервые позволивших не только добиться непосредственного лечебного эффекта, но и увеличить продолжительность жизни больных. В исследование ТАХ 327 было включено 1006 больных КРРПЖ, которые были разделены на 3 группы (Табл.1).

Таблица 1

Сравнительные результаты исследования ТАХ 327

Показатели	Таксотер 75 мг/м2 1 раз в 3 недели	Таксотер 30 мг/м2 еженедельно	Митоксантрон 12 мг/м2 1 раз в 3 недели
Медиана продолжительности жизни	18,9 месяцев	17,4 месяца	16,5 месяца
Снижение ПСА>50%	45%	48%	32%
Уменьшение болей	35%	31%	22%
Улучшение качества жизни	21%	23%	13%

По результатам исследования было показано, что доцетаксел, вводимый в 3-недельном режиме, позволяет добиться увеличения выживаемости больных на 24% по сравнению с терапией митоксантроном. Данное исследование показало, что назначение доцетаксела приводит к достоверному увеличению продолжительности жизни: 18,9 месяцев в 1 группе; 17,4 месяца во 2 группе по сравнению с 16,5 месяцев в 3 группе.

На базе отделения химиотерапии МНИОИ им. П.А. Герцена было проведено исследование клинической эффективности и токсичности ХТ на основе таксановых производных, в которое вошли 130 больных гормонально рефрактерной формой рака предстательной железы, констатированной после различных линий гормональной терапии. [2] Больным проводилась адекватная гормональная депривация: орхэтомия или введения гозерелина. У всех пациентов зарегистрирована метастатическая форма заболевания с тотальным поражением костей скелета, наличием метастазов в висцеральных органах, лимфатических узлах, а также рецидивной опухоли в ложе удаленной ранее предстательной железы. Распространенность процесса устанавливалась на основании данных сканирования костей скелета, УЗИ (в том числе с применением ректального датчика) и КТ органов малого таза, брюшной полости, рентгенографии и КТ органов грудной клетки, цитологического исследования пунктатов очаговых поражений висцеральных органов, лимфатических узлов, костного мозга. До начала и в процессе лечения проводилось измерение уровня ПСА в крови. В последующем был проведен клинико-экономический анализ основной задачей которого, было рассчитать прямые медицинские затраты на различные схемы ПХТ у данной группы больных и высчитать показатель инкрементальных затрат по сравнению с доминантной схемой терапии.

В работе проанализированы следующие виды прямых затрат: диагностические, лечебные и госпитальные. Рассмотрим затраты на диагностические исследования. Исходя из объемов проводимых исследований затраты на проведение диагностического комплекса до начала лечения в расчете на 1 пациента составили 32 576 рублей. Затраты на диагностические исследования в процессе лечения были выше в три раза и составили 101 838 рублей, т.к. исследования повторялись 1 раз в месяц или 1 раз в два месяца терапии.

Пациенты, включенные в исследование, были разделены на 3 группы, с учетом назначенного химиотерапевтического лечения. Первой группе больных (50 человек) химиотерапия проводилась в режиме: паклитаксел 135 мг/м2 в/в на фоне стандартной методики премедикации и митоксантрон 12 мг/м2 в/в в 1 день. Дополнительно все больные получали преднизолон 10 мг в сутки per os и препараты группы бисфосфонатов (в большинстве случаем золедроновая кислота) ежемесячно на протяжении 3 месяцев.

Проводилось 6 курсов лечения с интервалом 3 недели. Вторая группа больных (50 человек) получала химиотерапию в режиме: доцетаксел 75 мг/м2 в/в с общепринятой методикой премедикации. Всего проводилось 6 лечебных курсов с интервалом 3 недели. Больные этой группы также получали параллельно лечение преднизолоном и бисфосфонатами. Отдельную третью группу составили 30 больных старшей возрастной группы (старше 70 лет, ECOG>1), которым лечение проводилось в еженедельном режиме доцетакселом 30 мг/м2 в течение 5 недель с последующим 2-недельным перерывом. Лечебные курсы повторялись трижды, так что общая продолжительность лечения составила 18 недель. Всем больным поводилось лечение бисфосфонатами и назначался преднизолон. Больным, у которых в начале лечения уровень гемоглобина составлял менее 100 г/л, параллельно с началом химиотерапии и на протяжении всего лечения вводился эритропоэтин.

Таблица 2

Стоимость диагностических исследований, оценивающих результаты лечения в расчете на 1 больного.

Вид исследования	Стоимость	Кол-во исследований	Сумма затрат
	руб		руб
Общий анализ крови	370	6	2220
Щелочная фосфатаза	140	6	840
ПСА общий	460	6	2760
ПСА свободный	400	6	2400
Рентгенография органов грудной клетки	1000	3	3000
Рентгенография костей скелета (1 снимок)	1200	3	3600
Остеосцинтиграфия	3800	3	11 400
МРТ малого таза	5250	3	15750
МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства	7400	3	22 200
Мультиспиральная КТ органов малого таза	5500	3	16 500
Мультиспиральная КТ органов грудной полости	5000	3	15000
Цитологическое исследование	1006	3	3018
ТРУЗИ	1050	3	3150
ИТОГО	32 576		101 838

Результаты лечения оценивались по динамике уровня ПСА, щелочной фосфатазы, объему анальгезирующей терапии, а также данным сцинтиграфии или КТ при наличии изолированных костных метастазов. Дополнительно проводилось УЗИ или КТ брюшной,

грудной полостей или малого таза, ТРУЗИ при наличии висцеральных очагов поражения и метастатически измененных лимфатических узлов. Уровень ПСА и щелочной фосфатазы оценивался перед каждым курсом лечения. УЗИ, рентгенография и КТ выполнялись после 2, 4 и 6 курсов терапии, сцинтиграфия костей скелета на старте лечения, далее через 4 и 7 месяцев от начала лечения. Результаты лечения оценивались после завершения 6 курсов лечения у больных 1 и 2 групп и после 18 недель лечения у больных третьей группы. Эффективность терапии оценивались после завершения курсов лечения. Лечебный выигрыш, включающий стабилизацию опухолевого процесса составил в 1 группе 58 % (29 пациентов, в.т.ч 22 с частичной регрессий и 7 со стабилизацией процесса); во 2 группе 76 % (38 пациентов, в.т.ч 23 с частичной регрессией и 15 со стабилизацией процесса); в 3 группе 50% (15 пациентов, в.т.ч 12 с частичной регрессией, 2 со стабилизацией процесса, 1 пациент с полной регрессией). Наибольшая медиана продолжительности жизни была зарегистрирована у больных, получавших лечение доцетакселом в 3-недельном режиме. Наименьшая медиана продолжительности жизни наблюдалась в группе комбинированной химиотерапии паклитакселом и митоксантроном, которая составила 16,3 мес, наилучшие клинические показатели были в группе монотерапии доцетакселом в дозе 75 мг/м2 – 19,0 мес. Необходимо отметить, что у первой группы больных более часто отмечались обострения сердечно-сосудистых заболеваний, возможно, на фоне применения митоксантрона, который обладает кардиотоксическим действием. А третья группа больных, состоящая из пациентов старше 70 лет, которым назначался доцетаксел в дозировке 30мг/м2 в еженедельном режиме показала медиану продолжительности жизни 17,3 месяца, но ответа на лечение смогли добиться только у 50% больных.

Клинико–экономический анализ результатов проводился с помощью базисного метода (анализ затраты-эффективность) в соответствии с требованиями Приказа МЗ РФ « Об утверждении отраслевого стандарта «Клинико-экономические исследования [1,3]. В качестве показателя клинической эффективности рассматривались непосредственный лечебный выигрыш от проведенной химиотерапии, включающий частичную регрессию и стабилизацию процесса, и оценка средней продолжительности жизни. Затраты на медикаментозную терапию были рассчитаны с учетом проводимого режима терапии. Поскольку, используемые для лечения препараты входят в Перечень ЖНВЛП и назначаются в рамках оказания стационарной медицинской помощи, в качестве источника информации о ценах на препараты использовались сведения государственного реестра предельных отпускных цен. Исходя из данных реестра, для каждого препарата была рассчитана средняя

оптовая цена с учетом НДС. Общие затраты на терапию с учетом стоимости и количества курсов лечения в зависимости от схемы ПХТ представлены в таблице 3.

Таблица 3

Прямые затраты на лекарственные препараты для проведения химиотерапии

Препарат	Максимальная оптовая цена с учетом НДС, руб	Кол-во флаконов на 1 больного на курс лечения	Кол-во курсов лечения	Затраты на химиотерапию, руб
1 группа : терапия в режиме паклитаксел 135 мг/м2 в/в + миксантрон 12 мг/м2 в/в				
Паклитаксел конц д/инф 6мг/мл 35 мл (210 мг)	18 123,44	1	6	108 740,64
Паклитаксел конц д/инф 6 мг/мл 5 мл (30 мг)	3 362,44	2	6	40 349,28
Митоксантрон 2 мг/мл 10 мл (20 мг)	2 743,52	1,2	6	19 753,34
Всего				**168 843,26**
2 группа : терапия в режиме доцетаксел 75 мг/м2 в/в				
Доцетаксел конц/инф 80 мг (фл) 2 мл №1	28 745,12	1,87	6	322 520,25
Всего				**322 520,25**
3 группа: терапия в режиме доцетаксел 30 мг/м2 в/в				
Доцетаксел конц/инф 40 мг/мл (фл)№1	7 246,59	12	3	260 877,24
Всего				**260 877,24**

Согласно полученным расчетам затраты на проведение химиотерапевтического лечения в группе паклитаксел/митоксантрон составили 168 843 рубля 26 коп в расчете на 1 пациента с гормонально рефрактерной формой рака предстательной железы. В группе пациентов, получающих доцетаксел в режиме 75мг/м2 затраты на медикаментозное лечение составили 322 520 рубля 25 коп в расчете на 1 пролеченного пациента. Затраты на терапию в режиме доцетаксел 30 мг/м2 составили 260 877 рублей 24 коп в расчете на 1 пациента. Клинический эффект не смог бы реализоваться без сопровождающей терапии для коррекции токсических осложнений лечения. Максимально токсичной показала себя схема в группе №1, в которой все больные получали Г-КСФ в каждый курс терапии и стимуляцию эритроидного ростка крови эритропоэтином. Во второй группе наблюдалась меньшая степень токсичности, при меньшем использовании Г-КСФ, однако коррекция эритропоэтином так же требовалась многим пациентам. Третья группа пациентов не требовала коррекции токсических проявлений, только одному пациенту было проведено

лечение Г-КСФ. Так же, мы отнесли к вспомогательному лечению и введение золедроновой кислоты 4 раза каждому пациенту в исследовании, т.к. все 130 человек имели метастазы в кости, многие с болевым синдромом. Исходя из этого к прямым затратам на ПХТ добавились существенные издержки на лечение токсических эффектов терапии. Подробные расчёты представлены в таблице 4. Количество пациентов, получивших лечение вспомогательными ЛС, зависело от степени токсичности. Прямые затраты на 1 пациента для обеспечения курса ПХТ сопутствующими ЛС в первой группе, где осуществлялась терапия паклитакселом + митоксантрон, оказались самыми высокими и составили 325 443,20 рублей. Во второй группе прямые затраты на вспомогательную терапию составили 158 400 рублей. А в третьей группе, где практически не требовалось купирования токсических проявлений ПХТ, - всего 48 780 рублей.

Таблица 4

Прямые затраты на лекарственные препараты улучшающие качество жизни и способствующие проведению ПХТ

	Препарат	Средняя оптовая цена за ед с учетом НДС, руб	Кол-во упаковок на 1 больного	Затраты на поддерживающую терапию, руб
1-я группа	Золедроновая кислота 4 мг №1	9324	4	37 296,00
	Г-КСФ 30 млн	2871,2	16	45 939,20
	Эритропоэтин 10 000 ед №1	2 523	96	242 208,00
				325 443,20
2-я группа	Золедроновая кислота 4 мг №1	9324	4	37 296,00
	Эритропоэтин 10 000 ед №1	2 523	48	121 104,00
				158 400,00
3- группа	Золедроновая кислота 4 мг №1	9324	4	37 296,00
	Г-КСФ30 млн	2871,2	4	11 484,80
				48 780,80

Помимо затрат на медикаментозное лечение клинико-экономический анализ предусматривает проведение оценки затрат на оказание медицинской помощи в целом, включающей затраты на проведение клинико-диагностических исследований и затрат на госпитализацию, т.е. показывает прямые издержки для данных групп больных. (Табл. 5). Нам

были доступны следующие виды прямых затрат: затраты на лечение, диагностику, пребывания в ЛПУ и в целом на госпитализацию.

Таблица 5

Прямые затраты на оказание медицинской помощи в зависимости от схемы ПХТ

	Вид ПХТ		
	Паклитаксел 135 мг/м2 +Митоксантрон 12 мг/м2	Доцетаксел 75 мг/м2	Доцетаксел 30 мг/м2
Затраты на госпитализацию	141 432,00	141 432,00	131 394,00
Затраты на ПХТ лечение	168 843,26	322 520,25	260 877,24
Затраты на вспомогательную терапию	325 443,20	158 400,00	48 780,80
Прямые затраты на медицинскую помощь на 1 пациента	635 718,46	622 352,25	441 052,04

Все затраты ЛПУ на проведение ПХТ схемой паклитаксел + митоксантрон составили 635 718,46 рублей, для терапии схемой доцетаксел в трехнедельном режиме 622 352,25 рублей, для группы терапии доцетакселом в еженедельном режиме 441 052,04 рубля. Показатели прямых затрат в третьей группе самые маленькие благодаря тому, что все пациенты получили лечение в амбулаторном режиме и не имели токсических проявлений лечения.

В работе высчитаны некоторые экономические показатели, на основе которых могут приниматься экономические решения о целесообразности покупки ЛС. Показатель эффективности затрат (Таб №6) рассчитывается по следующей формуле: CER= DC/ EF, где CER (cost-effectiveness ratio)- соотношение (затраты/эффективность), DC - затраты на медикаментозную терапию, EF - эффективность терапии (показатели клинической эффективности лечения). Т.е. экономические показатели напрямую зависят от клинической эффективности. [3].

Доминантным методом определена схема доцетаксел в дозе 75 мг/м2 в трехнедельном режиме. Второй показатель стоимости дополнительной единицы эффективности при использовании более дорого метода лечения определялась на основании коэффициента приращения затрат, рассчитанного по следующей формуле: CER incr = DC1-DC2/Ef 1-Ef 2, где DC- затраты на терапию, Ef- эффективность применения терапии, CERincr –

коэффициент приращения затрат. Для расчета коэффициента приращения затрат в качестве критерия клинической эффективности была выбрана средняя продолжительность жизни пациентов в каждой группе терапии. Параметры для расчета инкрементальных затрат представлены в таблице 7. По показателю приращения затрат группа терапии доцетакселом в еженедельном режиме потребует 362 909,90 рублей на каждого пациента за дополнительный год жизни. Учитывая, что данная схема единственная приемлемая для пациентов старшей возрастной группы, то решение о целесообразности не должно строиться только на экономических показателях.

Таблица 6

Соотношение затраты/эффективность в группах при различных терапевтических подходах

Группа терапии	Все прямые затраты на лечение, руб	Лечебный выигрыш/ число больных	Соотношение затраты/ эффективность
Паклитаксел + митоксантрон	635 718,46	29	21 921
Доцетаксел в трехнедельном режиме	622 352,25	38	16 378
Доцетаксел в еженедельном режиме	441 052,04	15	29 403

Таблица 7

Показатель инкрементальных (добавленных) затрат для ПХТ в группе КРРПЖ

Группа терапии	Затраты на лечение, руб	Медиана продолжительности жизни, мес	$\mathbf{cer}_{\mathbf{incr}}$
Доцетаксел в трехнед режиме	622 352,25	19	доминанта
Доцетаксел в еженед режиме	441 052,04	17,3	326 909, 90

Выводы:

На основании представленных данных можно сделать следующие выводы: соотношение прямых издержек клиники для лечения больных кастрационно -рефрактерным раком предстательной железы состоят на 10% из стоимости на госпитализацию и диагностику и на 90 % на стоимость лекарственной терапии. Анализируя полученные результаты, необходимо отметить, что наилучшими клиническими можно считать результаты лечения 2 группы больных, среди которых не было ни одного человека с изолированным поражением костей. Лечебный выигрыш, включающий стабилизацию опухолевого процесса, в данной группе составил 76%. С экономической точки зрения, данный вариант лечения так же нужно считать самым эффективным, позволяющим экономить бюджет ЛПУ, по сравнению с традиционной (двухкомпонентной) схемой терапии 1 группы. В этой группе, несмотря на незначительные отличия в показателях частичной регрессии, уровень лечебного выигрыша был значительно ниже (58%), а коэффициент приращения затрат свидетельствует о худших экономических показателях, по сравнению с группой второго режима. Очень показательными оказались результаты лечения больных старшей возрастной группы, отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями. Объективный эффект лечения составил 43,3% (ПР + ЧР), при этом у больного этой лечебной группы удалось достичь полной регрессии опухоли. По показателю приращения затрат группа терапии доцетакселом в еженедельном режиме потребует 362 909,90 рублей на каждого пациента за дополнительный год жизни. Учитывая, что данная схема единственная приемлемая для пациентов старшей возрастной группы, то решение о целесообразности не должно строиться только на экономических показателях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г., Кобина С.А. – Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). - М.: «Ньюдиамед», 2000 г
2. Болотина Л.В. Химиотерапия гормоно-рефрактерных форм генерализованного рака предстательной железы. Российский онкологический журнал, 2006 №5, стр. 36-39
3. Отраслевой стандарт "Клинико-экономические исследования. Общие положения" Приказ Минздрава РФ от 27.05.2002 №163 об утверждении отраслевого стандарта "Клинико-экономические исследования. Общие положения" (вместе с ост 91500.14.0001-2002)

4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). Москва, 2010, с. 1-256.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2005 году. Москва, 2006, с. 1-186.
6. Jemal A., Siegel R., Ward e. et al. Cancer statistics, 2006. CA Cancer J Clin. 2006; 56 (2): 106-130.
7. Kantoff P.W., Halabi S., Conaway M., et al. Hydrocortisone with or without mitoxantrone in men with hormone-refractory prostate cancer: results of the Cancer and Leukemia Group B 9182 study. J. Clin. Oncol.1999; 17: 2506-13.
8. Osoba D., Tannock I.F., Ernst D.S., Neville A.J. Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. J. Clin. Oncol., 1999; 17: 1654-63.
9. Yagoda A., Petrylak D.P. Cytotoxic chemotherapy for advanced hormone-resistant prostate cancer. Cancer, 1993; 71: 1098-1109.

УДК 616.832-009.11
© А.В. Рогов, 2013

А.В. РОГОВ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭРГОФЕРОНА

ОГКУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Северск

Резюме. *Детская инвалидность является не только медицинской, но и социальной проблемой и касается всех членов семьи ребенка-инвалида и государства в целом. Показана необходимость дальнейшей разработки методов лечения и реабилитации детей-инвалидов.*

Ключевые слова: *реабилитация, детский церебральный паралич.*

A.V. Rogov

COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN AND YOUTH WITH DISABILITIES USING ERGOFERON

Abstract*. Children's disability is not only a medical but also a social problem concerning all the members of a disabled child family and a state as well. We also point out the necessity of further working out of methods treatment and rehabilitation of physically challenged children.*

Keywords*: rehabilitation, cerebral palsy*

С 1991 года в городе Северске работает Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями (РЦ). Посещают его дети с детским церебральным параличом (ДЦП), умственной отсталостью. Основной задачей его является проведение комплексной реабилитации с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. При поступлении в Реабилитационный центр ребенок проходит период адаптации. Адаптационная способность у ребенка-инвалида снижена. У него имеются не только выраженные нарушения в нервно-психическом и физическом развитии, но и страдает иммунная и эндокринная системы. Ребенок постоянно балансирует между состоянием здоровья и болезнью. Нередко дополнительно к инвалидизирующему заболеванию, ограничивающему его жизнедеятельность, присоединяется ОРЗ.

За время работы РЦ специалистами было установлено, что проведение комплексной реабилитации невозможно без лечения острых и хронических заболеваний, усугубляющих течение основного заболевания детей с ограниченными возможностями. Инфекционный фактор снижает эффективность проводимых мероприятий; навыки, приобретенные ребёнком в ходе реабилитации, после перенесения острого респираторного заболевания ОРЗ часто утрачиваются. Высокая заболеваемость ОРЗ, склонность к формированию затяжных и хронических болезней органов дыхания детей-инвалидов, значительные диагностические и терапевтические трудности определяют большую социальную значимость рецидивирующей респираторной патологии в детском возрасте

Цель работы. Оценить воздействие комплексной терапии с использованием Эргоферона на улучшение качества жизни и снижение кратности ОРЗ.

Материал и методы. Для решения поставленных задач дети с ограниченными возможностями были разделены на 2 группы: 1-ю (основную) группу наблюдения составили 60 детей, ежедневно посещавших Реабилитационный центр и получавших лечение:

1) медикаментозное: сосудистые препараты – кавинтон, винпоцетин, циннаризин; ноотропы – ноотропил, пирацетам, церебролизин; витамины – киндер- биовиталь, витрум; эргоферон;

2) немидикаментозное лечение: ЛФК проводились с использованием полезных моделей; массаж с применением композиций на основе кедрового и рыжикового масел [2,3].

2-ю группу наблюдения (группу сравнения) составили 60 детей с ограниченными возможностями, посещающих Реабилитационный центр амбулаторно. Они получали аналогичную медикаментозную терапию, за исключением Эргоферона и запатентованных тренажёрных комплексов. Массаж детям проводился готовыми массажными кремами (2 – 4 раза в год курсами от 5 до 15 дней).

Дифференцированное обследование и лечение детей проводилось в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра.

Все заболевания у детей распределены по трем классам: 1) класс VI Болезни нервной системы - ДЦП (G); 2) класс V Психические расстройства и расстройства поведения – умственная отсталость лёгкая, умеренная (F); 3) класс XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – синдром Дауна (Q).

Оценка состояния здоровья детей при поступлении в РЦ и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий осуществлялась по основным категориям жизнедеятельности согласно «Международной номенклатуре ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности»: самообслуживание, передвижение, игровая деятельность, ориентация, общение, контроль за своим поведением [1].

Основными задачами при проведении комплекса реабилитационных мероприятий у больных ДЦП, с умственной отсталостью, генетическими заболеваниями является улучшение качества жизни и снижение кратности ОРЗ.

Эффективность профилактического действия оптимизированных немедикаментозных и медикаментозных схем реабилитации оценивали по уровню заболеваемости ОРЗ и гриппом в основной группе и группе сравнения, вычисляли показатели эффективности, предложенные Т. А. Семененко [4]: индекс эффективности, P1/P2, показатель защищенности – (1-P2/P1)× 100%,где P1 – показатель заболеваемости в контрольной группе, P2 – показатель заболеваемости в опытной группе.

Результаты и обсуждения. Дети с ограниченными возможностями до терапии имели выраженные ограничения жизнедеятельности по таким критериям, как обучение, игровая деятельность, самообслуживание. Уменьшение степени ограничения жизнедеятельности ребёнка зависело от восприятия применения дифференцированных схем лечения, периодичности посещения, тяжести заболевания. Выраженность ограничений после применения реабилитационных мероприятий стала меньше у детей основной группы. После проведенной реабилитации наблюдалось уменьшение числа пациентов с третьей (выраженной) степенью ограничения по всем категориям, за исключением категории контроль за своим поведением (в 1,3 раза больше) и обучения в группе сравнения. По этой категории положительной динамики у пациентов основной группы не было, а у пациентов группы сравнения устанавливалось увеличение в 1,6 раза по сравнению с исходным уровнем. Эффективность терапии в основной группе была больше в 1,5 раза по категории общения (уменьшение числа пациентов с третьей степенью ограничения) по сравнению с группой сравнения. В большей мере увеличилось число пациентов с первой (лёгкой) степенью ограничения по категориям самообслуживания (в 3,8 раза против 3,2 раза), передвижения (в 1,8 раза, в группе сравнения динамики не было), игровой деятельности (в 1,9 раза против 1,5), ориентации (в 2,1 раза против 1,7 раза). Различий по другим категориям жизнедеятельности не наблюдалось.

Сложность периода адаптации у детей с ограниченными возможностями заключалась в прерывании курса лечебно-восстанови- тельных мероприятий при ОРЗ. Уменьшение периода адаптации позволяло более полно применять комплекс реабилитации. При первичном посещении ребёнка с ограниченными возможностями неплохо зарекомендовал себя препарат Эргоферон, который назначался курсом детям с 2- летнего возраста по схеме 1 таблетка за 20 минут до завтрака в течение 20 дней.

Об эффективности терапии судили по показателям заболеваемости детей в сравниваемых группах, по выраженности и продолжительности клинических проявлений ОРЗ в случаях их развития (табл.1 и 2).

Таблица 1

Кратность ОРЗ у детей-инвалидов до и после лечения в Реабилитационном центре

Кратность ОРЗ	Основная группа (n = 60)				Группа сравнения (n = 60)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Не болели	5	8,3	2	3,3	6	10,0	6	10,0
Болели 1-2 раза	11	18,3	33	55,0	15	25,0	9	15,0
Болели 3-6 раз	19	31,7	10	16,7	18	30,0	22	36,7
Болели более 6 раз	25	41,7	15	25,0	24	40,0	21	35,0

Таблица 2

Длительность клинических симптомов ОРЗ у детей, получавших терапию в Реабилитационном центре

Группа	Число детей с ОРЗ	Продолжительность клинических симптомов, в днях			
		повышенная температура	интоксикация	ринит	кашель
Основная	60	7	2	9	3
Сравнения	60	9	4	12	10

Продолжительность кашля, симптом интоксикации, повышенная температура у детей в основной группе была в 3,3 раза; 2 раза; 1,3 раза соответственно меньше чем в группе сравнения. Аллергических или других побочных реакций на иммунотропные препараты не выявлено.

Эффективность терапии: отличная устанавливалась при отсутствии ОРЗ на фоне проводимой реабилитации, хорошая – 1-2 случая ОРЗ в легкой форме, удовлетворительная – 3-6 случаев заболевания и неудовлетворительная – не наблюдалась никакого эффекта от проводимых мероприятий. В основной группе из 60 детей 7 заболели ОРЗ. В группе сравнения из 60 человек заболели 32. Показатель эффективности по критерию Т.А. Семененко [4] составил 4,57, а показатель защищённости 79,0%. После проведённой терапии частота бактериальных инфекций уменьшилась в основной группе (табл.3) .

Применение комплексной терапии с использованием Эргоферона позволило существенно снизить заболеваемость ОРЗ (табл.1). В основной группе после терапии количество часто болеющих детей (ЧБД) уменьшилось в 1,7 раза. В группе сравнения ЧБД стало меньше в 1,2 раза. Количество осложнений в виде пневмоний уменьшилось в 4 раза в основной группе и только в 1,7 раза в группе сравнения. Паратонзиллитов после проведённой терапии стало в основной группе и группе сравнения в 2,2 раза и 1,1 раза меньше соответственно. После лечения отитов стало меньше в основной группе в 1,7 раза и в 1,1 раза в группе сравнения (табл. 3). После лечения синуситов в основной группе стало в 1,6 раза меньше, в группе сравнения – в 1,5 раза.

Таблица 3

Бактериальные инфекции у детей-инвалидов до и после лечения в Реабилитационном центре

Клиническая форма	Основная группа n = 60				Группа сравнения n = 60			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Синусит	5	8,3	3	5,0	6	10,0	4	6,7
Отит	12	20,0	7	11,7	15	25,0	14	23,3
Тонзиллит	29	48,3	13	21,7	26	43,3	23	38,3
Пневмония	4	6,7	1	1,6	5	8,3	3	5,0

Выводы. Комплексная терапия с использованием Эргоферона способствовала снижению ограничений жизнедеятельности детей по таким категориям, как общение (в 6 раз реже), передвижение и ориентации (в 2,2 раза), игровая деятельность (в 3,6 раза), контроль за своим поведением (в 2,8 раза). В основной группе уменьшилась частота ОРЗ в 1,7 раза, что способствовало уменьшению осложнений в виде отитов и тонзилитов в 2,2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1.Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (II раздел «Номенклатура нарушений», Минздравмедпром России, Москва, 1995.

2. Рогов, А.В. Способ реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А.В. Рогов//Детская и подростковая реабилитация. –2008. – № 2 (11). – С.47-49.

3. Рогов, А.В. Комплексная коррекция ограничений жизнедеятельности ребенка 13 лет с детским церебральным параличом / А. В. Рогов // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 4. – С. 146- 147.
4. Семененко, Т.А. Эпидемиологические аспекты неспецифической профилактики инфекционных заболеваний // Вестник РАМН. – 2001. – №11. – С. 25 - 29.

УДК 616.36-002.2
© Р. И. Сагдиев, 2013

Р.И. САГДИЕВ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМ ПЕЧЕНИ

Муниципальное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Башкортостан
Центральная Клиническая Больница г.Нефтекамск

Резюме: *Изучение особенностей трудоспособности в зависимости от этиологических факторов у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.*
Ключевые слова: *цирроз печени, гепатит, качество жизни, трудоспособность.*

R.I. Sagadiev

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITISES AND TO LIVER CIRRHOSIS

Municipal Budgetary Healthcare institution of the Republic of Bashkortostan Central Clinical Hospital, Neftekamsk

Abstract. *Studying of features of working capacity depending on etiologichesky factors at patients with chronic diffusion diseases of a liver.*
Keywords: *cirrhosis, hepatitis, quality of life, working capacity.*

Актуальность: В последние годы резко возрос интерес к оценке качества жизни пациентов, которое является одним из наиболее важных критериев эффективности лечения [1], а так же состояние качества жизни напрямую влияет на трудоспособность не только самого пациента, но и его родственников. В литературе приводится ряд определений, одним из наиболее известных является описание понятия «качество жизни», данное Всемирной Организацией Здравоохранения – «это восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Качество жизни – совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического и сексуального благополучия,

психологические особенности личности в виде степени фрустрированности, бытовой и трудовой активности. Необходимость изучения связанного со здоровьем качества жизни вытекает из актуальности принципа современной медицины «лечить больного, а не болезнь». M. Sullivan [2] считает, что меры качества жизни предпочтительнее для оценки успешности лечения хронических заболеваний по сравнению с традиционными показателями (выживаемость, частота госпитализаций, инвалидизации больных). Индивидуальное качество жизни определяется как оценка соответствия индивидуальных желаний и стремлений их исполнению или возможности исполнения. Это определение может быть уточнено: не просто то, что больной говорит, а то, что он говорит самому себе о том, что он есть. Определение, в котором делается попытка объединить все аспекты качества жизни, звучит следующим образом: возможности физического и социального функционирования, воспринимаемые больным как определенный уровень физического и психического благополучия.

В западных странах латентная печеночная энцефалопатия считается основной причиной преждевременного прекращения трудовой деятельности и досрочной пенсии по нетрудоспособности у пациентов с циррозом печени и встречается примерно у 60% пациентов с этим заболеванием (T. Gerber and H. Shomerus, 2000).

Обычно решение о трудоспособности пациента принимается на основе клинического обследования с учетом жалоб пациента и признаков выраженности психических нарушений. По результатам ряда проведенных исследований с использованием психометрических тестов и шкал, оценивающих выраженность нервозности, агрессивности и депрессии, показано, что такие пациенты значительно отличаются от тех пациентов с циррозом печени, кто продолжает свою трудовую деятельность.

Учитывая социальную значимость хронических гепатитов и циррозов печени, **целью** данного исследования явилось определение особенностей качества жизни у пациентов с хроническими гепатитами и циррозами печени в зависимости от этиологии.

Материалы и методы: Нами было проведено исследование 75 пациентов с хроническими гепатитами и циррозами печени, в различной этиологической структуре, из них 18 пациентов с хроническим гепатитом В, 20 пациентов с хроническим гепатитом С, хронический алкогольный гепатит – 18 пациентов, цирроз печени «В» - 21 пациентов, мужчин - 39, женщин - 36, все больные с циррозом печени были в стадии компенсации (класса А по Чайлду-Пью), критериями постановки диагноза явились стандарты диагностики и лечения «Гастроэнетрологии» утвержденные приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №125 от 17.04.1998г., этиология циррозов печени определялась

твердофазной иммуноферментным методом анализа, в качестве контрольной группы было проведено анкетирование 71 валантеров считающих себя практически здоровыми. Возраст обследуемых варьировал от 40 до 55 ± 5 лет. Длительность заболеваний варьировало в пределах от 5 до 12 лет. Исследование проводилось в МБУЗ Р.Башкортостан, Центральной Городской Больнице г.Нефтекамск, путем опросника "SF-36 Health Status Survey", который состоит из 8 шкал, физическое функционирование; ролевая физическая шкала, характеризующую физическую способность человека участвовать в разных сторонах жизни; физическую боль; здоровье в целом; жизненную энергию; социальное функционирование; ролевая эмоциональная шкала, т.е. эмоциональную субъективную оценку способности участвовать в разных сторонах жизни; психическое здоровье. Все шкалы объединены в два суммарных показателя физический компонент здоровья (1-4 шкалы) и психический (5-8). Все больные и контрольная группа заполняли опросник самостоятельно.

Критериями для включения исследуемых явились: стабильное клиническое и клинико-лабораторное состояние, отсутствие в анамнезе клинических признаков печеночной энцефалопатии.

В работе использовались социальный, клинико-лабораторный (согласно стандартам диагностики и лечения «Гастроэнтерологии» утвержденными приказом) и статистические методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение: В процессе исследования было выявлено, что из 75 пациентов сниженный уровень индекса качества жизни наблюдалось у 100%, по сравнению с контрольной группой считающих себя практически здоровыми. Было выяснено, что сниженный уровень качества жизни у больных был в основном за счет ограничение физического функционирования (ФФ), социального (СФ), а так же психоэмоционального функционирований (ПЗ), сохранность которого наиболее важна для выполнения физической работы. Данные исследования приведены в табл.№1.

Таблица 1

Качество жизни пациентов

	ФФ	РФ	ФБ	ЗЦ	ЖЭ	СФ	РЭ	ПЗ
ХГ В	85,32	88,43	83,23	60,12	65,26	60,56	87,47	60,33
ХГ С	76,81	81,21	84,93	58,64	58,34	60,14	61,21	54,26
ЦП В	68,21	81,76	46,52	54,37	63,23	57,71	47,31	42,34
Алкогол.геп.	80,47	88,43	84,14	60,24	66,28	71,12	88,47	62,47
Здоровые	89,47	89,47	84,21	63,42	66,31	63,81	91,21	68,42

Примечание. ФФ - физическое функционирование;РФ - ролевая физическая шкала; ФБ - физическая боль; ЗЦ - здоровье в целом; ЖЭ - жизненная энергия; СФ - социальное функционирование; РЭ - ролевая эмоциональная шкала; ПЗ - психическое здоровье.

Анализ этиологической структуры больных с хроническими заболеваниями печени наиболее выраженное снижение качества жизни, а следовательно и трудоспособность обусловлена вирусом гепатита «С», а так же алкогольной этиологии. Вне зависимости от причины возникновения заболеваний печени было отмечено, что снижение качества жизни у пациентов зависело от психического здоровья. Так же было отмечено, что в разрезе по половым признакам у мужчин в 1,2 раза снижение индекса качества жизни превалировал над женщинами.

Не было существенных различий в средних значениях индекса качества жизни в зависимости от семейного положения и характера трудовой деятельности.

Выводы: Таким образом с помощью опросника "SF-36 Health Status Survey", было выяснено, что предикторами усиливающие признаки психоэмоциональное состояние пациентов явилось инфицированность больных вирусом гепатита С, алкогольный гепатит, а так же стадия заболевания больше чем длительность заболевания.

Психическое здоровье и самооценка своего состояния здоровья у больных в большей степени снижает трудоспособность, чем клинико-лабораторные показатели пациента в связи, с чем появляется необходимость на ранних этапах заболевания проводить психотерапию и психофармакотерапию для достижения высокого качества жизни пациентов и следовательно трудоспособности, а также профилактическое лечение печеночной энцефалопатии.

Все это свидетельствует о необходимости проведения реабилитационных мероприятий, как медицинских, так и социальных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азгалъдов Г. Г. Качество жизни: проблемы количественной оценки // Тез. Всерос. конф. «Качество жизни России XXI века». - М., 2000. - С. 6-7.

2. Sullivan M. Quality of life assessments make sense - do they make difference // Quality of life. - 1998. - P.5.

УДК 618.14-006.36

© И.В. Сахаутдинова, С.Ю. Муслимова, В.У. Сатаев, В.А. Парамонов, 2013

И.В. САХАУТДИНОВА[1], С.Ю. МУСЛИМОВА[1], В.У. САТАЕВ[1], В.А. ПАРАМОНОВ[2]

МИОМА МАТКИ У ДЕВОЧЕК. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

[1]ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа
[2]Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Резюме. *Миома матки у девочек в возрасте до 17 лет является крайне редким заболеванием. У наших пациенток наблюдался быстрый рост узлов, в связи с чем им было проведено оперативное лечение. В 2 случаях миома матки у девочек сочеталась с аденомиозом. Учитывая небольшие размеры миоматозных узлов, мы считаем наиболее рациональным использовать для проведения оперативного лечения метод единого лапароскопического доступа с применением SILS Port.*

Ключевые слова*: миома, оперативное лечение.*

I.V.Sakhautdinova[1], S.U. Muslimova[1], V.U. Sataev[1], V.A.Paramonov[2]

MYOMA IN GIRLS, MODERN METHODS OF TREATMENT

[1]Bashkir State Medical University, Ufa
[2]Republican Children's Hospital, Ufa

Abstract. *Myoma is a very rare disease in girls under the age of 17 years. Uterus knots in our patients grew very rapid, so they were held surgical treatment. In 2 cases of hysteromyoma in girls was combined with adenomyosis. Considering of the small size of myomas knots, one should think, it appears that the most rational surgical treatment in this cases is the method for a single laparoscopic access with SILS Port.*

Key words: *myoma, surgical treatment.*

Миома матки – наиболее распространенное гинекологическое новообразование, которое выявляется у 25-35% женщин в возрасте старше 35 лет. В исследованиях S. Cramer и A. Patel (1990), проведенных путем изучения серийных срезов тканей матки после

гистерэктомии, частота выявления лейомиомы в 2 раза превысила количество случаев, выявленных при дооперационном клиническом обследовании (77% и 33% соответственно).

Заболеваемость миомой матки жительниц различных регионов России в возрасте от 18 до 70 лет колеблется от 11 до 47,3 на 1000 обследованных [2]. Наиболее часто доброкачественные новообразования встречаются у женщин 30-45 лет, т.е. фертильного возраста [3,5]. В последние годы многие исследователи отмечают тенденцию к омоложению заболевания – миома матки выявляется у 15-20-летних девушек [1].

По данным Селезневой Н.Д. (1981), миома матки встречается у 5,9% детей и подростков. Однако в литературе чаще встречаются сообщения об отдельных клинических наблюдениях по поводу миом матки в этой возрастной группе. А.А. Крупко-Большова с соавторами [5] описывает 2-х больных в возрасте 14 лет с субсерозными миомами матки и 1 больную в возрасте 16 лет с рождающимся миоматозным узлом. Л.В. Адамян и Е.А. Богданова [1] описывают рождение субмукозных узлов у девочек 16 и 17 лет и указывают на то, что с внедрением метода УЗИ миомы матки у девочек стали выявляться более часто. Е.В. Уварова с соавторами (2005) описывает случай рецидивирующей миомы матки у пациентки в возрасте 15 лет.

Среди факторов риска развития миомы матки в юном возрасте наиболее значимым является наследственная предрасположенность. Изучение родословных девочек с миомой матки показало, что у матери и бабушки каждой шестой пациентки была миома матки [4]. На сегодняшний день установлено, что наследственная предрасположенность к развитию лейомиомы имеет мультифакториальную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов [6].

Одной из проблем, возникающих после удаления миоматозных узлов, особенно больших размеров, является рубцевание в зоне оперативного вмешательства, приводящее к несостоятельности рубца на матке после проведенной консервативной миомэктомии в течение последующей беременности и родов [7,9]. С целью эффективного заполнения послеоперационного дефекта стенки матки и улучшения процесса формирования полноценного в морфофункциональном плане рубца, мы решили применить аллогенный биоматериал Аллоплант® для замещения объемных дефектов тканей. Данный биоматериал после имплантации постепенно резорбируется макрофагами и замещается дифференцированной тканью того органа, в паренхиму которого он был вшит. При этом достигается эффективная профилактика послеоперационного фиброза и рубцевания [7,8,9].

За 15 лет мы наблюдали более 12000 девочек с гинекологической патологией, которые нуждались в стационарном лечении, из них только у трех больных в возрасте от 15 до 17 лет

была выявлена миома матки (0,025%). У всех наших пациенток были единичные узлы опухоли. Локализация миоматозных узлов была в каждом случае различной: интерстициальной с прорастанием в полость матки, субсерозной и субмукозной. Размеры узлов колебались от 2 до 4,5 см. До поступления в стационар девочки находились под наблюдением у гинекологов женских консультации в среднем около 2-х лет. Общим симптомом, который заставил всех пациенток обратиться за медицинской помощью, была дисменорея. До поступления в стационар девочкам проводилась противовоспалительная терапия. Две пациентки были направлены на плановое оперативное лечение в связи с ростом миоматозных узлов. Одна девочка поступила в отделение в экстренном порядке по поводу родившегося миоматозного узла. Пациентка Ф. в возрасте 15 лет с интерстициальным миоматозным узлом размерами 42×34×28 мм была прооперирована нами в 2004 году через мини-лапаротомный доступ. Ей была проведена миомэктомия с заполнением образовавшегося дефекта биоматериалом Аллоплант® (рис.1,2,3).

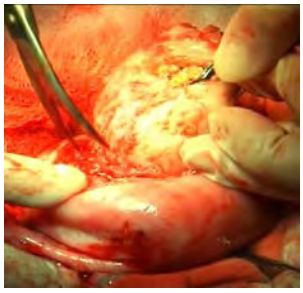

Рис. 1. Выделение миоматозного узла

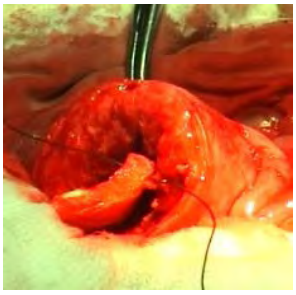

Рис. 2. Ушивание дефекта стенки матки на биоматериале Alloplant®

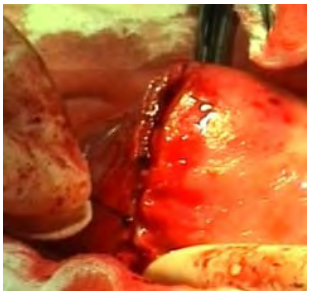

Рис.3. Ушивание серозной оболочки матки

Выделение узла проходило с техническими сложностями из-за распространенного эндометриоза и осложнилось проникновением в полость матки (рис.1.). Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным гистологического исследования удаленный узел представлял собой лейомиому матки с очагами зндометриоза по периферии. После выписки из стационара больная получала норколут по 1 таблетке в течение 21 дня с 7-дневным перерывом в течение 6 месяцев. После отмены гормонотерапии у нее восстановился регулярный менструальный цикл, прекратились боли, уменьшилась менструальная кровопотеря. При контрольных осмотрах, через каждые 3 месяца ей проводилась трансвагинальная эхография с допплерографией в бассейнах маточных артерий.

Непосредственно после операции отмечались незначительная перифокальная инфильтрация вокруг биоматериала и незначительное ускорение кровотока в правой маточной артерии. Через 3 месяца явления инфильтрации и разница в скорости кровотока в маточных артериях исчезли. Через 6 месяцев тень биоматериала сократилась на ¼ объема, по

периферии появился кровоток. Через 9 месяцев отмечено дальнейшее уменьшение объема биоматериала. Через год стали наблюдаться признаки фрагментации биоматериала.

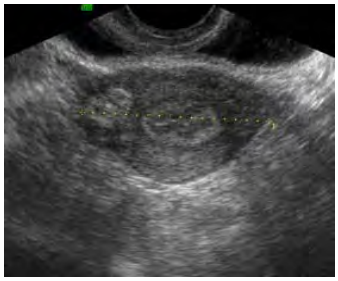

Рис.4. Биоматериал Alloplant® в послеоперационном периоде

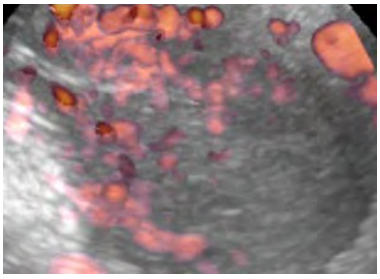

Рис.5. Кровоток в Alloplant® в динамике через 3 месяца

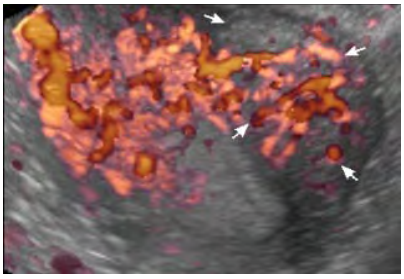

Рис.6. Кровоток в Alloplant® в динамике через 6 месяцев

Пациентке М. 16 лет с родившимся субмукозным миоматозным узлом было произведено его удаление с последующей терапией низкодозированными оральными контрацептивами.

Больной Г., в возрасте 17 лет, с субсерозным миоматозным узлом размерами 35×28×14, расположенным в области левого угла матки, было произведена миомэктомия с использованием методики Single Iscition Laparoscopic Surgery.

Рис 7. Миомэктомия из однопортового доступа

Рис.8. Матка с миоматозным узлом

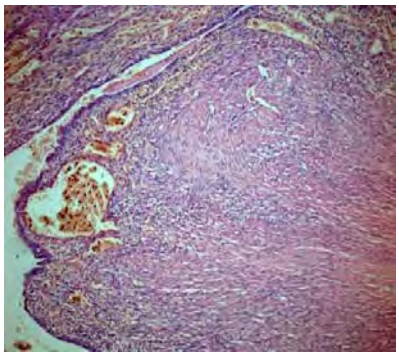

Рис.9. Сочетание миомы с эндометриозом. Гистологическое исследование. Окраска гематоксилином и эозином

Во время выделения миоматозного узла возникли технические сложности в связи с рубцовыми изменениями миометрия, вызванными распространённым эндометриозом как в

тканях самой миомы, так и миометрии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Девочке были назначены низкодозированные оральные контрацептивы.

Ни у одной из описанных девочек за время наблюдения (от 3 месяцев до 6 лет) рецидивов заболевания мы не наблюдали.

Выводы: Миома матки у девочек в возрасте до 17 лет является крайне редким заболеванием. У наших пациенток наблюдался быстрый рост узлов, в связи с чем им было проведено оперативное лечение. В 2 случаях миома матки у девочек сочеталась с аденомиозом. При небольших размерах миоматозных узлов мы считаем наиболее рациональным использование для проведения оперативного лечения метода единого лапароскопического доступа с применением SILS Port. Применение данной методики позволяет легко провести удаление узла без расширения операционного доступа и позволяет добиться хорошего косметического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: ЭликсКом, 2004. – 206 с.
2. Вихляева Е.М., Паллади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. – Кишинев: Штиинца, 1982. – 300 с.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
4. Кулаков В.И., Кузнецова М.Н., Мартыш Н.С. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. – М.: Медицина, 1994. – 112 с.
5. Крупко-Большова Ю.А., Корнилова А.И., Егорова А.С. Патология полового развития девочек и девушек. – Киев «Здоров*я», 1980. – 230 с.
6. Курбанова М.Х., Королева А.Г., Сергеева А.С. Генетико-эпидемиологический анализ миомы матки // Медицинский журнал Узбекистана. - 1990. - № 1. – С. 55-58.
7. Мулдашев, Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии Аллоплант для пластической хирургии лица: автореф. дисс. … д-ра мед. наук. – СПб., 1994. – 40с.
8. Муслимов С.А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии. – Уфа: Изд-во Башкортостан, 2000. – 216 с.
9. Нартайлаков М.А. Клинико-экспериментальное обоснование применения аллогенных трансплантатов и медицинских лазеров при хирургическом лечении больных с очаговыми заболеваниями и повреждениями печени: автореф. дисс. … д-ра мед. наук. – М., 1995. – 37 с.

УДК 616.151.511

© И.В. Сахаутдинова, А.Р. Хайбуллина, Т.П. Кулешова, И.М. Таюпова, 2013

И.В. САХАУТДИНОВА, А.Р. ХАЙБУЛЛИНА, Т.П. КУЛЕШОВА, И.М. ТАЮПОВА

ТАКТИКА ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Резюме. *Обследовано 150 женщин в возрасте от 18 до 39 лет. Во время подготовки к планируемой беременности данной группе пациенток проведена корригирующая терапия по индивидуально подобранным схемам, включая курсы плазмафереза. Разработанная нами схема прегравидарной подготовки и ведение беременности позволяют улучшить перинатальные исходы.*

Ключевые слова: *антифосфолипидный синдром, беременность, диагностика.*

I.V. Sakhautdinova, A.R. Khaybullina, T.P. Kuleschowa, I.M. Tayupova

TACTIC OF PREGRAVIDAR TRAINING FOR WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *We examined 150 women aged 18 to 39 years. During the preparations for the planned pregnancy, this group of patients performed corrective therapy to individually-chosen schemes including courses of plasmapheresis. We have developed the scheme pregravid preparation and maintenance of pregnancy can improve perinatal outcome.*

Keywords: *antiphospholipid syndrome, pregnancy, diagnosis.*

Антифосфолипидный синдром (АФС) – это клинико-иммунный симптомокомплекс, характеризующийся выработкой антител к собственным фосфолипидам, входящим в состав клеток и тканей организма. Неблагоприятные исходы беременности у женщин с АФС в структуре репродуктивных потерь высоки, колеблются по данным разных авторов [2,4] от 25 до 87%, частота акушерской патологии в данной группе женщин достигает 80%, и эти показатели не имеют тенденции к снижению. Возникающие при этом синдроме

аутоиммунные реакции приводят к склеиванию тромбоцитов, изменению сосудистой стенки, тромбоцитопении, венозным и артериальным тромбозам. Следствием АФС являются развитие неврологических, сердечно-сосудистых, гематологических, кожных и множество других опасных нарушений. Циркуляция АФА (антифосфолипидных антител) приводит к потерям беременности на различных сроках гестации и неудачам при экстракорпоральном оплодотворении. Невынашивание беременности наблюдается в различные сроки беременности, но, по литературным данным [5], чаще в I триместре. Основными пусковыми механизмами в развитии синдрома потери плода являются тромбоз сосудов плаценты с последующим развитием инфаркта плаценты и фетоплацетарной недостаточности, угнетение синтеза простациклина, дефицит которого вызывает гипертонус миометрия и приводит к выкидышу. В связи с этим необходимы дальнейшее изучение и разработка комплекса лечебных мероприятий в прегравидарной подготовке женщин с данным синдромом.

Нами были обследованы 150 женщин в возрасте от 18 до 39 лет. Все они состояли на учете в Перинатальном центре г. Уфы в 2008-2011 гг. по поводу невынашивания беременности (самопроизвольные выкидыши, несостоявшиеся аборты). Из их числа 49 пациенткам на основании анамнеза, определения антител к кардиолипину IgG, IgA, IgM методом ИФА и исследования свертывающей системы крови (развернутая гемостазиограмма) был выставлен диагноз – АФС. В анамнезе в этой группе (49 женщин) у 6 пациенток наблюдалось мертворождение, у 19 – рождение детей с задержкой внутриутробного развития плода I - III степени. Все пациентки обратились за помощью после неудачной беременности для выяснения причины имевшихся осложнений и последующего планирования беременности. Подготовка к беременности проводилась, как правило, за 3-6 месяца до ее планирования. Она включала выяснение возможных факторов неблагоприятных исходов предыдущих беременностей, оценку наличия и выраженности аутоиммунных нарушений. Помимо общепринятых методов исследования, таких как гинекологическое и генетическое, обследование на наличие инфекций методами ПЦР и ИФА, гормональные исследования, терапевтическое и эндокринологическое обследования, пациенткам проводились специальные методы исследования: методом ИФА определяли антитела к кардиолипину IgG, IgA, IgM, исследовали свертывающую систему крови по данным развернутой гемостазиограммы (оценивали уровень фибриногена, D - dimer, АЧТВ, РФМК). В ходе обследования у всех пациенток были выявлены антитела к кардиолипину: IgG – 25-29 МЕ/мл; IgA – 24-31 МЕ/мл; IgM – 15-24 МЕ/мл. Показатели гемостазиограммы также были повышены у всех исследуемых женщин: фибриноген – 6.0–6.5 г/л, D – dimer >250 (400-500) мм/мг, АЧТВ 36-38 с, РФМК 9-11 мг/л.

Во время подготовки к планируемой беременности данной группе пациенток проведена корригирующая терапия по индивидуально подобранным схемам с учетом результатов обследования. Для коррекции показателей гемостазиограммы назначали курантил по 75 мг 3 раза в сутки 30 дней, клексан по 0,2-0,4 мл 1 раз в сутки п/к 10 дней или фраксипарин по 0,3 мл 1 раз в сутки п/к 10 дней. Прегравидарная подготовка также включала проведение курсов гравитационного плазмафереза. Курс лечения состоял из 2-4 сеансов, проводившихся через 1-2 дня. Плазмаферез обеспечивал коррекцию хронического ДВС-синдрома в стадии гиперкомпенсации за счет механического удаления факторов, ответственных за гиперкоагуляцию (антитела к кардиолипину и т. д.). Кроме того, производилась элиминация циркулирующих иммунных комплексов, играющих провоцирующую роль в возникновении внутрисосудистого фетоплацентарного микротромбоза. Назначалась витаминотерапия – фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение месяца, витамины В12 1,0 мл в/м и В6 1,0 мл в/м – 10 дней, витамин Е по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение месяца.

После проведенного лечения показатели гемостазиограммы достоверно улучшились: фибриноген – 3.5 – 4.0 г/л, D – dimer <250 мм/мг, АЧТВ 26-28 с, РФМК 0-4 мг/л. Антитела к кардиолипину отмечались в низких титрах: IgG – 4-6 МЕ/мл; IgA – 2-4 МЕ/мл; IgM – 2-4 МЕ/мл.

После лабораторного контроля эффективности лечения и полученных хороших результатов терапии планировалась беременность.

После проведения прегравидарной подготовки по предложенной нами схеме у 45 пациенток наступила беременность. В течение беременности женщинам в динамике повторно проводили исследование системы гемостаза (развернутая гемостазиограмма). Оценивали уровень фибриногена, D - dimer, АЧТВ, РФМК с последующей коррекцией по показаниям. Все пациентки проходили комплекс обследования на предмет состояния фетоплацентарной системы (УЗИ в I, II и III триместрах беременности, КТГ, допплерометрия). Осуществлялась терапия, направленная на профилактику плацентарной недостаточности.

Из 49 женщин беременность наступила у 45. У 42 пациенток беременность завершилась благополучно. Срочные роды произошли у 33 пациенток, преждевременные – у 6. Путем кесарева сечения родоразрешены 12 женщин. Оценка по шкале Апгар: 9-10 баллов – 3 новорожденных, 7-8 баллов – 20, 5-6 баллов –14, 3-4 балла- 2. У 1 пациентки произошел самопроизвольный выкидыш на сроке 9-10 недель беременности, у 2 – несостоявшийся аборт при сроках 6 и 8 недель соответственно.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют об обоснованности использования комплексных мер, включающих применение плазмафереза под динамическим лабораторным контролем (определение антител к кардиолипину IgG, IgA, IgM методом ИФА, развернутая гемостазиограмма) при проведении прегравидарной подготовки женщин с антифосфолипидным синдромом. Разработанная схема прегравидарной подготовки и ведение беременности позволяют улучшить перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган, З.С. Основы лабораторной диагностики «антифосфолипидного синдрома» /З.С. Баркаган, А.П.Момот, Л.П.Цывкина [и др.] //Тромбоз, гемостаз и реология. –1999. – №3. – С.13-16.
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Гениевская М.Г., Долгушина Н.В., Мищенко А.Л. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. – М., 2000. – 343 с.
3. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Антифосфолипидный синдром, генетические тромбофилии в патогенезе основных форм акушерской патологии // Русский медицинский журнал. – 2006. – Специальный выпуск. – С. 2–10.
4. Насонов, Е.Л. Современные подходы к профилактике и лечению антифосфолипидного синдрома / Е.Л. Насонов // Тер. архив. – 2003. – № 5. – С. 83–87.
5. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т., Кирющенков П.А. [и др.]. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике: методич. рекоменд. – М., 1997. – С. 22-25.
6. Adamc W. S., Blahol W.S., Bassett S.H. Metod of human plasmapheresis Pros. Soc. Exper. Biol, s Med.- 1952.- vol.80.- p.379.
7. Aron A.L., Gharavi A.E., Shoenfeld Y. Mechanisms of action of antiphospholipid syndrome Int. Arch. Allergy. Immunol- 1995, №106 (1) - p.812.
8. Mitsui M, et al., Anti-phosphatidylserine-prothrombin antibody in patients with recurrent abortion and preeclampsia, Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi. 2005 Feb;28(1):33-9.
9. Velayuthaprabhu S, Archunan G., Evaluation of anticardiolipin antibodies and antiphosphatidylserine antibodies in women with recurrent abortion, Indian J Med Sci. 2005 Aug;59(8):347-52.
10. Ulcova-Gallova Z et al., Anti-phospholipid antibodies against phosphatidylinositol, and phosphatidylserine are more significant in reproductive failure than antibodies against cardiolipin only, Am J Reprod Immunol. 2005 Aug;54(2):112-7.

УДК 616.4-008.8

© А.В. Султанбаев, В.Ю. Фролова, 2013

А.В. СУЛТАНБАЕВ, В.Ю. ФРОЛОВА

БЕЛКОВЫЙ БАЛАНС ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФЫ - ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Резюме. *Известно, что развитие злокачественных новообразований сопровождается отрицательным азотистым балансом. В настоящее время актуальным остается вопрос изучения белкового баланса биологических жидкостей при злокачественных новообразованиях. В данной работе представлены результаты исследования белкового состава периферической лимфы при раке молочной железы. В ходе исследования нами определялось содержание общего белка, альбумина, глобулина и фибриногена. Изучалась зависимость белкового состава лимфы от стадии рака молочной железы. В группу исследования вошли 78 пациентов. Полученные результаты свидетельствуют, что у больных наблюдаются значительные изменения в белковом балансе периферической лимфы, что требует своевременной диагностики и адекватной корректировки.*

Ключевые слова*: белковый баланс лимфы при злокачественных новообразованиях, рак молочной железы.*

Лимфатическая система в организме человека имеет одно из ключевых значений в обмене и транспорте веществ. Током лимфы выводятся продукты жизнедеятельности органа, пораженного злокачественным новообразованием.

Необходимо отметить, что в формировании состава лимфы значительную роль играют белки [1]. Исследуя белковый состав лимфы, можно судить о белковом балансе организма, что являющимся одним из показателей противоопухолевой резистентности.

Известно, что белки лимфы в основном происходят из плазмы путем фильтрации [1]. Степень фильтрации белков определяется проницаемостью сосудов [2].

Многие авторы отмечают, что при развитии злокачественных новообразований в результате неоангиогенеза проницаемость сосудов повышается [5-7].

В свою очередь отмечено, что биохимический состав лимфы значительно больше, чем биохимический состав крови, реагирует на изменения проницаемости сосудов [2].

Следовательно, биохимический состав лимфы и крови является основным индикатором состояния организма человека при злокачественных новообразованиях. У онкологических больных для адекватной корректировки белково-энергетического баланса необходимо своевременно диагностировать изменение состава крови [4] и лимфы. Коррекция белкового баланса ведет к повышению резистентности организма к прогрессированию злокачественного новообразования.

Исходя из вышеизложенного нами поставлена **цель настоящего исследования:** изучить динамику изменения белкового состава периферической лимфы при раке молочной железы.

Материалы и методы

В группу исследования вошли 78 женщин, которые перенесли операцию по поводу рака молочной железы. Возраст пациенток колебался от 43 до 78 лет. Забор лимфы производился по дренажу на 3-5-е сутки после операции, так как по данным литературы [2,3] именно в этот период в результате пересечения лимфатических сосудов наблюдается активная лимфорея. Периферическая лимфа из послеоперационной раны поступает по дренажу в течение 1-3 часов. Исследование белкового состава лимфы проводили на полуавтоматическом фотометре для биохимических исследований CORMAY MULTI (POLSKA). Исследуемую лимфу помещали в проточный кювет. Измерение выполнялось при помощи программного обеспечения в диалоговом режиме. Результаты измерения выводились на дисплей. На исследуемом аппарате CORMAY MULTI диапазон измерения монохроматором составляет от –0,2 до 2 А, полоса пропускания света 10 нм. Ошибка измерения составляет 0,5 %. В биологической жидкости определяли содержание следующих параметров: общего белка, альбумина, глобулина и фибриногена. Исследуемые показатели лимфы колебались в пределах тех данных, которые представлены в литературе [2,3].

В зависимости от стадии заболевания пациенты распределялись так: I стадия -14 (18%) пациенток, II стадия - 36 (46%), III стадия – 20 (26%) и IV стадия – 8 (10%) больных. Эти данные отражены на рис. 1.

На основании полученных данных вычислены средние величины (M) и средние ошибки (m). Достоверность различий исследуемых показателей между исследуемыми группами определяли по критерию Стъюдента (t). Для определения зависимости концентрации белковых компонентов лимфы и крови от стадии рака молочной железы проводили корреляционный анализ (r), характеризующий связь между рассматриваемыми явлениями в их цифровом выражении. Достоверность коэффициента корреляции определяли по критерию Стъюдента (t) и средней ошибки коэффициента корреляции (m_r).

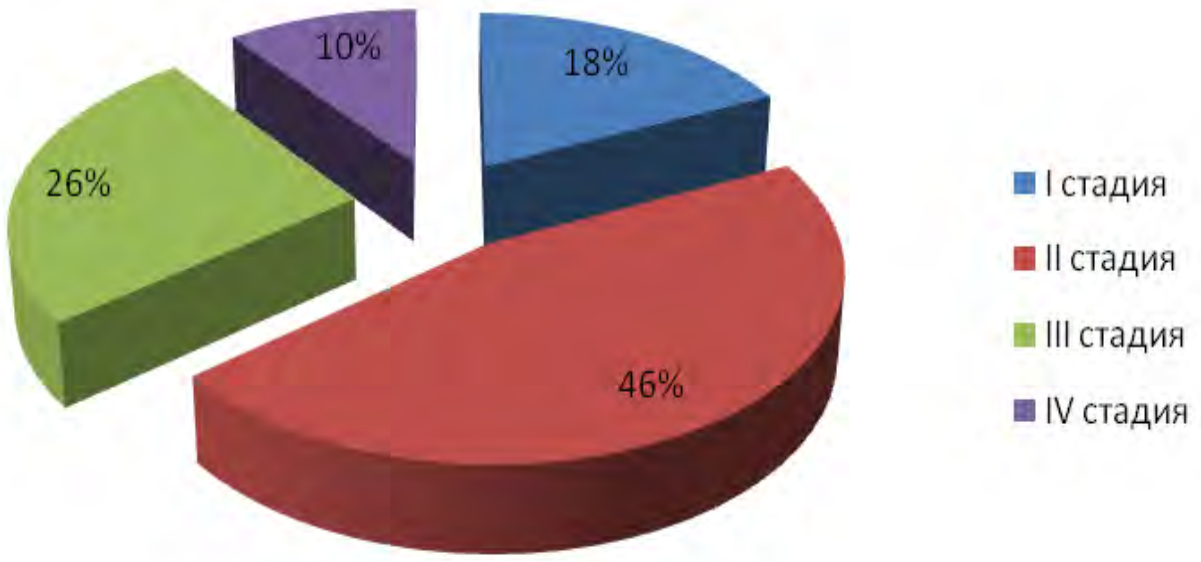

Рис.1. Распределение пациенток по стадиям

Полученные результаты и их обсуждение

Исследуемые показатели имели отличия в зависимости от стадии рака молочной железы. По результатам исследования выявлены различия белкового состава лимфы в зависимости от стадии рака молочной железы.

Полученные результаты по содержанию белковых фракций в периферической лимфе представлены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание общего белка, альбумина, глобулина, фибриногена в периферической лимфе при I, II, III и IV стадиях рака молочной железы (M±m)

Стадия рака	Белковый состав			
	общий белок, г/л	альбумин, г/л	глобулин,г/л	фибриноген, г/л
I	32,93±0.61	15,45±0.33	17,35±0.34	0,87±0,02
II	32,55±0,39	14,71±0,38	17,76±0,36	0,99±0,02
III	32,83±0,57	12,8±0,31	20,03±0,69	1,14±0,02
IV	32,58±0,74	11,5±0,46	21,08±1,05	1,22±0,03

Как видно из приведенных данных, в лимфе с возрастанием стадии рака молочной железы отмечается увеличение уровней глобулина, фибриногена и уменьшение концентрации альбумина. Динамика изменения уровня белковых фракций в зависимости от стадии рака молочной железы представлена на рис.2.

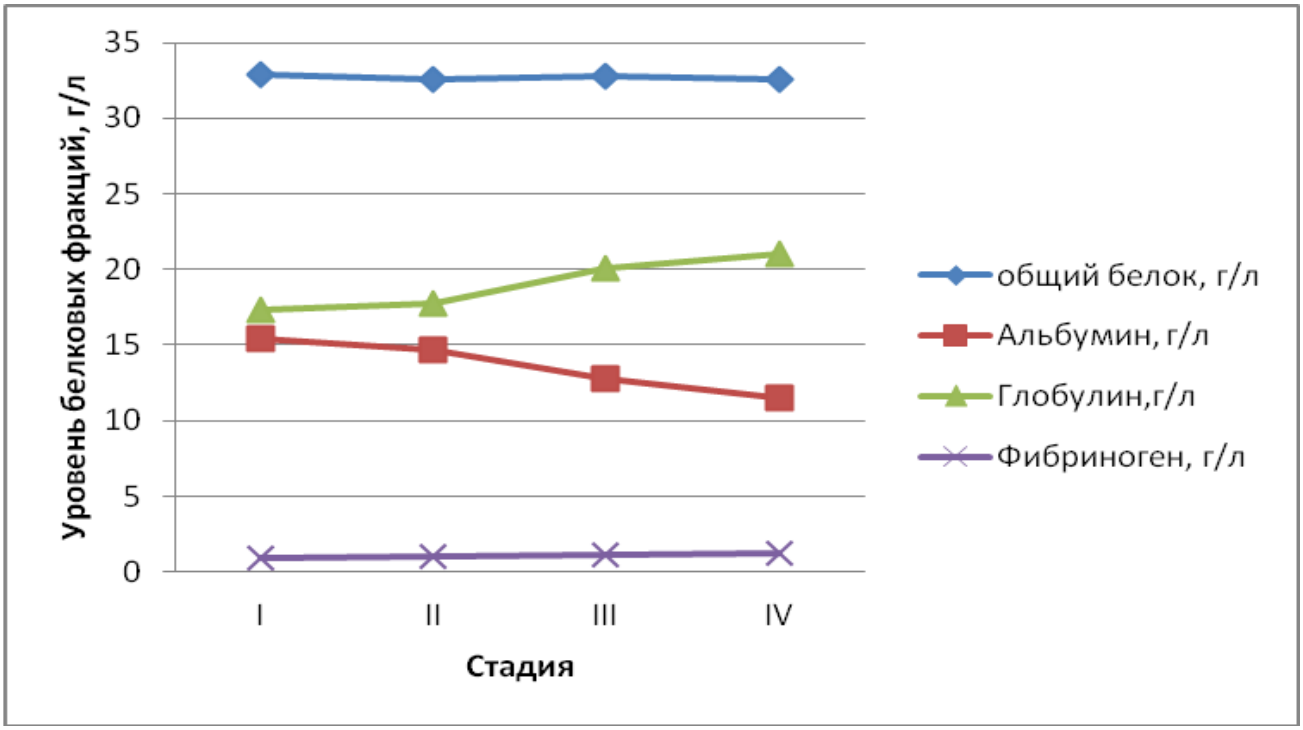

Рис.2. Уровень содержания белковых фракций лимфы в зависимости от стадии рака молочной железы

Связь между стадией рака молочной железы и уровнем белковых фракций лимфы определялась методом корреляционного анализа, который показывает, что между стадией рака молочной железы и содержанием альбумина в периферической лимфе имеется умеренная отрицательная связь r= -0,504 с вероятностью безошибочного прогноза p>99,9% (t=5,09; $m_{r=}$0,099). Между стадией заболевания и содержанием глобулина в периферической лимфе определяется умеренная положительная корреляционная зависимость r= 0,449 с вероятностью безошибочного прогноза p>99,9% (t=4,401; $m_{r=}$0,102). Между стадией рака молочной железы и уровнем содержания фибриногена в периферической лимфе имеется умеренная положительная корреляционная зависимость r=0,676 с вероятностью безошибочного прогноза p>99,9% (t=7,997; $m_{r=}$0,0845).

Следовательно, материалы проведенного исследования позволяют утверждать, что в генеральной совокупности существует зависимость содержания белковых фракций лимфы от стадии рака молочной железы.

В ходе исследования нами определена достоверность различий исследуемых показателей в зависимости от стадии рака молочной железы.

Показатели уровня альбумина в периферической лимфе имели статистически значимые различия между больными с II и III стадиями рака молочной железы t= 2,976; p= 0,004 (F= 3,616; p= 0,0097). Между пациентами при I и II (t= 1,190, p= 0,239), III и IV стадиях (t=2,065, p=0,052) рака молочной железы статистически значимые различия не определяются.

Анализ содержания уровня глобулина в периферической лимфе имел статистически значимое различие: между больными со II и III стадиями рака молочной железы – t= -3,144, p= 0,002 (F= 1,518; p=0,294). Между пациентами при I и II (t= -0,679; p=0,499) , III и IV (t= -0,755; p=0,459) стадиях рака молочной железы статистически значимые различия не определяются.

Показатели фибриногена в периферической лимфе имели статистически значимые различия между респондентами: при I и II стадии рака молочной железы – t=-3,32; p=0,001 (F=1,499; p=0,385); при II и III стадиях – t= -4,296; p=0,00007 (F=1,721; p=0,257); при III и IV стадиях– t= -1,585; p= 0,129 (F=1,327; p=0,857).

Исходя из результатов проведенного исследования можно заключить, что состав биологических жидкостей меняется с увеличением стадии заболевания и, как следствие, с увеличением опухолевой массы. Определяется статистически достоверная зависимость белковых компонентов лимфы от стадии рака молочной железы. Эти изменения существенны между пациентами II и III стадий рака молочной железы.

Из полученных результатов можно предположить, что рост уровня глобулинов в лимфе связано с активацией противоопухолевого иммунитета. Возможно, уменьшение концентрации альбумина в лимфе носит алиментарный, токсический, нейрогенный, то есть комплексный генез.

С увеличением стадии рака молочной железы отмечается статистически значимое повышение концентрации фибриногена в периферической лимфе, что отражает развитие процесса коагулопатии.

Выводы:

1. В результате нашего исследования было выявлено, что в зависимости от стадии рака молочной железы изменяется белковый состав лимфы: определяется корреляционная зависимость концентраций белков лимфы от стадии рака молочной железы.

2. Белковый состав биологической жидкости проявляется следующими изменениями: увеличением содержания фибриногена, что отражает процесс коагулопатии;

увеличением содержания глобулина в лимфе, что указывает на активацию гуморального иммунитета в перитуморальной области; уменьшением содержания альбумина в лимфе, что отражает белковую недостаточность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айнсон, Х.Х. К проблеме транскапиллярной-интерстициальной циркуляции плазменных белков и участие в ней лимфатической системы// Известия академии наук Эстноской ССР. – Т. 27. Биология, 1978. – №3. – С.196-211.
2. Бородин, Ю.И. Общая анатомия лимфатической системы / Бородин Ю.И., Сапин М.Р., Этинген Л.Е. [и др.]. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1990. – С. 224 - 241.
3. Van Sonnenberg E., Wittich G.R., Casola G. et al. Lymphocoeles: imaging characteristics and percutaneous management. Radiology 1986; 161: 593—596.
4. Ганцев, Ш.Х. Диагностика и коррекция гемореологических расстройств у онкологических больных// Ш.Х.Ганцев, В.М.Тимербулатов, И.И. Огий [и др.]. – М., 2008. – 190с.
5. Dias S, Shmelkov SV, Lam G, Rafii S. VEGFd 65) promotes survival of leukemic cells by Hsp 90-mediated induction of Bcl-2 expression and apoptosis inhibition. Blood 2002;99:2532-40.
6. Dvorak HF. Vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor: a critical cytokine in tumour angiogenesis and a potential target for diagnosis and therapy. J Clin Oncol 2002;20:4368-80.
7. Kabbinavar F, Hurwitz HI, Fehrenbacher L, et al. Phase II, randomized trial comparing bevacizumab plus fluorouracil (FU)/leucovorin (LV) with FU/LV alone in patients with metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol 2003;21:60-5

УДК 616.37 – 002 – 036.11 – 08 – 039.73

© В.С. Тарасенко, Д.Б. Демин, Д.В. Волков, А.В. Шефер, С.А. Корнилов, Ф.В. Басов, Н.А. Щетинин, 2013

В.С. ТАРАСЕНКО[1], Д.Б. ДЕМИН[1], Д.В. ВОЛКОВ[1], А.В. ШЕФЕР[3], С.А. КОРНИЛОВ[1], Ф.В. БАСОВ[1], Н.А. ЩЕТИНИН[2]

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

[1]Оренбургская государственная медицинская академия;
[2]МУЗ городская больница СМП №1 г. Оренбурга;
[3]Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова.

Резюме. *Представлен анализ лечения 525 больных острым панкреатитом. Из 100 больных, пролеченных консервативно 50-и в базисную терапию включали пробиотик «Споробактерин», у 425 выполнены эндоскопические и открытые оперативные вмешательства. Цель работы – улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом. Включение пробиотика позволило предупредить развитие деструктивных форм заболевания, которые наблюдались у 8% больных в сравнении с группой пациентов не получавших его – у 14%. Стартовым методом лечения острого деструктивного панкреатита должен быть выбран видеолапароскопический. При прогрессировании деструкции в поджелудочной железе, развития осложнений – открытый метод лечения (лапаротомия с дренированием ретро-, парапанкреатического пространств).*

Ключевые слова: *острый панкреатит, пробиотики, хирургическое лечение*

.

Tarasenko V. S., Dyomin D.B., Volkov D.V., Schaefer A.V., Kornilov S.A., Basov F.V., Schetinin N.A.

TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Summary. *The analysis of treatment of 525 patients with acute pancreatitis were reviewed in the paper. In basic therapy for 50 patients treated conservatively included "Sporobakterin's" probiotic. At 425 patients executed endoscopic and open operative measures.*

The work purpose – to improve results of treatment of patients with acute pancreatitis. Including of a probiotic in basic therapy allowed to prevent development of destructive forms of a disease

which were observed at 8 % of patients in comparison with patients not receiving it (14 %). As a starting method of treatment of acute destructive pancreatitis it should be chosen videolaparoskopicheskiya. At destruction advance in a pancreas, developments of complications – an open method of treatment (a laparotomy with a drainage of retro-, parapancreatic spaces).

Keywords: *acute pancreatitis, probiotics, surgical treatment.*

Введение. Острый панкреатит (ОП) в настоящее время стремительно завоевал лидирующие позиции как в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости, прочно удерживая третье место, уступая острому аппендициту и острому холециститу, так и в структуре летальности, достигающей при деструктивных формах 60 - 80% [2,7]. С учетом многогранности патогенетических звеньев в развитии деструктивного панкреатита, непредсказуемости клинического течения заболевания, возникает необходимость в проведении комплексной терапии и прогнозирования течения этого процесса [6,1]. Существенные отличия в результатах лечения панкреонекроза в различных лечебных учреждениях свидетельствуют о большом расхождении в понимании тактики и стратегии с использованием современных технологий при этом заболевании [4,3,5]. Одним из ведущих звеньев патогенеза ОП являются нарушение микробиоценоза кишечника, способствующего развитию инфицирования ткани поджелудочной железы, а также дисфункции органной микроциркуляции, ишемии с переходом гликолиза на анаэробный путь с избыточным образованием молочной кислоты (лактата).

Цель исследования: оптимизировать лечение на разных этапах течения заболевания, разработать прогностические критерии течения острого панкреатита, развития гнойно-септических осложнений.

Материал и методы.

В исследованном материале представлены данные лечения 525 больных острым панкреатитом (100 пролеченных только консервативно, 425 подвергнутых видеоэндоскопическому и оперативному вмешательствам).

Для профилактики инфицирования ткани поджелудочной железы при остром панкреатите и коррекции нарушенного микробиоценоза кишечника (существенное снижение лакто – и бифидофлоры толстого кишечника с преобладанием ешерихиозной флоры), как потенциального источника контаминации очагов воспаления, нами было обследовано 100 больных, разделенных на 2 равнозначные группы по 50 человек. Первая группа больных (50) получала базисное комплексное лечение. Вторая - (50) дополнительно получала пробиотик “Споробактерин” перорально по 1 дозе 3 раза в сутки в течение 3-х недель.

Клиническая картина заболевания подтверждалась данными динамического исследования УЗИ, комъютерной томографии, лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, биохимические и иммунологические маркеры, лактат, лактоферрин, продукты липопероксидации (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты).

Оценка тяжести состояния больных и прогнозирование течения заболевания осуществлялась комплексным использованием критериев шкал Ranson, SAPS – 11, Glasgow. Полученные результаты обработаны статистически.

В I группе у 14% больных проведенное консервативное лечение не увенчалось успехом, наблюдалось прогрессирование воспалительного процесса с формированием деструктивного панкреатита, а во II группе формирование деструктивного панкреатит отмечено у 8%. К открытым методам лечения во II группе пришлось прибегнуть у 3 (6%), а в I - у 5 (10%) человек.

По результатам лечения 100 больных, получавших консервативную терапию были разделены на 3 подгруппы:

а. консервативная терапия дала положительный результат;
б. консервативная терапия дала положительный результат в сочетании с видеолапароскопическим дренированием брюшной полости;
в. отсутствие результата от консервативной терапии, и видеолапароскопического дренирования брюшной полости, что привело к необходимости последующего оперативного вмешательства.

В Iа группу вошло 34 больных (68%), в Iб – 11 (22%), в Iв – 5 (10%).

Во IIа группу вошли 41 больной (82%), во IIб – 6 (12%), во IIв – 3 (6%).

Всем больным обеих групп, где консервативная терапия дала положительный результат (Iа и IIа группы) был выставлен заключительный диагноз отечного панкреатита, абортивное течение. В Iб группе у 2 (18,2%) пациентов, а во IIб у 1 (16,6%) при лапароскопическом исследовании выявлен острый смешанный деструктивный панкреонекроз (жировой и геморрагический) с перитонеальным геморрагическим выпотом. У больных обеих групп, которым проводилось открытое оперативное вмешательство (Iв и IIв группы) у всех обнаружен смешанный панкреонекроз, пара - и ретропанкреатит. Средний койко-день во второй группе, получавшей споробактерин, был на 8,8 суток меньше чем в первой.

Следовательно, включение в базисную терапию острого панкреатита пробиотика «Споробактерин» позволило снизить вероятность инфицирования воспалительного процесса в поджелудочной железе и уменьшить частоту выполнения оперативных вмешательств.

В последние годы все большее применение нашли эндовидеохирургические вмешательства, выполненные в ранние сроки госпитализации (1-2 суток) у больных острым панкреатитом. По современным требованиям и стандартам лечения эндоскопические вмешательства являются стартовым не только диагностическим, но и лечебным методом.

У 80 больных проведено изучение содержания уровня лактата в сыворотке крови с различными формами острого панкреатита.

Отёчный панкреатит выявлен у 20 пациентов (I группа), очаговый панкреонекроз - у 27 человек (II группа), субтотальный и тотальный - у 25 (III группа). В течение суток с момента госпитализации погибли 8 пациентов на фоне фульминантного течения заболевания (IV группа), диагноз верифицирован во время секции.

Опыт лечения больных с острым деструктивным панкреатитом свидетельствуют о широком диапазоне оперативных вмешательств, выполненных у 345 (20,2%) больных и отличается полярностью. Это было обусловлено отсутствием надлежащих технических возможностей для более совершенной диагностики панкреонекроза (УЗИ, КТ, лапароскопия) на первом этапе исследований в 1986 – 95 гг. В этой связи в экстренном порядке (через2-4 часа) с момента поступления оперированы 35 (10,1%) из 345 больных с клиникой перитонита и трудно коррегируемой нестабильной гемодинамикой. Оперативное вмешательство проводилось в связи с выставленным при поступлении диагнозом: прободной язвы, деструктивного холецистита, мезентериального тромбоза. Летальность в этой группе больных была наиболее высокой и составила 60,6% (умерло 20 больных).

Результаты и обсуждение.

В первые сутки с момента поступления из 345 больных оперировано 104 (30,1%), спустя 24 часа – 206 (59,7%), а из этой группы больных спустя 3-5 суток и более –110 (53,4%) больных.

Во время операции выявлен тотальный и субтотальный смешанный (жировой + геморрагический) панкреонекроз у 221 (64,05%) больного с ферментативным геморрагическим перитонитом; крупноочаговый (смешанный) – у 83 (24,05%), гнойно-некротический – у 41 (11,9%) больных.

Объем хирургического вмешательства состоял в выполнении оментобурсопанкреатостомы, мобилизации 12-п. кишки по Кохеру, абдоминизации поджелудочной железы, некрэктомии, установление силиконовой дренажно-промывной системы в сальниковой сумке, вскрытие и дренирование забрюшинной, пара- и ретропанкреатической клетчаток, наложение холецисто-, холедохостомы при локализации процесса в головке железы и наличии гипертензии в желчевыводящей системе.

Нами предложен способ прогнозирования исхода острого деструктивного панкреатита путем определения в ткани поджелудочной железы во время оперативного вмешательства малонового диальдегида (МДА) одного из конечных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), и при его величине 4,77±0,27 нмоль/мг – прогноз благоприятный, а при показателях 7,053±0,72 нмоль/мг и выше – неблагоприятный (патент РФ № 2153676).

У 158 больных острым деструктивным панкреатитом проводились санационные ревизии поджелудочной железы, сальниковой сумки от 2 до 8 раз, в среднем 4,25±0,2 для оценки состояния этих анатомических образований а также ретро - и парапанкреатической клетчаток, выполнения некр – секвестрэктомии.

В послеоперационном периоде у 74 больных было прогнозировано развитие гнойных осложнений при комплексном исследовании лактоферрина, интерлейкина – 8 (ИЛ-8) и малонового диальдегида в венозной крови.

При показателях лактоферрина свыше 2296,5±280,1 нг/мл, ИЛ-8 свыше 147,0±20,9 пг/мл, малонового диальдегида (МДА) выше 4,64±0,21 нмоль/мл в сыворотке крови (патенты РФ № 2187117; № 2199121), совместно с клинической картиной течения заболевания диагностировалось развитие гнойных осложнений, что требовало выполнения этапных некр-, секвестрэктомий и активно воздействовать на резидуальные и рекуррентные очаги деструкции ткани ПЖ, сальниковой сумки, особенно забрюшинного пространств, которые при панкреонекрозе разделены существенными временными промежутками.

У 254 выживших больных в послеоперационном периоде в среднем количество осложнений на одного пациента составило 0,95. Вместе с тем при включении у 48 больных в комплексную терапию пробиотика «Споробактерин», как альтернатива антибактериальной терапии, позволило снизить частоту послеоперационных местных с 56,4% до 43,7%, а общих гнойно-воспалительных осложнений с 39,2% до 31,4%, тем самым сократить пребывание в стационаре на 25% (патенты РФ №2151607; №2202356).

У пациентов, подвергнутых лапароскопической визуализации, как стартового метода лечения острого деструктивного панкреатита, в I группе (20 больных) уровень лактата составил 1,96±0,19 ммоль/л – в 1,32 раза выше нормы ($p<0,05$). Тяжесть ОП по шкале Glasgow составила 1,6 (нетяжёлый ОП), индекс SAPS II – 19,4 (вероятность летального исхода – 3,5%).

Во II группе (27 больных) лактат превышал норму в 2,14 раз и составил– 3,17±0,25 ммоль/л ($p<0,01$), а показателя I группы в 1,62 раза. Индекс Glasgow – 2,9 (нетяжёлый ОП), индекс SAPS II – 33,6 (вероятность летального исхода – 15%).

В III группе (25 больных) содержание лактата составило 4,59±0,46 ммоль/л, что выше нормы в 3,1 раза (p<0,01), а уровня I группы – в 2,34 раза (p<0,01), II группы – в 1,45 раз (p<0,01). Индекс Glasgow – 3,4 (тяжёлый ОП), индекс SAPS II – 39,6 (вероятность летального исхода – 25%).

У пациентов IV группы (8 человек), погибших от фульминантной формы острого деструктивного панкреатита, уровень лактата максимальный – 19,32±1,21 ммоль/л, превышение нормы в 13,1 раза (p<0,01), показателей предыдущих групп в 4-10 раз (p<0,01). Индекс Glasgow – 5,3 (тяжёлый ОП), индекс SAPS II – 92,3 (вероятность летального исхода – 97%).

Результаты проведенного лечения и исходы заболевания свидетельствуют о том, что в I гр. прогрессирования некроза, осложнений и летальных исходов не было. Во II группе летальных исходов не было, у 5 больных (18,5%) развились постнекротические кисты поджелудочной железы, дренированные впоследствии под контролем УЗИ.

В III группе у 4 больных (16%) образовались постнекротические кисты поджелудочной железы, что потребовалось дренирования их под контролем УЗИ. Инфицирование некроза развилось у 10 пациентов (40%), из них у 8 (32%) выполнена лапаротомия, а у 2 (8%) - пункционные дренирования. Летальный исход наблюдался у 4 (16%) пациентов после выполненной лапаротомии (исходно у всех тотальный панкреонекроз, лактат – 4,92±0,25 ммоль/л, Glasgow - 4,7; SAPS II - 57,6 с прогнозируемой летальностью 62 %).

Выводы:

1. Применение споробактерина в комплексном консервативном лечении острого панкреатита позволяет устранить или перевести в легкие формы дисбиотические нарушения в кишечнике, уменьшить переход заболевания в деструктивные формы, уменьшить количество санационных ревизий сальниковой сумки, ретро- и парапанкретических пространств, сократить пребывание больных в стационаре.
2. В качестве стартового метода лечения острого деструктивного панкреатита должна быть выбрана методика видеолапароскопического дренирования брюшной полости и по-возможности сальниковой сумки с минимальным риском экзогенного инфицирования.
3. При остром деструктивном панкреатите установлено достоверное прогрессирующее повышение уровня молочной кислоты в сыворотке крови от отёчного панкреатита до тотального панкреонекроза с фульминантным течением, что является неблагоприятным прогностическим критерием данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демин Д.Б. Патогенетическое обоснование комплексного лечения острого панкреатита.: Автореф. дисс….докт.мед.наук./Д.Б.Демин. -Оренбург,2010.-50 с.
2. Деструктивный панкреатит. Стандарты диагностики и лечения /Савельев В.С., Филимонов В.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. // Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т. 6. – № 2. – С. 115-122.
3. Иванов П.А. Выбор рациональной тактики лечения острого панкреатита /П.А.Иванов, А.В. Гришин, А.Н.Щербюк // Хирургия. – 1998. - № 9. – С. 50-53.
4. Кубышкин В.А. Лечебная тактика при панкреонекрозе/В.А.Кубышкин // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 148.
5. Савельев В.С., Кубышкин В.А. Панкреонекроз. Состояние и перспектива /В.С.Савельев, В.А.Кубышкин // Хирургия. – 1993. – № 6. – С. 22-28.
6. Тарасенко В.С. Острый деструктивный панкреатит. Некоторые аспекты патогенеза и лечения.:Автореф. дисс….докт.мед.наук./В.С.Тарасенко. Оренбург,2000.-48 с.
7. CT-guided aspiration of superected pancreatic infection: bacteriology and clinical outcome / P.A.Banks, S.G Gezzov., K.E Langevin et al. // Int. J.. Pancreatology. – 1995. – v. 18 (3). – P. 265-270.

УДК 616.379-008.64

© В.О. Ханов, С.Р. Туйсин, Д.А. Шилов, В.П. Окроян, 2013

В.О. ХАНОВ, С.Р. ТУЙСИН, Д.А. ШИЛОВ, В.П. ОКРОЯН

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Клиника ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. *Статья освещает современные подходы к комплексному лечению больных с синдромом диабетической стопы в хирургическом стационаре. Авторами представлен опыт работы с пациентами, поступившими в плановом и экстренном порядке, предложены системный подход и критерии выбора стратегии хирургического лечения синдрома диабетической стопы. Изучены непосредственные и отдаленные результаты внедренной схемы ведения больных, выявлены ее преимущества и недостатки.*

Ключевые слова: *сахарный диабет, синдром диабетической стопы, хирургическое лечение.*

Khanov V.O., Tuisin S.R., Shilov D.A., Okroyan V.P.

A MODERN APPROACHES TO HOSPITAL TREATMENT OF PATIENTS WITH A DIABETIC FOOT SYNDROME

Clinic of Bashkir State Medical University

Abstract. *The article talks to modern approaches in complex treatment of patients with a diabetic foot syndrome in a surgical department. Authors present their experience with the patients who have arrived in a planned and emergency order, the criteria's of a choice the strategy of surgical treatment of diabetic foot syndrome. The direct and remote results of the introduced scheme are studied; its advantages and lacks are revealed.*

Keywords: *diabetes, diabetic foot syndrome, surgical treatment.*

Синдром диабетической стопы в настоящее время рассматривается как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета (СД). Диабетическая язва стопы,

гангрена и ампутация приносят высочайший ущерб здоровью, снижают качество жизни больных и сопровождаются значительными экономическими затратами. Динамика заболеваемости СД продолжает оставаться неутешительной, распространенность СД быстро и последовательно растет. Заболеваемость и смертность от всех форм сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 5 раз выше у больных СД в сравнении с теми, у кого его нет. Ежегодно число больных СД увеличивается на 5-7%, а каждые 10 лет количество заболевших удваивается, по прогнозам экспертов ВОЗ к 2015 году в мире прогнозируется прирост числа больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, до 300 млн. человек [3,7].

Врачи многих специальностей сталкиваются с проявлениями СД, так как это заболевание поражает практически все системы организма. Однако наиболее драматические осложнения возникают со стороны нижних конечностей. Поражение магистральных артерий нижних конечностей при СД встречается в 3 - 5 раз чаще, а течение атеросклероза гораздо агрессивнее, частота критической ишемии примерно в 5 раз выше, чем в остальной популяции, трофические нарушения развиваются у 10% пациентов пожилого возраста с СД. Около половины ампутаций нижних конечностей выполняют у больных диабетом, при этом к большим ампутациям прибегают в 11 раз чаще и у более молодых людей [1,6].

Социально значимым заболевание является и потому, что приводит к ранней инвалидизации и летальности в связи с осложнениями, среди которых синдром диабетической стопы, выделенный в 1987 г. ВОЗ в самостоятельное нозологическое осложнение наряду с поражением глаз, почек, нервной и сердечно-сосудистой систем, занимает лидирующие позиции.

Синдром диабетической стопы (СДС) формируется вследствие диабетической микро- и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии с дальнейшим присоединением и прогрессированием хирургической инфекции [3,5,8].

Значительное количество ампутаций, не удовлетворяющих специалистов при СДС, ограниченные возможности ангиохирургических методов лечения и отсутствие эффективных схем консервативной терапии данной патологии делают все более актуальным применение новых подходов к данной проблеме. Накопленный в течение последних десятилетий клинический и научный опыт изучения патофизиологических механизмов формирования синдрома диабетической стопы позволил выработать комплексную, патогенетически обоснованную направленность корригирующего воздействия с включением профилактических и лечебных мероприятий с использованием современных медикаментозных факторов, обладающих регенераторной направленностью.

В Клинике ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России за последние три года проанализированы результаты лечения 211 пациентов с синдромом диабетической стопы, у которых использовался комплексный подход на всех этапах лечения.

В отделение гнойной хирургии поступили в экстренном порядке 68 (31,3%) и в плановом порядке 143 (68,7%) человека, от начала проявлений заболевания до момента поступления в стационар в сроки от 1 до 3 месяцев (в среднем 28,4±17,1 дня). На момент госпитализации лишь у 17 (8,5%) пациентов СД был компенсирован, и уровень гликемии у них составлял 6-8 ммоль/л. В стадии декомпенсации углеводного обмена поступило 163 (81,1%) больных, в стадию субкомпенсации – 21 (10,4%) больной. Тяжелая степень диабета выявлена у 139 (69,1%) пациентов, сахарный диабет средней тяжести - у 62 (30,9%) больных.

Стационарно всем пациентам проводились клинико-неврологическое обследование, пальпаторная оценка пульсации сосудов, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей и исследование микроциркуляции кожи стоп методом лазерной флоуметрии.

Характеризуя группу пролеченных больных, необходимо отметить, что длительность заболевания в 143 (67,7%) случаях была более 10 лет и 201 (95,3%) пациент со 2-м типом сахарного диабета. Мужчин было 48 (21,4%), женщин - 163 (78,6%), возраст больных – от 43 до 74 лет, средний возраст составил 62,5±11,2 года. Чаще всего трофические язвы приходились на возраст 50-59 и 60-69 лет − 24,4% и 40,3% случаев соответственно, что обусловлено увеличением лиц пожилого возраста в общем числе больных сахарным диабетом, особенно 2 –го типа, и увеличением средней продолжительности жизни. С нейропатической формой СДС было 97 (45,9%) человек, которые характеризовались наибольшей длительностью заболевания (18,1±4,5 года). Нейроишемической формой страдало 114 (54,1%) пациентов в основном пожилого возраста (64,1±2,7 года) с преобладанием СД 2-го типа. Впервые СД был диагностирован у 14 (6,6%) пациентов, поступивших с наличием язв и трофических изменений на стопе.

При сравнительном анализе больных с синдромом диабетической стопы по локализации трофических язв выявлено следующее: в основном локализация язв соответствует местам наибольшего давления. На подошвенной поверхности стоп язвы определялись у 185 больных (87,7%), При сохранной пульсации на задней большеберцовой артерии и артерии тыла стопы в основном локализация язв соответствует местам наибольшего давления на подошвенной поверхности, а на наиболее дистальных участках стопы – при ослабленной пульсации или ее отсутствии. Глубина и степень инфицирования язв по Вагнеру в большинстве случаев соответствовала 2- и 3-й степени.

Бактериологическое исследование показало, что основными возбудителями инфекционного процесса у больных обеих групп являлись стафилококки, реже грамотрицательная флора. Высевались стафилококки, стрептококки и другие как в монокультуре, так и в ассоциации. У 20 (9,5 %) больных по данным микробиологического исследования был получен отрицательный результат.

В первые сутки госпитализации 46 (21,8%) пациентам, поступившим в экстренном порядке, выполнены первичные ампутации нижних конечностей на различном уровне. Выполняя хирургическую обработку, иссекали явно некротизированные ткани и проводили вскрытие флегмон, добиваясь максимально хорошего дренирования ран. При отсутствии признаков инфицирования проводились плановые некрэктомии и механическое удаление участков гиперкератоза, в ряде случаев с использованием стационарного скалера. При этом с целью коррекции уровня гликемии в пределах 6,0 - 9,0 ммоль/л переводили больных на инсулин короткого действия.

После операции при наличии признаков инфицирования в виде перифокального воспаления, гнойного отделяемого, целлюлита в язвенном дефекте, неприятного запаха из язвы, лихорадки и при пенетрации язвы на всю глубину кожи пациентам назначался антибиотик широкого спектра действия, чаще всего цефалоспоринового ряда. В дальнейшем антибактериальная терапия осуществлялась с учетом чувствительности возбудителя, а при подборе препаратов старались использовать антибиотики последних поколений, руководствуясь следующими позициями:

– дефекты функции лейкоцитов – применение бактерицидных препаратов;

– нарушение периферического магистрального кровотока –парентеральное введение антибиотиков и использование высоких доз антибиотиков;

– нефропатия – исключение нефротоксичных препаратов.

Лечение антибиотиками парентерально продолжалось в среднем до 2-х недель, до полной ликвидации гнойного отделяемого в язве и нормализации температуры тела. При необходимости использовалась комбинация антибиотиков с дополнительным назначением противогрибковых препаратов. При отсутствии противопоказаний при нейропатической форме проводилось физиотерапевтическое лечение.

После проведения некрэктомии проводимое местное медикаментозное лечение считали существенным компонентом в достижении успеха лечения СДС. В первой фазе раневого процесса использовали обработку антисептиками, обладающими выраженными антимикробными свойствами, малой токсичностью и широким спектром действия: йодовидон, диоксидин, хлоргексидин, мирамистин. Учитывая цитотоксический эффект

перекиси водорода, обработка ею проводилась лишь при значительном количестве отделяемого, в остальных случаях она не применялась. При наличии большого количества некротических масс в первые сутки использовали повязки с протеолитическими ферментами: трипсином, химотрипсином, мазью «Ируксол» – и продолжали перевязывать с наложением современных сорбирующих повязок «Витас-Айтуар» (Казань), «TenderWet» и «Atrauman Ag» (Hartmann). Очищение раны от некротических тканей, уменьшение количества отделяемого, ликвидация перифокального отека и инфильтрации наряду со снижением температуры тела и улучшением состояния больного, свидетельствовавшими о переходе во вторую фазу раневого процесса, позволяли переходить на комбинированные повязки «PermaFoam» (Hartmann), а также применять разработанный в клинике иммуномодулирующий бактерицидный перфоративный атравматический лейкопластырь. Предлагаемое изделие дешевле зарубежных аналогов и представляет собой лечебный перевязочный материал «Активтекс» – текстильную салфетку, содержащую депо системы с биосовместимым полимером и лекарственным препаратом, которая дополнительно содержит препарат активации иммунной системы «Деринат» (патент РФ № 58354). За счет своих иммуномодулирующих, противовоспалительных, стимулирующих регенерацию свойств использование комбинированных повязок позволяет ускорить сроки образования грануляций на 6 - 8 суток.

Разгрузка пораженной конечности имеет одно из решающих значений в лечении диабетической стопы и полноценного заживления раневого дефекта. Достижение адекватной разгрузки способствует ликвидации периферического отека, тем самым снижается внутритканевое давление, улучшается микроциркуляторный кровоток, повышается насыщение тканей кислородом. Первое время до очищения раны требовали от пациентов соблюдения строго постельного режима. Это требование объяснялось тем, что отсутствие опоры на стопу во вторую фазу устраняет пиковые нагрузки давлением на подошвенную язву, рану и тем самым ликвидируются травмы, размозжение грануляций, устраняются условия для распространения инфекции. При очищении ран рекомендовали больным применение ортопедических стелек и ортезов, подбор которых осуществляли на основании компьютерной педобарографии во время ходьбы. У 43 (20,4 %) пациентов во вторую и третью фазы раневого процесса (с глубиной язвы 1 и 2 ст. по Вагнеру) применялись силиконовые ортопедические стельки, у 51 (24,2%) больного ортопедическая обувь. При корригирующей обуви у данной группы больных отмечается снижение максимальных величин давления на пораженную область стопы и более равномерное распределение по всей

ее поверхности. Субъективно пациенты отмечали удобство и простоту применения стелек и уменьшение болей при ходьбе.

Общая медикаментозная терапия включала препараты α-липоевой кислоты, жирорастворимые формы витаминов группы В, антиоксиданты, инфузии солевых растворов, анальгетики, по показаниям – сердечные и гипотензивные препараты. При нейроишемической форме медикаментозная коррекция дополнялась включением реологических растворов, дезагрегантов и антикоагулянтов под контролем глазного дна каждые 10 дней с необходимым дополнением ангиотропных препаратов и назначением вазапростана. Применение препаратов простагландина Е1 было ограничено ввиду их высокой стоимости.

Полученные современные данные подтверждают необходимость включения в комплексную терапию при гнойно-некротических поражениях конечностей на фоне диабета иммуномодуляторов различного происхождения. Иммунокоррекция при СДС направлена на нейтрализацию бактериального возбудителя, элиминацию токсинов, модуляцию воспалительного ответа, предотвращение гемодинамических нарушений и органных дисфункций. Нами применялась иммуномодулирующая терапия с использованием препаратов «Ликопид», который назначали по 2 мг 1 раз в день перорально в течение 10 дней. Проводимая иммунокоррекция показала, что происходит восстановление количества и функциональной активности лимфоцитов преимущественно за счет Т-лимфоцитов и Т-хелперов, снижение содержания циркулирующих иммунных комплексов и повышение уровня иммуноглобулинов крови, а также улучшение показателей, характеризующих систему фагоцитоза.

При нейроишемических формах поражений стоп оценивалась степень выраженности нарушения магистрального кровотока. Тяжесть недостаточности кровообращения оценивали на основании дистанции безболевой ходьбы (по Фонтейну-Покровскому) и плечелодыжечного индекса (ПЛИ). Критериями значительно выраженного нарушения периферической макрогемодинамики являлись ПЛИ i=0,4, при этом определялись показания к возможности восстановления кровотока хирургическими способами. Большинство хирургов видят потенциал улучшения результатов лечения больных с СДС в выполнении реконструктивных операций на различных сегментах артериального русла нижней конечности. Шунтирующие операции выполнены 21 (9,9%) пациенту, у которых удалось купировать критическую ишемию. Из них аортобедренное шунтирование выполнено 2 больным, бедренноподколенное 5, вмешательство на бедренноберцовом сегменте 3 пациентам. Пластика магистральных артерий выполнена 9 пациентам, причем у 3 как

дополнение к шунтирующей операции, открытая эндартерэктомия из общей подвздошной артерии выполнена 3 больным. В сочетании с реконструктивными операциями на сосудах выполнено 9 поясничных симпатэктомий, из них 2 как самостоятельный вид операции. В послеоперационном периоде у 1 (0,5%) больного при проведении исследования оксигенации кожных покровов не отмечено повышения $TcpO_2$ стопы выше 20 мм рт.ст. при наличии инфицированной язвы стопы. Данному пациенту были определены показания к проведению высокой ампутации.

На фоне прогрессирования гнойно-некротического процесса на стопе в основном у пациентов с нейроишемической формой различного уровня ампутации произведены 35 (16,6%) больным, летальность составила 4 (2,1%).

Клиническая оценка эффективности местного лечения включала в себя следующие параметры: уменьшение размеров раневой поверхности, появление грануляций, начало краевой эпителизации. Положительные результаты в виде полной эпителизации трофических язв достигнуты у 146 (69,2%) пациентов от числа всех поступивших в стационар. Сроки полной эпителизации на тыльной поверхности стопы составили в среднем 43,2±5,2, а сроки лечения в стационаре составили в среднем 47,1±18,4 дня.

Не достигнуто полного заживления трофических язв у 24 (11,4%) больных в основном с нейроишемической формой СДС. Выполнив реконструктивные сосудистые операции 21 (9,9%) больному удалось купировать критическую ишемию, добиться регресса гнойно-некротического расплавления с сохранением опорной функции нижней конечности. На фоне проводимой терапии у 3 (1,5%) больных отметилось уменьшение болей, приостановилось увеличение язвы, которая покрылась сухим струпом без отделяемого, эти пациенты были направлены на санаторно-курортную реабилитацию с соответствующими рекомендациями по дальнейшему ведению.

В период до 6 месяцев была отмечена высокая частота рецидивов язвенных дефектов в группе больных, не использующих ортопедическую обувь. После выписки из стационара только 61 (28,9%) пациент следовал рекомендациям по разгрузке стопы и ежедневном уходе за кожей стопы. При этом отмечено, что у пациентов, использовавших разгрузку стопы и ортопедические стельки, рецидивы трофических язв были у 5 (2,1%) больных, рецидивы отмечены у 28 (13,4%) больных, которые не следовали рекомендациям по уходу за стопой.

Таким образом, вопросы лечения СДС не теряют своей актуальности на современном уровне. Внедрением в хирургическую практику новых медикаментозных средств, различных перевязочных покрытий с возможностью специфического подбора по стадии течения раневого процесса, мини-инвазивных ангиохирургических технологий и

пластических материалов позволяют предлагать новые подходы к стратегии ведения пациентов с СДС. Разработка комплексного подхода с использованием всего имеющегося потенциала должна быть направлена на сохранение стопы и опорной функции нижней конечности, а его применение в клинике позволит снизить процент ампутаций и летальность, улучшить качественные показатели жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боклин, А.А. Влияние тактики хирургического лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы на состояние иммунитета / А.А. Боклин, Е.П. Кривощеков, С А. Блащенкова, А.И. Данилов //Материалы международного симпозиума «Диабетическая стопа». – Самара, 2005. – С. 63.
2. Галстян, Г.Р. Современные принципы ведения больных с синдромом диабетической стопы/Г.Р. Галстян, А.Ю.Токмакова // Сахарный диабет. –2005. – № 1. – С. 26-32.
3. Дедов, И.И. Диабетическая стопа. – М.: Практическая медицина, 2005.
4. Международный симпозиум «Диабетическая стопа: хирургия, терапия, реабилитация». – СПб., 2008. – С. 34-78.
5. Пальцын, А.А. Возбудители хирургической инфекции при поражениях нижних конечностей у больных сахарным диабетом/А.А. Пальцын, Е.Г.Колокольчикова, А.Б.Земляной, А.М.Светухин [и др.]// Анналы хирургии. – 2000. –№ 5. – С. 52-55.
6. Cohen, D; Carter, P. How small changes led to big profits for insulin manufacturers. British Medical Journal 2010; 341:c7139
7. The Consensus of diabetic foot Supplement, Amsterdam. – 2003.
8. Waugh, N; Scotland, G; McNamee, P; Gillett, M; Brennan, A; Goyder, E; Willians, R; John, A. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling. Health Technology Assessment 2007; 11(17):1-146.