

ммоль/л	2 группа (n=50)	1Б (n=13)	8,7±3,2	12,2±4,8*
		2А (n=34)	8,6±2,7^^	8,2±2,9
		2Б (n=16)	12,4±5,2^^	17,0±5,8*
N= 2,6-8,3				
Креатинин, ммоль/л	1 группа (n=29)	1А (n=16)	0,09±0,02	0,09±0,01
		1Б (n=13)	0,14±0,03	0,17±0,04*
	2 группа (n=50)	2А (n=34)	0,13±0,04^^	0,12±0,07
		2Б (n=16)	0,14±0,03	0,18±0,06*
N=0,05-0,12				

Примечание: *- различия между двумя этапами в исследуемых группах достоверны. ^- различия между показателями исследуемой подгруппы и должными значениями данного показателя, p<0,05. ^^ - различия между подгруппами исследуемых групп на этапе обследования, p<0,05.

Неэффективность комплекса кардиальной терапии вероятно обусловлена более тяжелой исходной и прогрессирующей полиорганной патологией. Так, у пациентов групп 1Б и 2Б уровни мочевины и креатинина были достоверно выше при поступлении и наблюдалось достоверное их увеличение: мочевины (в 1Б подгруппе с 8,7±3,2 ммоль/л до 12,2±4,8 ммоль/л, во 2Б подгруппе с 12,4±5,2 ммоль/л до 17,0±5,8 ммоль/л) и креатинина (в 1Б подгруппе с 0,14±0,03 ммоль/л до 0,17±0,04 ммоль/л, во 2Б подгруппе с 0,14±0,03 ммоль/л до 0,18±0,06 ммоль/л).

По показателю фазового угла положительная динамика, в виде увеличения значений данного показателя на этапах обследования наблюдалась в 1А (n=16) подгруппе (с 5,2±1,0° до 5,6±1,1°) и во 2А (n=34) подгруппе (с 5,3±0,7° до 5,9±1,3°, p<0,05). Значения фазового угла на первые и седьмые сутки составили в 1Б (n=13) подгруппе 5,0±1,0° и 5,0±1,1° соответственно, во 2Б (n=16) подгруппе 5,4±1,3° и 5,9±1,3° соответственно.

По данным ДК ЭКГ в 1А подгруппе (n=16) между первыми и седьмыми сутками достоверной динамики показателя микроальтернатив ЭКГ - сигнала не наблюдалось (24,9±8,6% и 24,4±9,1% соответственно), тогда как у пациентов 2А подгруппы (n=34) на фоне проводимой МКП отмечено достоверное снижение ИММ с 26,7±6,5% до 20,7±6,4%.

При анализе выживаемости за первый месяц наблюдения больных ОСН в 1-й группе отмечено 6 (21%) летальных исходов, во 2 группе – 2 (4%). В группе с комбинированной терапией общая летальность за первый месяц была достоверно ниже, чем в группе со стандартной терапией (ОР =0,19; 95%ДИ 0,04-0,89; p=0,03). Больше количество летальных исходов за первый месяц наблюдения в 1-й группе было обусловлено более частым, чем во 2-й группе развитием осложнений сердечно – сосудистой патологии (острый инфаркт миокарда, аритмии). 4 из 6 пациентов 1-й группы скончалось от острого инфаркта миокарда, 2 - от ХПН. Тогда как во 2-й группе, было отмечено два летальных исхода, обусловленных ХПН.

Таким образом, как показали проведенные исследования, добавление к стандартной медикаментозной терапии КСМКП привело к стабилизации клинического состояния 68% пациентов 2-й группы (n=34, больные ОСН без прогрессирующей ХПН); нормализации статуса гидратации (уровень общей воды организма снизился с 39,8±7,8л до 34,7±7,4л, p<0,05), улучшению состояния клеточных мембран (фазовый угол увеличился с 5,3±0,7° до 5,9±1,3°, p<0,05) по данным биоимпедансной спектроскопии и электрофизиологических свойств миокарда (индекс “Миокард” снизился с 26,7±6,5% до 20,7±6,4%; p<0,05) по данным дисперсионного картирования. А также способствовало снижению госпитальной летальности (ОР =0,19; 95%ДИ 0,04-0,89; p=0,03) во 2-й группе, вероятно за счёт снижения доли сердечно – сосудистой смертности.

Литература

1. Бокерия Л.А. Бузиашвили Ю.И., Лапанашвили Л.В. и соавт. Влияние наружной мышечной контрпульсации на показатели центральной гемодинамики у больных ИБС в раннем периоде после операции аортокоронарного шунтирования // Материалы девятой ежегодной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. (Москва, 15-17 мая. 2005 г.) – 2005. - №3, Том 6 - С. 162.
2. Иванов Г.Г., Никулина Л.Д., Дворников В.Е., Куаку В.В., Николаев Д.В. Оценка эффективности диуретической терапии у больных с недостаточностью кровообращения с использованием биоимпедансометрии // Функциональная диагностика. - 2004. - №1- С. 49- 54.
3. Иванов Г.Г., Сула А.С. Длительный мониторинг амплитуды микроальтернатив ЭКГ у больных с ишемической болезнью сердца по данным дисперсионного картирования // Функциональная диагностика.- 2009. - №4. - С.37-45
4. Иванов Г.Г., Сула А.С. Метод дисперсионного картирования ЭКГ в клинической практике. Методическое пособие. - М., 2008.- С.46.
5. Юревичуте Г.И. Мышечная контрпульсация у больных хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка: Автореф. дис. канд.мед.наук. – Москва, 2008. - 22 с.

Позднякова О.Ю.

Докторант, кандидат медицинских наук, доцент., Ставропольский государственный медицинский университет
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аннотация

Проводилось изучение лечения пациентов с неконтролируемой БА в терапевтическом отделении многопрофильной больницы, на основе которого была проведена оценка лечения пациентов с БА различной степени тяжести и соответствия современным стандартам. В результате исследования выявлены основные ошибки фармакотерапии этой категории пациентов, которые привели к ухудшению течения БА и длительному пребыванию пациентов в стационаре.

Ключевые слова: неконтролируемая бронхиальная астма, анализ, лечение, современные рекомендации.

Pozdnyakova O.U.

Doktorant, candidate of medical Sciences, associate Professor,
 Stavropol state medical University

THE ANALYZE OF THE TREATMENT PATIENTS WITH UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA

It was leded some researches of treatment patients with the uncontrolled bronchial asthma in the therapeutic departments. And on the base it was done the appraisal of treatment of some patients with BA of different stage illnesses and according with modern recommendations. As a result of research it was exposed some basic mistakes of pharmacology therapy of patients with BA. The mistakes of far deteriorated of current BA and increase of the hospital treatment.

Keywords: the uncontrolled bronchial asthma, analyze, treatment, modern recommendations.

Введение: медико-социальная значимость неконтролируемой бронхиальной астмы (НБА) связана с высокой инвалидизацией, частыми жизнеугрожающими обострениями, высоким риском смерти больных, а также значительными экономическими затратами [1, 6]. Позднее начало лечебных мероприятий и/или неадекватная фармакотерапия ведет к ухудшению качества жизни, более тяжелому течению БА, инвалидизации и плохому прогнозу заболевания [4, 8, 10].

Исследования, посвященные анализу причин летальных исходов у пациентов с НБА, свидетельствуют о том, что до 80% всех смертей связаны с факторами, которые потенциально можно предотвратить. К ним можно отнести: неспособность врача правильно оценить состояние пациента и тяжесть развившегося обострения, низкий уровень знаний пациента о своем заболевании, недостаточное использование базисных препаратов. В последние годы появилось большое число национальных документов по БА, которые значительно унифицируют подходы к оценке и ведению пациентов с астмой [2, 5, 9].

Основным документом, определяющим тактику диагностики, лечения и профилактики БА, является «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» (Global Initiative for Asthma, GINA). Использование рекомендаций GINA улучшает качество ведения пациентов с БА, но контроля над течением удается добиться не всегда [3, 7, 11]. На сегодняшний день нет данных полноты применения рекомендаций GINA в реальной практике. Это явилось основанием для изучения причин низкого контроля БА и причин ее обострения.

Цель исследования: изучить лечение пациентов с НБА в условиях терапевтического отделения многопрофильной больницы и его соответствие современным рекомендациям.

Материалы и методы: для решения поставленной задачи выполнен анализ 260 историй болезни пациентов с НБА, проходивших лечение в терапевтическом отделении многопрофильной больницы за период с 2010-2012 годы в связи с обострением заболевания. Среди пациентов с НБА женщины составляли 64%, мужчины – 36%. В своем исследовании мы использовали следующие методы – статистический, аналитический, экспертный.

Результаты: как показал анализ медицинской документации, экзогенная аллергическая форма БА идентифицирована у 7,8% пациентов, эндогенная неаллергическая – у 3,0% и смешанная – у 89,2%. Легкая персистирующая степень тяжести БА была диагностирована у 3,6% пациентов, средняя персистирующая – у 47,0% и тяжелая персистирующая – у 49,4%. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов с НБА составила 15,9±1,2 к/д.

У 56,8% пациентов БА сочеталась с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) II-III степени тяжести. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (стенокардия напряжения ФК II-III, гипертоническая болезнь II-III степени, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия) и заболевания органов пищеварения (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит, дивертикулярная болезнь кишечника), выявленные соответственно у 55,6% и 48,4% пациентов БА. У 28,7% пациентов были отмечены сопутствующие эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит). Поллиноз, бытовая, пищевая и лекарственная поливалентная аллергия были выявлены у 74,8%. Следует обратить внимание, что количество сопутствующих заболеваний находилось в прямой зависимости от степени тяжести НБА.

При оценке проводимого лечения пациентов с НБА были выявлены ошибки фармакотерапии. Оценка соответствия выбора лекарственного средства (ЛС) современным рекомендациям выявила 135 случаев (42,4%), когда назначение ЛС не отвечало предъявляемым требованиям: неадекватный выбор бронхолитиков, игнорирование либо позднее назначение антибактериальных (у пациентов с обострением ХОБЛ) и антисекреторных (у пациентов с сопутствующими кислотозависимыми заболеваниями) препаратов. В 115 случаях (35,9%) за время стационарного лечения пациентам было выписано более пяти ЛС, что было обусловлено тяжестью состояния пациентов и вовлечением в патологический процесс различных систем организма. В 94 случаях (29,8%) дополнительно к основной терапии назначались ЛС для лечения сопутствующих заболеваний, не имеющих доказанной клинической эффективности (милдронат, рибоксин, пирасетам, актовегин, пентоксифиллин и др.). При оценке схем назначения ЛС в 68 случаях (21,5%) выявлено несоответствие кратности и пути введения глюкокортикостероидов (ГКС) и β₂-симпатомиметиков короткого и длительного действия. Назначаемые дозы не соответствовали тяжести заболевания у 63 (19,4%) пациентов.

Нами было отмечено 28 случаев (9,3%) назначений ЛС, противопоказанных при БА и несовместимых по фармакокинетическому и фармакодинамическому видам взаимодействия, например, одновременное назначение β-адреноблокаторов и антагонистов кальция. При оценке взаимодействий ЛС было выявлено применение препаратов одной фармацевтической группы сальбутамол + фенотерол. В 24 случаях (7,8%) пациентам с тахисистолической формой мерцательной аритмии, пароксизмальной мерцательной аритмией, желудочковой экстрасистолией и синусовой тахикардией вводился эуфиллин, что представляло потенциальную опасность для пациентов при наличии высокого риска развития побочных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы. При оценке правильности выбора ЛС в 23 случаях (7,4%) лечение было назначено с учетом основного заболевания, но без учета сопутствующего и/или индивидуальных особенностей организма (применение ГКС и нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с эрозивным гастритом и язвенной болезнью).

Выводы:

1. Было обнаружено несоответствие лечения пациентов с НБА современным рекомендациям и стандартам, что в большинстве случаев приводило к более тяжелому течению заболевания и длительному пребыванию пациентов в стационаре.
2. Большинство пациентов с НБА имели сопутствующие сердечно-сосудистые, гастроэнтерологические и эндокринные заболевания, которые необходимо учитывать при проведении фармакотерапии.
3. Необходимо разработать рекомендации для врачей по ведению пациентов с НБА и сопутствующей патологией.

Литература

1. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. И. В. Лещенко. – М., 2010. – 192 с.
2. Лазебник Л. Б. Опыт внедрения стандартов медикаментозного лечения в практику интерниста. Лекции для практикующих врачей. Диагностика в клинике внутренних болезней / Под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2004. – С. 198-203.
3. Огородова, Л. М. Некоторые аспекты резистентности к стандартной базисной терапии (результаты исследования в группе больных среднетяжелой бронхиальной астмой) // Пульмонология. – 2004. – № 2. – С. 69-74.
4. Позднякова О.Ю., Батулин В.А. Анализ потребления лекарственных препаратов при бронхиальной астме // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. - №5-6. - С. 25-28. 26

5. Пульмонология: нац. рук - во /Под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2009. – 960 с.
6. Ayres J. G. Brittle asthma // Paediatr. Respir. Rev. – 2004. Vol. 5. – P. 40-44.
7. GINA-Global strategy for asthma management and prevention, update 2011. www.ginasthma.org.
8. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. National clinical guideline on management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in adults in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions: NICE Guideline № 12. Thorax. – 2004. Vol. 59, suppl.1. – P. 1-232.
9. Mapel, D. P. The cost of chronic obstructive pulmonary disease and its effects on managed care // Manag. Cre Interface. – 2004. Vol. 17, № 4. – P. 61- 66.
10. Snider, G. L. Nosology for our day: its application to chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma exacerbations // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2003. Vol. 167, № 5. – P. 678-683.
11. Walters, R., Annunziata K., Castillo G. Is asthma a sorted out disease? Results of a European survey // EAACI Congress. - 2009. - Abstract 167.

Харитонов Л. А.¹, Потапова Е. А.²

¹Доктор медицинских наук, профессор, ²ассистент, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

В статье «Обменные нарушения при желчнокаменной болезни у детей» на основании проведенных собственных исследований выявлены изменения липидного обмена у детей с холелитиазом, характерные для метаболического синдрома. Показана взаимосвязь между показателями липидного обмена и массой тела у детей с желчнокаменной болезнью. Однако выявлено, что степень нарушения углеводного обмена не зависит от индекса массы тела, что позволило утверждать, что ожирение не всегда является маркером метаболического синдрома.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, метаболический синдром, дети, ожирение.

Kharitonova L. A.¹, Potapova E. A.²

¹Doctor of medical Sciences, Professor, ²the assistant, the Russian national medical research University named after N. I.

PIROGOV METABOLIC DISORDERS AT A BILE STONE DISEASE IN CHILDREN

Abstract

In the article «Metabolic disorders at a bile stone disease in children» on the basis of own researches revealed changes of lipid metabolism in children with biliary disease, characteristic metabolic syndrome. The interrelation between the indices of lipid metabolism and body mass in children with cholelithiasis. However, the degree of disorders of carbohydrate metabolism did not depend on body mass index. The obtained data allow to assert that obesity is not always a marker of the metabolic syndrome.

Keywords: gallstone disease, metabolic syndrome, children obesity.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – болезнь современного цивилизованного общества, которая перестала быть казуистикой в детском возрасте и становится медико-социальной проблемой, вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжелых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации детей [6]. Рост частоты ЖКБ в детском возрасте обусловлен характером питания, гиподинамией, экологическим неблагополучием окружающей среды и др.

Известно, что ЖКБ сопровождается нарушением липидного обмена с повышением в сыворотке крови общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности, а также белковых фракций, в частности β – лактоглобулина [1]. По литературным данным в 88 % случаев дислипидемия сопутствует инсулинорезистентности (ИР) [2]. Комплекс метаболических нарушений, в основе которого лежат дислипидемия, ИР, компенсаторная гиперинсулинемия входит в понятие метаболического синдрома (МС) [3]. Клинико-социальная значимость МС определяется степенью прогрессирования таких заболеваний как абдоминально-висцеральное ожирение, гипергликемия, гиперинсулинемия, сахарный диабет II типа, атеросклероз, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания. Метаболический синдром ассоциируется с субклиническим поражением жизненно важных органов. Это проявляется в снижении фильтрационной функции почек, микроальбуминурии, повышении жесткости артерий, гипертрофии миокарда левого желудочка, диастолической дисфункции, увеличении размеров полости левого желудочка, утолщении стенки сонной артерии, причем многие из этих нарушений проявляются независимо от наличия артериальной гипертензии. Частота встречаемости ИР, играющей, по современным представлениям, ключевую роль в развитии МС, у детей не изучена. Значительно различаются сведения о распространенности МС среди детей с ожирением – от 16% до 62%. Для диагностики МС у детей и подростков предлагались различные дефиниции. Но после принятия в 2006 г. Международной диабетической ассоциацией (IDF) Консенсуса по определению МС у взрослых, рабочая группа под руководством Zimmet P. (2007) представила аналогичные диагностические критерии для детей и подростков [4].

Между тем, в последние годы отмечается стремительный рост распространенности ожирения, приводящий к существенному увеличению числа детей и подростков, имеющих признаки ИР и риск развития метаболических нарушений [5].

Одной из причин формирования МС в настоящее время считают ЖКБ. Это обусловлено общностью обменных нарушений липидов, достаточно частой манифестацией сахарного диабета, как I, так и II типа. В связи с этим изучение нарушений липидного обмена у детей с ЖКБ представляет особый интерес.

Цель исследования

Изучить состояние липидного обмена и определить взаимосвязь этих изменений с формированием МС у детей с ЖКБ.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 61 ребенок с ЖКБ в возрасте от рождения до 15 лет, из них мальчиков было 30, девочек – 31.

Всем детям осуществлялись биохимические исследования сыворотки крови с определением общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, ОХ и его фракций ЛПНП, ЛПОНП, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), билирубина и его фракций, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), α-амилазы, панкреатической амилазы, щелочной фосфатазы (ЩФ), глюкозы, С – пептида, инсулина. Рассчитывались индекс атерогенности (КА) и инсулинорезистентности (НОМА).