

возрастных группах, течение заболевания по большинству показателей проходило тяжелее. Уровень ампутации зависел от уровня окклюзии, который часто коррелировал с уровнем некроза и уровнем воспалительных изменений. Наибольшая непосредственная послеоперационная летальность наблюдалась в группе больных при наличии сахарного диабета и только 55% из них проживают год после операции. Годичная выживаемость в остальных группах 80%, а пятилетняя – 50%. В послеоперационном периоде реабилитации больных протезированием не было, только 3% больных пользовались костылями, и только треть больных пользовалась коляской.

Полученные нами неутешительные данные имеют значение для определения прогноза у этих больных и показывают, что с наступлением старшего возраста больные должны подвергаться диспансерному наблюдению для раннего выявления окклюзирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и активного их лечения до появления некротических изменений тканей. На нашем материале лечение у сосудистых хирургов до появления некроза наблюдалось только у 6 больных из 92. Диспансеризация необходима и после выписки из стационара, что позволит реабилитировать больше больных.

*Чернышев О.Б.², Петров А.В.¹, Шатиль М.А.²,
Серебряная Н.Б.¹, Бубнова Н.А.²*

ИММУНОТЕРАПИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*¹ ФГУП «Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов» ФМБА России,
Санкт-Петербург; ² СПб ГУЗ «Городская больница Св. Великомученика Георгия»,
Holger_tch@mail.ru*

Для современной клинической картины рожистого воспаления (РВ) характерно частое рецидивирование. РВ часто рецидивирует на фоне хронической лимфовенозной недостаточности (ХЛВН) нижних конечностей. Используемые средства иммунокоррекции в основном применяются после стихания явлений РВ, а попыток проведения иммунокоррекции РВ в остром периоде заболевания в доступной литературе не описано. Осуществление иммунотерапии в остром периоде РВ нам представляется чрезвычайно важным и актуальным клиническим направлением, учитывая тот факт, что существующие способы превенции рецидивов РВ не достаточно эффективны.

Цель исследования. Изучить влияние иммунокоррекции РВ в остром периоде заболевания.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 104 человека (56-основная группа, 48-контрольная группа). Исследуемые группы сопоставимы по полу, возрасту, формам и тяжести рожистого воспаления. Большинство больных с венозной патологией составляли женщины (26,1%). Длительность существования варикозной или посттромботической болезни нижних конечностей составляла от 3 до 20 лет (в среднем $11,7 \pm 7,5$ года). Большинство больных с лимфатической патологией также составляли женщины (12,4%). Длительность существования лимфатической недостаточности конечностей составляла от 5 до 31 года (в среднем $12,7 \pm 8,9$ лет). Большинство пациентов с лимфедемой нижних конечностей вошло в основную группу ($p=0,024$), что определяло ее как более тяжелую в клиническом течении РВ. Среди выявленных ведущих фоновых заболеваний (онихомикоз стоп, сахарный диабет, ожирение), которые по данным литературы, играют определенную роль в патогенезе РВ, пациентов с ожирением достоверно было больше в основной группе ($p<0,05$). Данный факт также характеризовал основную группу как более тяжелую в клиническом течении РВ. Следует отметить, что у пациентов при сочетании микоза стоп, ожирения, сахарного диабета и/или ХЛВН РВ всегда протекало клинически тяжелее по сравнению с другими пациентами. Для проведения иммунокоррекции РВ выбран пептидный иммуномодулятор гамма-D-глутамил-L-триптофан (препарат «Бестим»). Курс лечения препаратом в основной группе составил 5 инъекций (в/м, 0,1 мг), через день. В ходе исследования ежедневно оценивались изменения местных показателей воспаления (боль, отек, гипертермия, эритема), коэффициент асимметрии конечностей (КА), частота осложнений рожистого воспаления, изменения лабораторных показателей до и в конце лечения (клинический анализ крови, коагулограмма, иммунограмма).

Результаты. По результатам исследования установлено, что клинические проявления (субъективная оценка) стали значимо уменьшаться в основной группе с 4 дня терапии, $p<0,05$. При оценке клинической картины местных признаков воспаления у пациентов с различными формами РВ установлено, что купирование местного воспаления шло быстрее у пациентов основной группы, начиная со 2-3 дня иммунотерапии, $p<0,05$. Анализ общей динамики КА конечностей между группами показал, что скорость уменьшения отека была быстрее в основной группе на протяжении всего курса лечения, $p<0,001$. При сопоставлении совокупности осложнений РВ (флегмона + серозный фасциит + синдром системной воспалительной реакции + некроз кожи) установлено: в контрольной – 14 (29%) и в основной группах – 5 (9%) соответственно. У больных с рожистым воспалением выявляется иммунодефицит, связанный со снижением абсолютного и относительного количества CD4 и CD8 Т-лимфоцитов, гиперпродукции IgE. Наиболее выраженное угнетение CD4 и CD8 Т-лимфоцитов наблюдается при рецидивирующей форме рожистого воспаления. Для всех пациентов с РВ при

поступлении характерен высокий уровень фибриногена. На фоне проводимой иммунотерапии средняя концентрация фибриногена в основной группе стала значимо меньше (4,3 г/л) по сравнению с контрольной группой (5,45 г/л), $p < 0,05$. Установлено, что наличие картины ХЛВН не влияет на клиническое течение РВ.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных иммунных нарушениях при РВ в остром периоде. Проведенный курс иммунотерапии способствовал более быстрому купированию местных признаков воспаления, снижению частоты осложнений в 2,8 раза. Учитывая полученные данные, всем пациентам вместе с общепринятой схемой лечения РВ (антибактериальная, десенсибилизирующая, антигистаминная и дезинтоксикационная терапия, препараты дезагрегантов, поливитаминов, флеботоников) показано проведение иммунотерапии в остром периоде заболевания.

А.Ф. Шульга, Л.В. Поташов, А.А. Протасов, Р.В. Тонз

**ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХОЛЕЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО ПУТИ ВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова*

Анализ возможности внедрения новых медицинских технологий в клиническую практику традиционно базируется на оценке их эффективности по степени влияния на конечные результаты лечебно-диагностического процесса: летальность, частоту и тяжесть осложнений, среднюю длительность пребывания пациента на больничной койке. При этом экономическом параметре, характеризующим влияние новых технологий на совокупные затраты лечебного процесса, а также их структуру, изучены значительно меньше. Клиническая и экономическая эффективность является приоритетной в управлении качеством лечебно-диагностического процесса. Ограниченные ресурсы здравоохранения подчеркивают актуальность оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий. Основными характеристиками индустриальной модели управления качеством является: стремление к непрерывному повышению качества, управление качеством путем управления отдельными процессам, максимальное использование самоконтроля со стороны исполнителей процессов на основании принципов корпоративной культуры. Для разделения на процессы в медицине применяется два основных