

При проведении множественных сравнений было установлено, что во 2 группе содержание ИЛ-6 на 5-6 сутки после операции достигало исходного уровня, а на 14-15 сутки достоверно не отличалось от предоперационного. В 1 группе данный показатель даже на 14-15 сутки после операции превышал исходный.

Оценка периоперационных кардиальных осложнений. Общая частота периоперационных кардиальных осложнений, включающих фатальный и нефатальный инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, острую сердечно-сосудистую недостаточность, жизнеугрожающие нарушения ритма, в 1 группе составила 21,88%, а во второй – 6%. При их сравнении с использованием точного двустороннего критерия Фишера отмечено достоверное различие $p=0,02$. Необходимо подчеркнуть, что во 2 группе больных не отмечалось фатальных осложнений, а также инфарктов миокарда и острой сердечно-сосудистой недостаточности. Количество больных с повышением уровня КФК-МВ и тропонина I в послеоперационном периоде было меньшим в группе, получавшей аторвастатин в дозе 60 мг ($p < 0,05$).

Обсуждение. В данном исследовании установлена исходная активация эндогенного воспаления у больных с распространённым атеросклерозом, характеризующаяся достоверным значимым повышением в крови исследованных биомаркеров: вч-СРБ, ИЛ-6. Показано, что плейотропный противовоспалительный эффект статинов достоверно реализовывался только во 2 группе больных с использованием высокодозовой терапии. Наиболее выраженное воздействие аторвастатина, по нашим данным, наблюдалось в отношении вч-СРБ. Дозозависимость плейотропного противовоспалительного влияния статинов была ранее продемонстрирована в ряде исследований [2,3,4]. Однако в данной работе был оценен этот эффект как в пред-, так и в послеоперационном периоде реконструктивных сосудистых операций. Актуальность изучения этого аспекта подтверждается и аналитическим обзором авторов, согласно которому у больных с исходно высоким уровнем цитокинов и СРБ увеличивается риск осложнений после сосудистых операций [5].

Течение атеросклероза при мультифокальном сосудистом поражении остаётся мало изученным, особенно у больных, которым выполняются сосудистые реконструктивные операции. Протезирование брюшного отдела аорты и аортобедренное шунтирование относят к числу вмешательств высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений [6]. Изучение патогенетических механизмов течения атеросклероза у этих больных в предоперационном периоде, а также при реализации хирургического стресса открывает возможности целенаправленной эффективной профилактики кардиальных осложнений [7]. Однако на сегодняшний день эта проблема остаётся мало исследованной, особенно в аспекте молекулярных механизмов атерогенеза. Противоречивыми и малочисленными являются исследования, посвящённые эндогенному воспалению у пациентов с атеросклерозом при проведении сосудистых вмешательств [8].

В практических рекомендациях, посвящённых периоперативной терапии больных при сосудистых операциях, применение статинов имеет уровень доказательности В [6,9]. Тем не менее, остаётся не определённой роль режимов дозирования и длительности терапии, отсутствуют сравнительные данные по эффективности разных препаратов группы статинов. В настоящем исследовании определена динамика основных биомаркеров воспаления и окислительного стресса, по которым можно отслеживать эффективность терапии - реализацию плейотропных эффектов статинов, способствующих стабилизации атеросклеротического процесса и профилактике периоперационных кардиальных осложнений.

Заключение. В данном исследовании оценена динамика маркеров воспаления в периоперационном периоде сосудистых реконструкций, продемонстрирован дозозависимый эффект аторвастатина как в купировании эндогенного воспаления, так и в профилактике кардиальных осложнений у пациентов с атеросклерозом.

Литература

1. Собенин И.А. Холестерин циркулирующих иммунных комплексов как индикатор атеросклероза // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. - №3. - С. 99-103.
2. Lahera V. Endothelial dysfunction, oxidative stress and inflammation in atherosclerosis: beneficial effects of // Curr Med Chem. – 2007. – Vol. 14. - P.243—248.
3. Paraskevas K.I. Applications of statins in cardiothoracic surgery: more than just lipid-lowering // European Journal of Cardiothoracic Surgery. –2008. - Vol. 33. – P. 377—390.
4. Ridker P.M. C-reactive protein levels and outcomes after statin therapy // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 352. - P. 20-28.
5. Гавриленко А.В., Воронов Д.А., Кочетов С.В. Прогнозирование результатов артериальных реконструкций и вероятности прогрессирования атеросклероза на основании уровня плазменных цитокинов // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2010. – Т. 16, №3. – С. 146-151.
6. Национальные рекомендации «Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств» 2011. – Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – 10(6). – Приложение 3. – С. 3-28.
7. Щукин Ю.В. Профилактика кардиальных осложнений при выполнении аортоподвздошных реконструкций посредством коррекции окислительно-нитрозинового стресса // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 3, №6. – С. 16-19.
8. Parmar, J.H., Aslam M., Standfield N.J. Peripheral arterial revascularization causing parallel increased activity of pro- and anti-inflammatory mediators // Int. Angiology. – 2007. – Vol. 26. – P. 8-11.
9. ESC/ESA Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery/ The task force for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery of the European society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European society of Anaesthesiology (ESA) / European heart journal. – 2009. – Vol. 30. – P. 2769-2812.

Мошуров И.П.¹, Колосова Н.Р.², Кравец Б.Б.³, Золотых Т.М.⁴

¹Кандидат медицинских наук; ²участковый врач поликлиники, соискатель; ³доктор медицинских наук, профессор; ⁴врач – онколог, соискатель; бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежский областной клинический онкологический диспансер».

ПОСИНДРОМНЫЙ ПОДХОД К КУРАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ.

Аннотация

В статье представлены основные звенья формирования функциональных стандартов курации участковым врачом онкологических больных IV клинической группы: причинно-следственные диаграммы нарушений гомеостаза у этих пациентов, интеграция клинических проявлений в синдромы, формирование моделей и алгоритмов медицинской помощи.

Ключевые слова: генерализованные онкологические больные, посиндромный подход в курации.

Moşurov I.P.¹, Kolosowka N.R.², Kravets B.B.³, Zolotih T.M.⁴

¹Cathedra of medical sciences; ²GP clinics, applicant; ³doktor of medical sciences, professor; ⁴doctor-oncologist, soiskatel; budgetary institution health region «Voronezh regional Clinical Oncology Center».

POSINDROMNYJ APPROACH TO SUPERVISION OF CANCER PATIENTS IV CLINICAL GROUP.

This article presents the main links of functional standards supervision district doctor of oncology patients IV clinical group: cause-and-effect diagrams of homeostasis in these patients, the integration of clinical manifestations in syndromes, generate models, and algorithms.

Keywords: generalized cancer patients, posindromnyj approach to supervision.

Организация паллиативной помощи онкологическим больным IV клинической группы для обеспечения им достойного качества жизни предусматривает максимальное использование современных методов лечения при взаимодействии с онкологической службой и медицинскими учреждениями неонкологического профиля.

Эффективная курация участковым врачом этой категории больных должна состоять из методов химиолучевой терапии, детоксикации, иммунокоррекции, реканализации опухолей, пролонгированного обезболивания, хирургических пособий с привлечением торакальных и сосудистых хирургов, реаниматологов, онкологов, нейрохирургов, психологов, психотерапевтов.

С целью оптимизации тактики курации участковым врачом пациентов IV клинической группы нами сформированы причинно-следственные диаграммы абдоминальных, неврологических, дыхательных, урогенитальных и других расстройств позволивших идентифицировать их взаимосвязь с клиническими проявлениями последствий. Например, в причинно-следственной диаграмме дыхательных расстройств анализируются причины и следствия клинических симптомов – кровохарканья, боли в груди, одышки, кашля; абдоминальных расстройств – диспепсии, дисфагии, асцита, кишечных нарушений; неврологических – метастазов в головной мозг, менингеальной опухолевой инфильтрации, сдавления спинного мозга; урогенитальных – гематурии, дизурии, задержки мочи.

Причинно-следственная диаграмма нарушений гомеостаза у онкологических больных IV клинической группы, переведенных в нее из других клинических групп (рис. 1), отличается тем, что помимо клинико-патогенетической направленности в ней акцентируется внимание на ранее проведенные лечебные пособия.

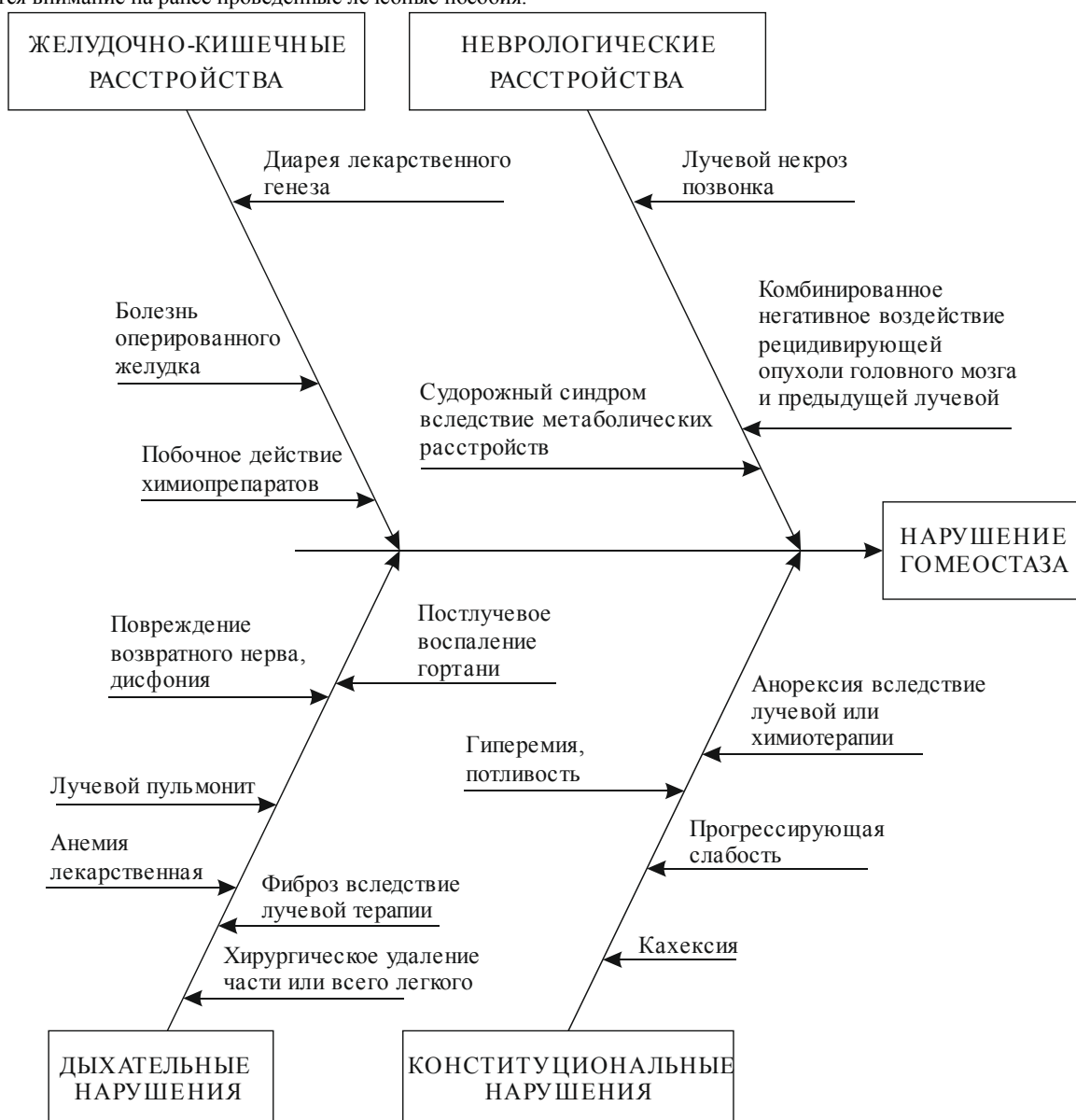


Рис. 1. Причинно-следственная диаграмма нарушений гомеостаза у онкологических больных IV клинической группы.

Дыхательные нарушения в результате ранее проведенного оперативного или лучевого лечения обусловлены хирургическим удалением части или всего легкого, лучевыми пневмонитами, фиброзом ткани органа вследствие лучевого воздействия, дисфонией при повреждении возвратного нерва, постлучевым воспалением гортани, лекарственной анемией.

К прогрессирующим желудочно-кишечным расстройствам приводят болезнь оперированного желудка, побочное действие химиопрепаратов (стоматит, язвенное поражение слизистой пищеварительного тракта), диарея лекарственного генеза.

Структура неврологических расстройств вследствие ранее проведенного лечения многообразна. Это лучевой некроз позвонка, комбинированное негативное воздействие рецидивирующей опухоли головного мозга и предыдущей лучевой терапии, судорожный синдром вследствие метаболических расстройств в результате лекарственной терапии (печеночная энцефалопатия, уремия, гипогликемия, гипонатриемия).

Конституциональные нарушения отмечаются у большинства пациентов с генерализованными формами рака и также зависят от проведенного ранее лечения.

Анорексия у пациентов, переведенных из III клинической группы в IV, может быть связана с мукозитом на фоне химиотерапии, небольшой культей желудка, гипергликемией, гипонатриемией, гиперкальциемией, депрессией, беспокойством.

К кахексии после проведенного специального лечения приводят диарея, свищи, потеря белков из-за изъязвления слизистой, малый объем оставшейся после операции культи желудка.

Прогрессирующая слабость при прочих равных условиях может сопровождать лечебные мероприятия с определенными побочными эффектами (химио-, лучевая терапия, назначение интерферона, транквилизаторов, диуретиков, гипотензивных средств).

Причинно-следственный анализ различных расстройств у генерализованных онкологических больных стал основой для разработки стандартов тактики курации участкового врача пациентов IV клинической группы.

На первом этапе с целью унификации подходов к ведению этой категории больных клинические проявления разного рода нарушений интегрированы в синдромы (метаболических отклонений, тромбоэмболический, дыхательной недостаточности, метастатический, анемический, экссудативный, инфекционных осложнений и др.). На их основе разработаны модели и алгоритм тактики участкового врача (рис. 2.).

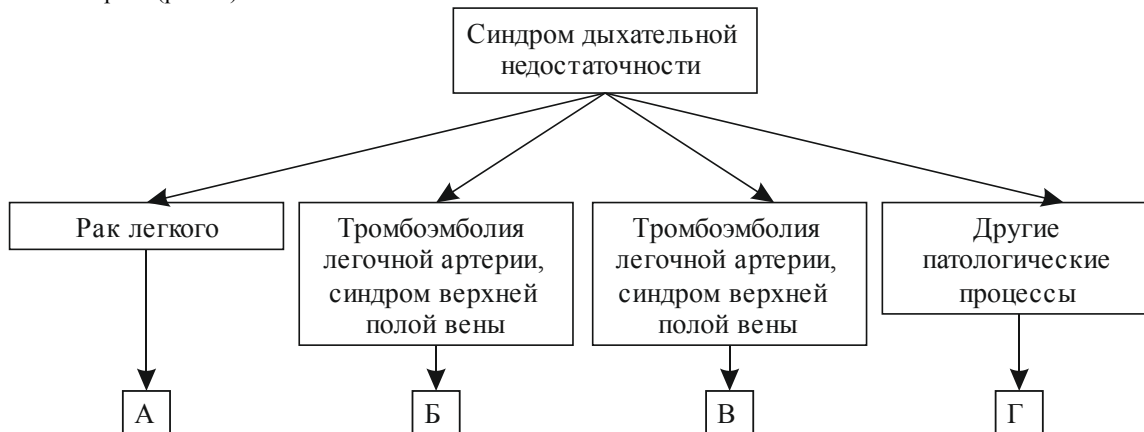
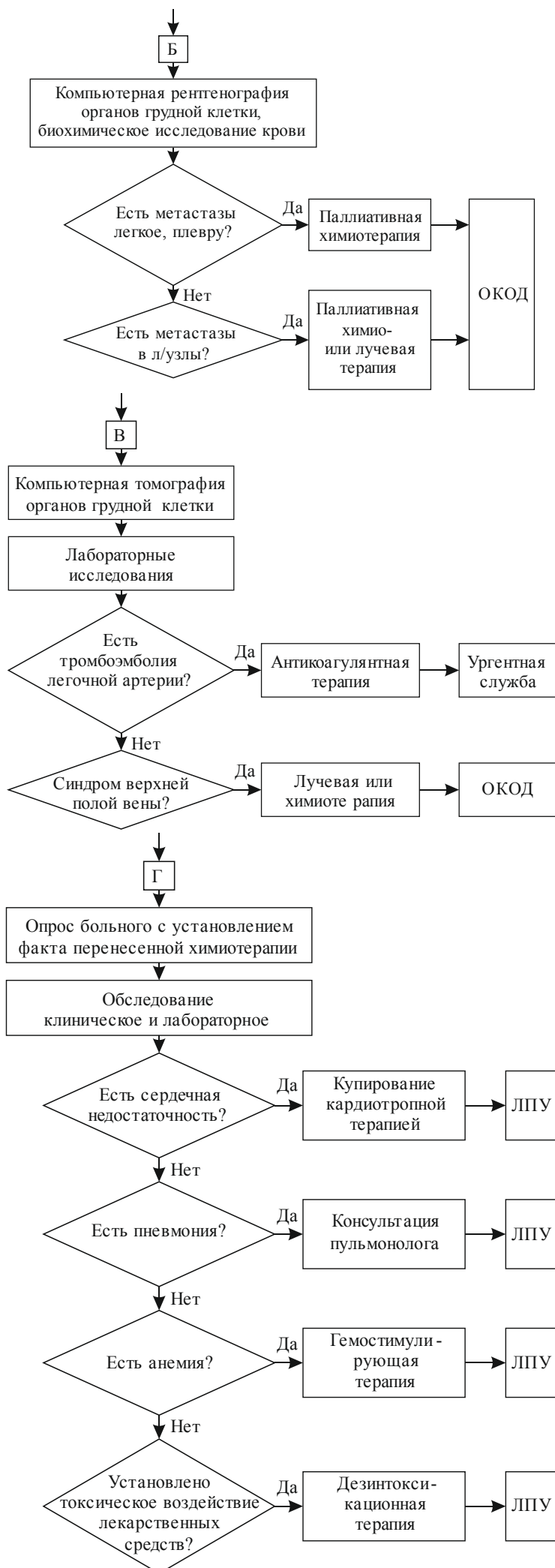


Рис. 2. Модель тактики участкового врача при синдроме дыхательной недостаточности.

Особенность данной модели в том, что в ней представлен не только перечень лечебных пособий при той или иной патологии, но и лечебные организации, в которых они могут быть выполнены.





Продолжение рис. 2.

Аналогично сформированы алгоритмы курации онкологических больных IV клинической группы при синдромах инфекционных осложнений, анемическом, коагулопатическом, метастатическом, неотложных состояний.

В качестве примера приводим алгоритм тактики участкового врача при компрессии спинного мозга у онкологических больных (рис. 3).

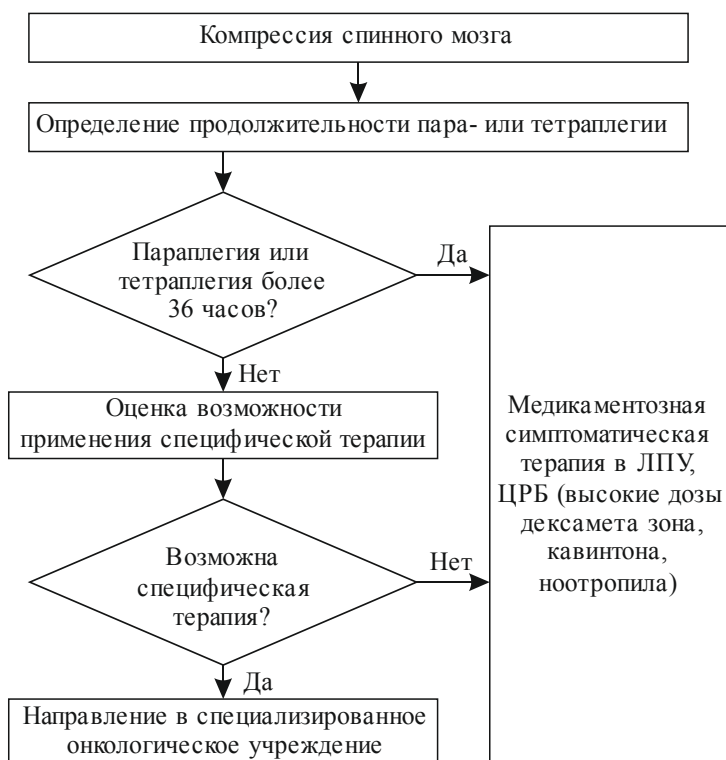


Рис.3. Алгоритм тактики участкового врача при компрессии спинного мозга у онкологических больных.

Так как в настоящее время отсутствуют федеральные стандарты паллиативной помощи онкологическим больным IV клинической группы, разработанные модели и алгоритм тактики курации участковым врачом этих пациентов правомочно считать функциональными стандартами.

Выводы:

1. Построение и анализ причинно – следственных диаграмм нарушений гомеостаза у онкологических больных IV клинической группы позволили интегрировать клинические проявления всех видов расстройств в синдромы.
2. Актуализирован посиндромный подход в тактике курации участковым врачом генерализованных онкологических больных, обеспечивающий консолидацию всех уровней медицинской помощи и надлежащее качество жизни.
3. Предложенные функциональные стандарты курации участковым врачом онкологических больных IV клинической группы – эффективный инструмент продления их жизни.

Литература

1. Н.Р. Колосова, Б.Б. Кравец, А.Н. Попов, Е.Ю. Устинова Роль участкового терапевта в курации онкологических больных IV клинической группы // Воронеж «Научная книга». – 2013 г. – С. 160.
2. Брюс Э. Дж. Линч, Дэнл. Лонго Руководство по онкологии//. – М., 2011. – С. 90–85.

Низямова А.Р.¹, Курапова М.В.¹, Ромашева Е.П.², Давыдкин И.Л.³

¹Аспирант, ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России; ²Кандидат медицинских наук, ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России;

³Профессор, доктор медицинских наук, ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы состояния микроциркуляторного русла у больных хронической болезнью почек. Обследовано 81 пациент с хронической болезнью почек IV-V стадии. Микроциркуляция исследовалась с использованием лазерной доплеровской флоуметрии до проведения процедуры гемодиализа, во время и после ее окончания. Проведение процедуры программного гемодиализа не влияет на состояние микроциркуляторного русла.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, программный гемодиализ, лазерная доплеровская флоуметрия.

Nizyamova A.R.¹, Kurapova M.V.¹, Romasheva E.P.², Davydkin I.L.³

¹Postgraduate student, The Samara State Medical University, ²MD, The Samara State Medical University, ³Professor, MD, The Samara State Medical University

MICROCIRCULATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE, ON HEMODIALYSIS

Abstract

The article discusses the state of the microvasculature in patients with chronic kidney disease. 81 patients were included with chronic kidney disease stage VI-V. Microcirculation was studied using laser Doppler flowmetry before the hemodialysis procedure, during and after its completion. Carrying out the procedure programmed hemodialysis does not affect the status of the microvasculature.

Keywords: chronic kidney disease, program hemodialysis, laser Doppler flowmetry.

В последние годы вновь значительно возрастает интерес к проблеме микроциркуляции, в том числе к изменению сосудов микроциркуляторного русла при хронической болезни почек [1]. Значимость капиллярного русла в системе кровообращения велика, поскольку именно на уровне капилляров осуществляются поддержание гомеостаза всех органов и систем организма. На сегодняшний день для оценки микрогемодинамических процессов в коже все большую популярность приобретает неинвазивный метод диагностики на основе ЛДФ. Метод основан на регистрации и обработке доплеровского сдвига частот лазерного излучения, отраженном от движущихся в микроциркуляторном русле эритроцитов [2].