

carcinoma: results in 899 patients // Clin. Endocrinol. — 1998. — Vol. 48. — P.265-273.
35. Mukherjee J.J., Kaltsas G.A., Islam N., et al. Nreatment of metastatic carcinoid tumours pheocromocytoma and medullary carcinoma of the thyroid with (131) I-meta-iodo-ben-

cyguanidine (131) I-mIBG // Clin.Endocrinol. — 2001. — Vol. 55, № 1. — P.47-60.
36. Weigel R.J.A. Advances in the diagnosis and management of well-differentiated thyroid cancers // Curr. Opin.Oncol. — 1996. — Vol. 8. — P.37-43.

© ФЕДИЧЕВА Е.В., ГУРЕВИЧ К.Я., ДАЦ А.В., ГОРБАЧЕВА С.М. — 2008

ПРОГНОЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕАНИМАЦИОННЫХ ШКАЛ

Е.В. Федичева, К.Я. Гуревич, А.В. Дац, С.М. Горбачева

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, и.о. ректора — д.м.н., проф. О.Г. Хурцилава, кафедра нефрологии и эфферентной терапии, зав. — д.м.н., проф. К.Я. Гуревич; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, зав. — д.м.н., проф. С.М. Горбачева)

Резюме. Целью данного исследования явилась оценка прогностической значимости реанимационных шкал у больных с острой почечной недостаточностью (ОПН), развившейся на фоне синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Проведено прогнозирование летальности у 150 больных с синдромом полиорганной недостаточности, включая ОПН в возрасте от 15 до 83 лет, получавших заместительную почечную терапию (ЗПТ). Тяжесть состояния и прогноз госпитальной летальности включенных в исследование больных оценивался по шкалам тяжести для пациентов реанимационных отделений: SAPS II, APACHE II, SOFA, MODS, LODS, ISI. Установлено, что наибольшей прогностической силой в первые сутки с момента поступления обладают шкалы APACHE II, и LODS.

Ключевые слова: острая почечная недостаточность, синдром полиорганной недостаточности, заместительная почечная терапия, прогнозирование летальных исходов.

Для сравнения тяжести состояния и прогнозирования госпитальной летальности у пациентов реанимационных отделений предложены шкалы: SAPS I, SAPS II, SAPS III, APACHE I, APACHE II, APACHE III, MODS, LODS. Данные шкалы созданы на основании результатов многоцентровых проспективных исследований, путем генерирования статистических моделей (моделирование включает оценку нескольких клинических и лабораторных параметров, которые являются независимыми предикторами госпитальной летальности). Они рассчитываются при поступлении или во время госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Реанимационные шкалы позволяют оценить работу отделения интенсивной терапии, объективизировать тяжесть состояния больных и прогнозировать возможный риск госпитальной смертности [1,2]. Разнообразные патологические состояния имеют свои детерминанты исхода заболевания. Поэтому для точной оценки риска наступле-

ния летального исхода и возможности выздоровления необходимо использовать ту прогностическую шкалу, которая наиболее адаптирована к конкретной нозологической форме.

Материалы и методы

Клинической базой исследования стали данные о 150 больных в возрасте от 15 до 83 лет с ОПН, развившейся на фоне синдрома полиорганной недостаточности.

Исследуемые больные находились в отделении интенсивной терапии и реанимации многопрофильных стационаров г. Санкт-Петербурга и получали заместительную почечную терапию в ежедневном режиме силами выездной бригады гравитационной хирургии крови. Все больные в зависимости от исхода основного заболевания раз-

делены на две группы: умерших (n = 106) и выживших (n = 44).

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программы «Statistica» 6.0. Данные представлены как медиана, 27 и 75 перцентили (Me (25th%–75th%)). Критерий Шапиро-Уилка использован для проверки гипотезы о нормальности распределения. Учитывая распределение (отличное от нормального) у всех сравниваемых признаков, применен непараметрический критерий Манна-Уитни (U). За уровень статистической значимости принято $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Тяжесть состояния и прогноз летального исхода включенных в исследование больных оценивался по прогностическим шкалам SAPS II, APACHE II, SOFA, MODS, LODS, ISI. В таблице 1 представлены результа-

Таблица 1

Анализа оценки тяжести состояния пациентов в исследуемых группах при поступлении в отделение интенсивной терапии и реанимации Me (25th%–75th%)

Реанимационные шкалы	Выжившие больные (n=106)	Умершие больные (n=44)	Значение критерия Манна-Уитни	Достигнутый уровень значимости p
ISI	0,56(0,28-0,72)	0,69(0,56-0,79)	1623.000	0,003427
SAPS II	49,5 (41,5-57)	52,5 (48-59)	1873.000	0,058136
SOFA	12 (8-14)	12 (10-14)	2126.500	0,396288
APACHE II	23,5 (17-30)	26,5 (23-32)	1802.000	0,028688
MODS	9,5 (7-13)	11 (8-12)	2088.500	0,314835
LODS	7 (6,5-9)	9 (7-10)	1825.500	0,036551

ты статистического анализа оценки тяжести состояния больных в исследуемых группах в первые сутки госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Индивидуальный индекс тяжести острой почечной недостаточности (ISI) в группе выживших больных составил 0,56 (0,28-0,72) В группе умерших значения ISI составляли 0,69 (0,56-0,79), что свидетельствовало о клинически более тяжелом состоянии больных в данной группе и вовлечении в патологический процесс большего количества систем и органов.

Исходная тяжесть состояния в группе умерших боль-

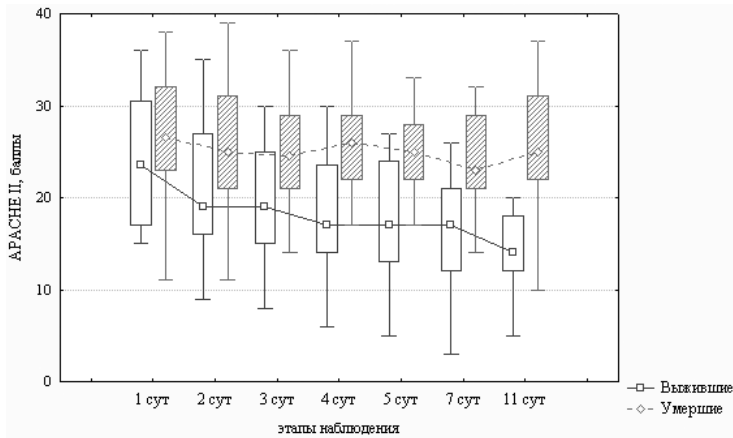


Рис. 1. Динамика тяжести состояния по шкале APACHE II.

ных по шкале APACHE II составила 26,5 (23-32) балла, что соответствует 60,5 (46-76)% риска общей летальности. В группе выживших больных исходно средний балл по шкале APACHE II составил 23,5 (17-30), что соответствует 46 (26,2-73,3)% риска общей летальности. В динамике наблюдения степень тяжести состояния в группе выживших больных постепенно снижалась и к концу наблюдения составляла 14 (12-17) баллов (рис. 1).

Таким образом, по шкале APACHE II, группу умерших составили больные, риск смерти которых был максимально высок, и значительно превышал риск общей летальности в группе выживших.

Для оценки степени дисфункции органов применяется шкала LODS. Данная шкала создана в 1996 году на основании модели множественной регрессии, в которой в качестве отклика использована внутрибольничная смертность. В наших исследованиях прогностическая оценка исхода

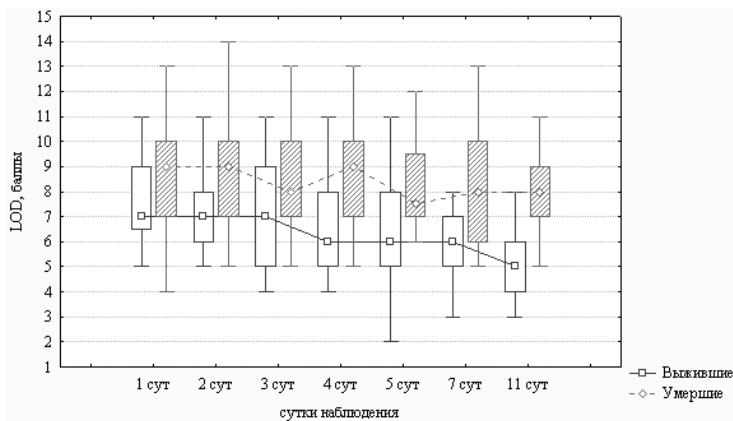


Рис. 2. Динамика тяжести состояния по шкале LODS.

у больных по шкале LODS показала, что в группе умерших исходно тяжесть состояния составляла 9 (7-10) баллов, что соответствует 58,7 (38,2-68,3)% риска госпитальной летальности. В динамике наблюдения тяжесть состояния больных в этой группе варьировала в тех же пределах. В группе выживших больных исходная тяжесть состояния оценивалась в 7 (6,5-9) баллов, что соответствовало 38,2 (28-58,7)% риска летального исхода. На фоне проводимого лечения к одиннадцатому сут-

кам наблюдения тяжесть состояния выживших больных составила 5 (4-6) баллов (рис. 2).

При анализе тяжести состояния больных по шкале LODS также видно, что группу умерших составили больные с наиболее высоким риском летального исхода.

Шкала SAPS II, как и шкала LODS, создана при помощи модели множественной регрессии (определены веса предикторов внутрибольничной смерти). В нашей работе исходная тяжесть состояния в группе умерших больных по шкале SAPS II составила 52,5 (48-59) балла, что соответствует 53 (39,2-64)% риска госпитальной летальности. В группе выживших больных исходная тя-

жесть состояния оценивалась в 49,5 (41,5-57) баллов, что определяло риск летального исхода на 43,8 (26,6-53)%.

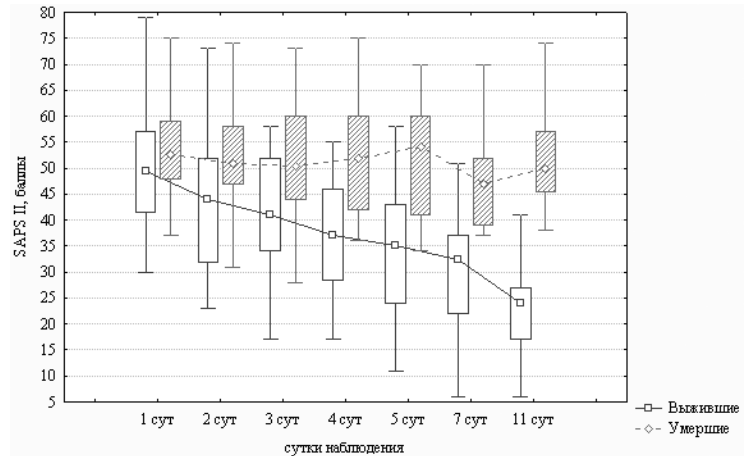


Рис. 3. Динамика тяжести состояния по шкале SAPS II.

К концу наблюдения состояние выживших больных значительно улучшилось и оценивалось в 24 (17-27) балла (рис. 3).

Статистически значимые различия при оценке по шкале SAPS II в сравниваемых группах отмечались только со вторых суток наблюдения.

Известно, что чем выше индекс по шкале SOFA, тем более выражен синдром полиорганной недостаточности. По шкале SOFA исходная тяжесть состояния в группе умерших больных составляла 12 (10-14) баллов, в группе выживших – 12 (8-14) баллов. В динамике наблюдения тяжесть состояния в группе умерших больных варьировала в пределах 11 (10-14) баллов. В группе выживших больных эти показатели снижались и к одиннадцатому суткам были равны 5 (4-8) баллам

(рис. 4).

При анализе тяжести состояния и исхода заболевания по шкале SOFA, статистически значимые различия отмечаются на третьи сутки наблюдения, составляя в группе выживших больных 10 (6-10) баллов и 11 (8,5-14) баллов у умерших ($p=0,001$).

Прогностическая оценка тяжести состояния больных и исхода заболевания по шкале MODS показала, что исходные значения в группе умерших больных – 11

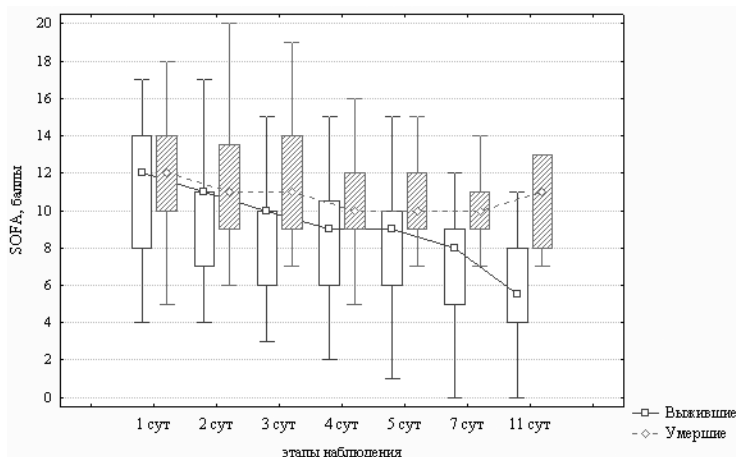


Рис. 4. Динамика тяжести состояния по шкале SOFA.

(8-12) баллов – соответствуют 25% риску госпитальной летальности. В группе выживших больных тяжесть состояния оценивалась в 9 (7-13) баллов, что также укладывается в 25% риск летального исхода. К одиннадца-

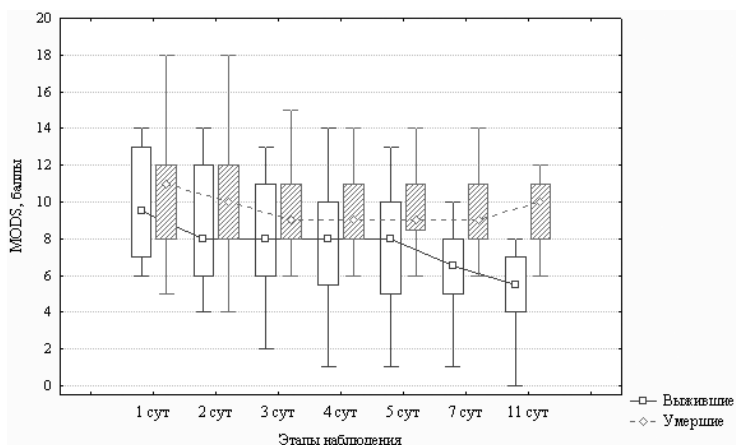


Рис. 5. Динамика тяжести состояния по шкале MODS.

тым суткам прослеживается статистически значимые различия в оценке состояния умерших 10 (11-8) и выживших 5,5 (4-7) больных (рис. 5).

Таким образом, нами установлено, что в первые сутки пребывания в отделении интенсивной терапии больных с ОПН на фоне дисфункции других органов и систем, наибольшей прогностической значимостью для риска госпитальной смертности обладают шкалы APACHE II и LODS.

THE FORECAST OF HOSPITAL MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE RENAL INSUFFICIENCY WITH USE OF RESUSCITATIONAL SCALES

E.V. Fedicheva, K.J. Gurevich, A.V. Dats, S.M. Gorbachev

(St.-Petersburg Medical Academy After Diploma educations, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

The purpose of the given research was the estimation of prognostic importance resuscitatorial scales in patients with acute renal insufficiency (ОПН) developed on a background of a syndrome of polyorganic insufficiency (СПОИ). Forecasting mortality in 150 patients with a syndrome of polyorganic insufficiency is carried out, including ОПН in the age of 15 till 83 years receiving replaceable renal therapy (ЗРТ). The severity of a condition and the forecast of hospital mortality of the patients included in research was estimated on scales of weight for patients of resuscitatorial departments: SAPS II, APACHE II, SOFA, MODS, LODS, ISI. It is established, that the greatest prognostic force in the first day from the moment of receipt have the scales APACHE II, and LODS.

ЛИТЕРАТУРА

1. Neveu H., Kleinknecht D., Brivet F., et al. Prognostic factors in acute renal failure due to sepsis. Results of a prospective multicentre study. The French Study Group on Acute Renal Failure // Nephrol Dial Transplant. – 1996. – Vol. 11, № 2. – P.293-299.
2. Wang I.K., Wang S.T., Lin C.L., et al. Early prognostic factors in patients with acute renal failure requiring dialysis // J. Am. Soc. Nephrol. – 2006. – Vol. 17, № 4. – P.1143-1150.

©АБРАМОВИЧ С.Г., КОРОВИНА Е.О. – 2008

ВИЗУАЛЬНАЯ ФОТОХРОМОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

С.Г. Абрамович, Е.О. Коровина

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра физиотерапии и курортологии, зав. – д.м.н., проф. С.Г. Абрамович)

Резюме. Изучена эффективность и особенности механизма действия визуальной фотохромотерапии зеленым светом у больных гипертонической болезнью пожилого возраста на поликлиническом этапе восстановительного лечения. Обнаружен гипотензивный эффект, снижение биологического возраста, нормализация качества жизни и симпатомигетической реактивности сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, пожилой возраст, биологический возраст человека, скорость старения, визуальная фотохромотерапия.