

плерографической флуометрии и его возможности в оценке изменений микроциркуляции суставов при ревматоидном артрите // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2007. – №2. – С.14-18.

9. Яковлева Е.В., Зюзенков М.В. Психовегетативные соотношения при ревматоидном артрите // Медицинские новости. – 2001. – №2. – С.47-49.

10. Gabriel S.E. The epidemiology of rheumatoid arthritis //

Rheum. Dis. Clin. North Amer. – 2001. – Vol. 27. – P.269-281.

11. Hall F.C., Dalbeth N. Disease modification and cardiovascular risk reduction: two sides of the same coin? // Rheumatology. – 2005. – №44. – P.1473-1482.

12. Kalyagin A. Quality of life assessment in patients with rheumatoid arthritis // International Conference Quality of Life Research in Medicine: Proceedings. October 3-5, 2002. – Saint-Petersburg, 2002. – P.156-159.

REFERENCES

1. Andrienko A.V., Lychev V.G., Bublikov D.S. Prospects in assessment of the vegetative status by means of laser Doppler flowmetry // Vestnik Altayskoy nauki. – 2013. – №2-1. – P.132-134. (in Russian)

2. Vorobyeva E.N., Bublikov D.S., Molchanov A.V., et al. Modern Representations about Role of Cardiovascular Diseases Risk Factors in Atherogenesis // Izvestiya Altayskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2012. – №3-1. – P.24-28. (in Russian)

3. Kozlov V.I. System of blood microcirculation: klinikal and morphological aspects of studying // Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya. – 2006. – Т. 5. №1. – P.84-101. (in Russian)

4. Nasonov E.L. Difficulties of early diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis // Sovremennye problemy revmatologii. – 2005. – Is. 2. – P.3-8. (in Russian)

5. Nasonova V.A., Folomeeva O.M., Erdes S.F. Rheumatic diseases in Russia at the beginning of the XXI century // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. – 2003. – №1. – P.6-10. (in Russian)

6. Petrounko I.L., Menshikova L.V. On the expenses for patients with rheumatoid arthritis // Obschestvennoe zdorovie i

zdravookhranenie. – 2010. – №4. – P.44-47. (in Russian)

7. Petrunko I.L., Menshikova L.V., Cherkasova A.A. Rheumatoid arthritis: primary disablement in the Irkutsk Region // Mediko-socialnaya ekspertiza i reabilitatsia. – 2011. – №3. – P.38-40. (in Russian)

8. Stupnikova O.N., Landyshev Yu.S. The possibilities of laser Doppler flowmetry in estimation of joint microcirculation changes in rheumatoid arthritis // Sibirskij medicinskij zurnal (Irkutsk). – 2007. – №2. – P.14-18. (in Russian)

9. Yakovleva E.V., Zyuzenkov M.V. Psychovegetative ratios at rheumatoid arthritis // Meditsinskie novosti. – 2001. – №2. – P.47-49. (in Russian)

10. Gabriel S.E. The epidemiology of rheumatoid arthritis // Rheum. Dis. Clin. North Amer. – 2001. – Vol. 27. – P.269-281.

11. Hall F.C., Dalbeth N. Disease modification and cardiovascular risk reduction: two sides of the same coin? // Rheumatology. – 2005. – №44. – P.1473-1482.

12. Kalyagin A. Quality of life assessment in patients with rheumatoid arthritis // International Conference Quality of Life Research in Medicine: Proceedings. October 3-5, 2002. – Saint-Petersburg, 2002. – P.156-159.

Информация об авторах:

Андриенко Алексей Владимирович – доцент кафедры, к.м.н., доцент, 656000, г. Барнаул, ул. Юрина, 166а, тел. (3852) 405657, e-mail: dmitrij923@yandex.ru; Лычев Валерий Германович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, 656000, г. Барнаул, ул. Юрина 166а, e-mail: dmitrij923@yandex.ru; Бубликов Дмитрий Сергеевич – ассистент кафедры, 656000, г. Барнаул, ул. Юрина, 166а, e-mail: bublikov.dim@yandex.ru

Information About the Author:

Andrienko Aleksey Vladimirovich – PhD, Associate Prof. of Department, 656000, Barnaul city, Yurina street, 166 a, tel. (3852) 405657, e-mail: dmitrij923@yandex.ru; Lychev Valeriy Germanovich - Prof., Head of Department, 656000, Barnaul city, Yurina street, 166 a, phone (3852) 405657, e-mail: dmitrij923@yandex.ru; Bublikov Dmitriy Sergeevich – Associate Prof. of Department, 656000, Barnaul city, Yurina street, 166 a, phone (3852) 405657, e-mail: bublikov.dim@yandex.ru

© ТРУБАЧЕВА А.В., ДОЛГИХ В.Т., АНИЩЕНКО В.В., КУЗНЕЦОВ Ю.В. – 2014

УДК 616.37-002.4-07-08

СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Алла Васильевна Трубачева¹, Владимир Терентьевич Долгих²,

Владимир Владимирович Анищенко¹, Юрий Владимирович Кузнецов¹

(¹Новосибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.О. Маринкин;

²Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков)

Резюме. Обследовано и пролечено 46 больных панкреонекрозом средней степени тяжести. Установлено, что на протяжении первых суток в 60,9% случаях удается с помощью ультразвукового исследования поставить правильный диагноз. В остальных случаях неудачи ультразвуковой диагностики были обусловлены выраженным парезом желудочно-кишечного тракта. В позднем периоде заболевания информативность исследования достигает 98,10%. Лапароскопия сочетает диагностику и лечение заболевания: в 41,3% случаев оперативное лапароскопическое лечение оказалось достаточным. Данные, полученные при КТ-исследовании, позволяют планировать дальнейшую хирургическую тактику и являются ведущими для определения возможности и локализации минидоступа. Высокая стоимость КТ-исследования с контрастным усилением ограничивает использование КТ-исследования у больных с панкреонекрозом.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, диагностика, лечение, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография.

WAYS OF DIAGNOSTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATONECROSIS OF MODERATE CASE

A.V. Trubacheva¹, V.T. Dolgikh², V.V. Anishchenko¹, Yu.V. Kuznetsov¹

(¹Novosibirsk State Medical University; ²Omsk State Medical Academy, Russia)

Summary. 46 patients with pancreatonecrosis of moderate case have been surveyed and treated. It has been established

that for the first days in 60,9% cases it is possible to make the correct diagnosis by ultrasonic research. In other cases failures of US-diagnostics were caused by expressed paresis of gastrointestinal tract. Informational content of research reaches 98,10% in the late period of disease. The laparoscopy combines diagnostics and disease treatment: in 41,3% of cases operative laparoscopic treatment was sufficient. The data received in CT-research allow to plan further surgical tactics and is leader for definition of opportunity and miniaccess localization. The high cost of CT-research with contrast enhancement limits CT-research usage in patients with pancreatonecrosis.

Key words: pancreatonecrosis, diagnostics, treatment, ultrasonic diagnostics, computer tomography.

Одной из наиболее сложных проблем в неотложной абдоминальной хирургии остается диагностика и лечение больных острым панкреатитом [1,7,9]. Именно эти больные представляют наиболее проблемную в диагностическом, лечебном и социальном аспектах группу больных [3,4,10]. Это подтверждают комплексные данные о летальности, частоте разнообразных осложнений, продолжительности сроков госпитализации больных панкреатонекрозом и медико-экономических ресурсов, используемых в лечении этого тяжелого заболевания [2,5,11]. Визуализация поджелудочной железы (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия) достигла качественно нового уровня, благодаря чему стало возможным определять тяжесть заболевания и оценивать течение острого панкреатита в режиме реального времени [6,8,12]. Однако ни один из этих методов не дает надежного диагностического результата [3,8,10].

Цель работы – определить эффективность диагностических алгоритмов и миниинвазивных способов лечения у больных с панкреатонекрозом средней степени тяжести

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 46 больных (20 мужчин и 26 женщин), поступивших в Больницу скорой медицинской помощи № 2 г. Омска с диагнозом «острый панкреатит». Средний возраст больных – $51,1 \pm 14,24$ лет. Тяжесть общего состояния по шкале АРАСНЕ II составляла $7,3 \pm 3,06$ баллов, а по шкале В.Б. Краснорогова – $4,8 \pm 0,58$ баллов.

Всем поступившим был выполнен диагностический комплекс исследований, включавший динамическое ультразвуковое (УЗ) исследование, компьютерную томографию (КТ) и лапароскопию. Ультразвуковое исследование проводили на приборе Aloka-SSD-500, компьютерную томографию – на мультиспиральном томографе AQUILION-64 TOSHIBA и «Hiachi-Presto» в период со вторых суток заболевания, а при необходимости повторялось в динамике. Лапароскопию выполняли всем больным в срок от 2 до 8 суток с начала заболевания при нарастании интоксикации и появлении свободной жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости по данным УЗ- и/или КТ-исследования. Во всех случаях широко рассекали желудочно-ободочную связку и осматривали переднюю поверхность поджелудочной железы с последующим дренированием сальниковой сумки одним сквозным дренажом или 2 дренажами. Традиционно дренировали брюшную полость, холецистостому устанавливали при желчной гипертензии. Данные, полученные при диагностическом обследовании, сопоставляли с интраоперационными и/или патологоанатомическими находками.

Согласно регламентирующим положениям Хельсинкской Декларации Всемирной медицинской ассоциации перед обследованием и лечением каждого больного в доступной форме было сообщено о характере предстоящего исследования и получено информированное согласие больного на участие в исследовании. Форма информированного согласия и само исследование были одобрены этическим комитетом Омской государственной медицинской академии (выписка из протокола № 48, заседание от 19 декабря 2011 года).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистических программ STATISTICA 6,

BIOSTAT 2008. Полученные данные при нормальном распределении записывали при помощи среднего и стандартного отклонения, при асимметричном распределении (ненормальном) при помощи медианы, 25 и 75 процентиля. Для определения различий в группах между собой и в сравнении с нормой, использовали дисперсионный анализ и его непараметрические аналоги при ненормальном распределении данных. Нормальность распределения определялась критериями: Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, Шапиро-Уилка, Д'Агостино. Статистические различия в группах определялись дисперсионным анализом, критерием Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса. Качественные признаки оценивались точным критерием Фишера или таблицей сопряженности χ^2 .

Результаты и обсуждение

Всем больным с панкреатонекрозом средней степени тяжести УЗ-исследование проведено в течение первого часа с момента поступления в приемное отделение, а затем повторно в период от нескольких часов до 7 суток заболевания (табл. 1). У 28 больных при первом исследовании обнаружены эхо-признаки острого деструктивного панкреатита: увеличение размеров железы, нечеткость её контуров, неоднородность структуры, жидкость в брюшной полости и сальниковой сумке. В динамике у этих больных выявлялись признаки прогрессирования патологического процесса: увеличение количества жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке и увеличение размеров железы, появление гипоэхогенных участков железы, отграниченных участков жидкости в сальниковой сумке. Средний срок информативного исследования от начала заболевания составил $Me=1,0$ (0,5-2,5) суток.

У 18 больных при первичном исследовании эхо-признаки деструктивного панкреатита отсутствовали. У 9 больных при первичном исследовании осмотреть железу не удалось из-за выраженного метеоризма. Во всех случаях диагностических ошибок при первичном ультразвуковом исследовании не было обнаружено свободной жидкости в брюшной полости, вместе с тем, интраоперационно количество жидкости в этих случаях превышало 1000 мл. В 9 других случаях не выявлено увеличения размеров железы, не отмечена неоднородность эхо-структуры. При повторных УЗ-исследованиях у 10 больных были обнаружены эхо-признаки острого деструктивного панкреатита.

У 8 больных и при повторном исследовании осмотреть поджелудочную железу не удалось из-за выраженного метеоризма, им проведена лапароскопия для исключения других острых хирургических заболеваний: перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка (4 случая), мезентерального тромбоза (3 случая) и странгуляционной кишечной непроходимости (1 случай). Диагноз панкреатонекроза у них установлен только при выполнении лапароскопической операции. Средний срок информативного исследования от начала заболевания составил $Me=1,0$ (0,4-3,0) суток.

Первичное УЗ-исследование у больных со средней степенью тяжести поражения поджелудочной железы проведено в ранние сроки заболевания [$Me=0,9$ (0,5-2,0) суток] в связи с ранним их обращением за медицинской помощью. В этой группе не обнаружено статистически значимых отличий в сроках информативного и неинформативного исследования (критерий Манна-Уитни,

Результаты применения различных методов диагностики при лечении больных с панкреонекрозом средней степени тяжести

Вид исследования	Количество обследованных больных	Количество исследований	Сроки выполнения от начала заболевания	Сроки от госпитализации
УЗ-исследование общее и до операции	46	246 114	-	-
- эффективное	28	28 (60,8%)	Me = 1,0 (0,5-2,5)	Первый час
- неэффективное	18	18 (39,1%)	Me = 0,4 (0,4-3,0)	Первый час
Послеоперационное УЗ-исследование	46	132	Me = 3,5 (2,5-17,8)	-
- эффективное	43	129 (98,1%)		
- неэффективное	3	3 (1,9%)		
Лапароскопия	46	46	Me = 2,5 (1,5-3,2)	Me = 2,0 (1,0-3,0)
Осложнения лапароскопии: - кровотечения - некроз - спаечный процесс и/или инфильтрат в сальниковой сумке			2 (4,34%) 1 (2,17%) 1 (2,17%)	
КТ-исследование	33(71,73%)	60	10,43±4,32	Me = 7,0 (6,0-11)
- эффективное			58 (96,67%)	
- неэффективное			2 (3,33%)	

$p=0,95$). Однако в половине случаев малая информативность УЗ-исследования в этой группе больных была связана с выраженным парезом желудочно-кишечного тракта, который сопровождал деструкцию поджелудочной железы уже в ранние сроки и служил объективной причиной малой информативности ультразвукового исследования ($p=0,05$).

В послеоперационном периоде всем больным проводился УЗ-мониторинг поджелудочной железы, сальниковой сумки и брюшной полости. Всего в послеоперационном периоде проведено 132 исследования у 46 больных. Появление отграниченных скоплений жидкости в брюшной полости, сальниковой сумке служили показанием для проведения КТ-исследования и повторных оперативных вмешательств.

У 24 больных в позднем послеоперационном периоде при проведении УЗ-исследований были обнаружены различные по локализации и размерам жидкостные образования в проекции поджелудочной железы и забрюшинном пространстве. У 21 из 24 больных результаты УЗ-исследования подтверждены данными компьютерной томографии и интраоперационными находками. У 2 больных обнаруженные при УЗ-исследовании отграниченные жидкостные образования не выявлены по данным компьютерной томографии. У одного больного обнаруженный при ультразвуковом и компьютерно-томографическом исследовании отграниченный затек в поддиафрагмальном пространстве справа, как таковой не был выявлен во время открытой операции. У остальных больных ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде не выявило признаков продолжавшейся деструкции поджелудочной железы. Среднее время проведения УЗИ после операции составило Me = 3,5 (2,5-17,8) суток.

Таким образом, информативность ультразвукового исследования в позднем периоде заболевания составила 97,72% от общего количества исследований, проведенных у больных с панкреонекрозом средней степени тяжести.

Ультразвуковой метод исследования у 5 больных с панкреонекрозом средней степени тяжести в позднем послеоперационном периоде был применен как лечебный. У этих больных были дренированы отграниченные жидкостные образования в сальниковой сумке; в двух случаях дренирование под ультразвуковым контролем оказалось достаточным. В трех случаях мутное отделяемое по дренажной трубке быстро прекратилось, но у больных сохранялся интоксикационный синдром, и последующие ультразвуковые и компьютерно-томографические исследования выявляли сохраняющуюся ложную кисту со свободно лежащими секвестрами.

В проекции этих образований в дальнейшем был выполнен минидоступ, проведена санация и дренирование жидкостных образований; во всех случаях произошло выздоровление больных.

Ультразвуковое исследование у больных с панкреонекрозом средней степени тяжести является важным методом диагностики заболевания. Уже в раннем периоде заболевания (на протяжении первых суток) в 60,9% случаях удается поставить правильный диагноз. УЗ-

исследование в динамике повышает результативность этого метода. К сожалению, у 8 больных повторное исследование в раннем периоде заболевания не выявило изменений ни в поджелудочной железе, ни в брюшной полости, характерных для панкреонекроза. Неудачи УЗ-исследования объяснялись выраженным парезом желудочно-кишечного тракта. В поздний период заболевания информативность исследования повышалась, достигая 97,7%.

Лапароскопия проведена всем больным; средний срок проведения операции от начала заболевания составил Me=2,5 (1,5-3,2) суток, а средний срок с момента госпитализации – Me=2,0 (1,0-3,0) суток. Осложнения и неудачи лапароскопической операции были у двух больных. В одном случае не удалось осмотреть поджелудочную железу из-за выраженного спаечного процесса в сальниковой сумке. У другого больного возникло кровотечение из желудочно-ободочной связки, которое было остановлено эндоскопически.

При изучении причин высокого процента осложнений в группе больных с панкреонекрозом даже легкой степени тяжести установлено, что в большинстве случаев больные этой группы были оперированы до 2004 года, т.е. в период освоения лапароскопической методики, более тяжелым больным первично проводились открытые традиционные вмешательства [4,7]. В процессе накопления опыта лапароскопические оперативные вмешательства начали применяться и у больных, имевших высокую балльную оценку тяжести общего состояния, а после 2004 года открытые оперативные вмешательства первично у всех больных с панкреонекрозом проводили только при достоверно установленных гнойных осложнениях панкреонекроза.

В асептическую фазу первично всем больным проводили лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, а холецистостомия – по показаниям. Кроме того, имелась и объективная причина более низкого процента осложнений в этой группе – ранний период оперативного вмешательства с начала заболевания Me=2,5 (1,5-3,2) суток, когда инфильтративные изменения желудочно-ободочной связки не выражены.

У 19 больных лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки было единственным вмешательством. Средний срок лечения у этих больных – Me – 18,5 (17-21) суток. У 27 больных при подозрении на инфицирование были выполнены различные (открытые, минидоступные, лапароскопические) санационные вмешательства. У 21 больного инфицирование подтверждено неоднократными бактериологическими исследованиями раневого отделяемого (верифицирована микрофлора и определена ее устой-

чивость к антибиотикам). У 6 больных при неоднократном бактериологическом исследовании в их раневом отделе микрофлоры не выявлено. У одного больного проведено успешное дренирование образовавшейся в послеоперационном периоде ложной кисты повторной лапароскопической операцией.

Применение эндовидеоскопической методики достаточно эффективно для диагностики и лечения больных с панкреонекрозом средней степени тяжести. Лапароскопия позволяет сочетать диагностику и лечение заболевания. У 41,30% больных этой группы проведенное оперативное лапароскопическое лечение оказалось достаточным.

КТ-диагностика. КТ-исследование в группе больных с панкреонекрозом средней степени тяжести проведено у 33 больных в сроки $10,4 \pm 4,32$ суток от начала заболевания и $Me=7,0$ (6,0-11) с момента госпитализации. Во всех случаях показанием к проведению КТ-исследования было подозрение на распространение процесса на забрюшинное пространство, масштабное поражение поджелудочной железы, образование абсцессов в сальниковой сумке и/или забрюшинном пространстве по данным УЗИ, нарастание тяжести интоксикационного синдрома и появления лихорадки у больного.

По данным КТ определяли показания к санации, характер (традиционное вмешательство или минидоступ) и локализацию доступа. КТ-исследование в этой группе больных проводили неоднократно в течение всего периода лечения больных. Неэффективным КТ-исследование оказалось у 2 больных. У одного больного не был обнаружен на операции поддиафрагмальный абсцесс, определявшийся с помощью КТ-исследования. У другого больного было неправильно оценено масштабное поражение поджелудочной железы и распространение процесса на забрюшинную клетчатку: по данным КТ-исследования выявлялся ограниченный абсцесс в области хвоста поджелудочной железы, который был вскрыт из минидоступа. В послеоперационном периоде сохранялась лихорадка и интоксикационный синдром. Повторное КТ-исследование через сутки после минидоступной санации обнаружило множественные абсцессы в теле железы и выраженная забрюшинная инфильтрация слева. Больному была выполнена повторная операция с широким левосторонним доступом с дополнительным дренированием забрюшинного пространства из левого поясничного доступа. В дальнейшем проведены многократные санации, сопровождавшиеся медленным выздоровлением больного.

У 11 больных все санационные вмешательства выполнялись широкими доступами, так как по данным компьютерной томографии определялся обширный

характер поражения поджелудочной железы и/или забрюшинное распространение процесса. Также широкий правосторонний доступ являлся предпочтительным при правостороннем поражении поджелудочной железы и забрюшинного пространства у двух больных.

У 16 больных проведены санации из минидоступов. Возможность и локализация минидоступа установлена на основании данных КТ-исследований, предшествовавших выполнению санационного оперативного вмешательства. При отграниченных процессах в железе, сальниковой сумке и забрюшинном пространстве слева такая тактика оказалась успешной у 13 больных. Санационные вмешательства у этих больных были многократными. У 3 больных был выполнен переход на широкое традиционное вмешательство, 2 больных в дальнейшем погибли.

У больных с панкреонекрозом средней степени тяжести КТ-исследование на второй неделе заболевания является высокоинформативным методом диагностики масштаба и характера поражения поджелудочной железы. Данные, полученные при КТ-исследовании, позволяют планировать дальнейшую хирургическую тактику и определяют возможность и локализацию минидоступа. Несмотря на высокую результативность компьютерной томографии, не во всех случаях данные ее визуализации были достоверны. Высокая стоимость КТ-исследования с контрастным усилением также ограничило использование этого метода у больных с панкреонекрозом.

Таким образом, ультразвуковое исследование у больных с панкреонекрозом средней степени тяжести является важным методом диагностики заболевания. Уже в раннем периоде заболевания (в течение первых суток) в 60,9% случаев удается поставить правильный диагноз. Неудачи исследования связаны с выраженным парезом желудочно-кишечного тракта. В позднем периоде заболевания информативность исследования повышается и достигает 98,10%. Лапароскопия позволяет сочетать диагностику и лечение заболевания. У 41,3% больных в этой группе проведенное оперативное лапароскопическое лечение оказалось достаточным. У больных с панкреонекрозом средней степени тяжести КТ-исследование на второй неделе заболевания является высокоинформативным методом диагностики масштаба и характера поражения поджелудочной железы. Данные, полученные при КТ-исследовании, позволяют планировать дальнейшую хирургическую тактику и являются ведущими для определения возможности и локализации минидоступа. Высокая стоимость КТ-исследования с контрастным усилением ограничивает использование КТ-исследования у больных с панкреонекрозом в этой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и др. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // *Анналы хир. гепатол.* – 2006. – Т. 11. №1. – С.60-66.
2. Бенсман В.М., Савченко Ю.П., Голиков И.В., Чайкин В.В. Выбор тактических решений в хирургии крупноочагового инфицированного панкреонекроза // *Хирургия.* – 2013. – №4. – С.38-42.
3. Дацюк А.И., Шлапак И.П., Титаренко Н.В., Дацюк Л.В. Десятилетний опыт профилактики и лечения синдрома полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите: анализ 223 случаев // *Вестник интенсивной терапии.* – 2013. – №2. – С.19-26.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будрова М.Д., Алтунин А.И. Панкреонекроз. – М., 2007. – 22 с.
5. Истомин Н.П., Белов И.Н., Агапов К.В. и др. Применение лечебно-диагностического алгоритма для определения хирургической тактики у больных с панкреонекрозом // *Хирургия.* – 2010. – №7. – С.6-13.
6. Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А. Оптимизация хирургического лечения больных панкреонекрозом // *Анналы хир. гепатол.* – 2011. – №1. – С.66-71.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: 2008. – 264 с.
8. Сандаков П.Я., Самарцев В.А., Минеев Д.А., Попов А.В. Оптимизация диагностики и хирургического лечения деструктивного панкреатита // *Эндоскопическая хирургия.* – 2013. – №5. – С.3-10.
9. Amano H., Takada T., Isaji S., et al. Therapeutic intervention and acute pancreatitis // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* – 2010. – Vol. 17. №1. – P.53-59.
10. Botoi G., Andercou O., Andercou A., et al. The management of acute pancreatitis according to the modern guidelines // *Chirurgia.* – 2011. – Vol. 106. №2. – P.171-176.
11. Petrov M.S., Shanbhag S., Chakraborty M., et al. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis // *Gastroenterology.* – 2010. – Vol. 139. №3. – P.813-820.
12. Wig J.D., Bharathy K.G., Kochhar R., et al. Correlates of organ failure in severe acute pancreatitis // *JOP.* – 2009. – Vol. 10. №3. – P.271-275.

REFERENCES

1. Bagnenko S.F., Tolstoy A.D., Krasnorogov V.B., et al. Acute Pancreatitis (Diagnostic and Management Protocols) // Annaly Hirurgicheskoy Gepatologii. – 2006. – Vol. 11. №1. – P.60-66. (in Russian).
2. Bensman V.M., Savchenko Y.P., Golikov I.V., Chaykin V.V. The choice of tactical decisions in surgery of the macrofocal infected pancreatonecrosis // Khirurgia. – 2013. – №4. – P.38-42 (in Russian).
3. Datsyuk A.I., Shlapak I.P., Titarenko N.V., Datsyuk L.V. Ten years' experience of prophylaxis and treatment of a multiple organ failure syndrome at serious acute pancreatitis: analysis of 223 cases // Vestnik Intensivnoy Terapii. – 2013. – №2. – P.19-26 (in Russian).
4. Zatevakhin I.I., Tsitsiashvili M.S., Budrova M.D., Altunin A.I. Pancreatonecrosis. – Moscow, 2007. – 224 p. (in Russian).
5. Istomin N.P., Belov I.N., Agapov K.V., et al. Application of medical and diagnostic algorithm for defining surgical tactics at patients with pancreatonecrosis // Khirurgia. – 2010. – №7. – P.6-13. (in Russian).
6. Krasilnikov D.M., Abdulyanov A.V., Borodin M.A. Optimization of surgical treatment at patients with pancreatonecrosis // Annaly khirurgicheskoy hepatologii. – 2011. – №1. – P.66-71. (in Russian).
7. Savelyev V.S., Filimonov M.I., Burnevich S.Z. Pancreatonecroses. – Moscow, 2008. – 264 p. (in Russian).
8. Sandakov P.Y., Samartsev V.A., Mineev D.A., Popov A.V. Optimization of diagnostics and surgical treatment of destructive pancreatitis // Endoskopicheskaya khirurgia. – 2013. – №5. – P.3-10. (in Russian).
9. Amano H., Takada T., Isaji S., et al. Therapeutic intervention and acute pancreatitis // J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. – 2010. – Vol. 17. №1. – P.53-59.
10. Botoi G., Andercou O., Andercou A., et al. The management of acute pancreatitis according to the modern guidelines // Chirurgia. – 2011. – Vol. 106. №2. – P.171-176.
11. Petrov M.S., Shanbhag S., Chakraborty M., et al. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis // Gastroenterology. – 2010. – Vol. 139. №3. – P.813-820.
12. Wig J.D., Bharathy K.G., Kochhar R., et al. Correlates of organ failure in severe acute pancreatitis // JOP. – 2009. – Vol. 10. №3. – P.271-275.

Информация об авторах:

Долгих Владимир Терентьевич – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, e-mail: prof_dolgih@mail.ru; Анищенко Владимир Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой хирургии постдипломного образования, e-mail: avv1110@yandex.ru; Трубачева Алла Васильевна – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии, e-mail: trubacheva2008@mail.ru; Кузнецов Юрий Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры хирургии, e-mail: uvk166@mail.ru

Information About of the Authors:

Dolgikh Vladimir Terentyevich – PhD, MD, Professor, honored scientist of the Russian Federation, head of Department of pathophysiology with course of clinical pathophysiology, e-mail: prof_dolgih@mail.ru; Anishchenko Vladimir Vladimirovich – PhD, MD, Professor, head of surgery Department, e-mail: avv1110@yandex.ru; Trubacheva Alla Vasilyevna – PhD, MD, assistant Department of general surgery, e-mail: trubacheva2008@mail.ru; Kuznetsov Yuri Vladimirovich – PhD, MD, assistant of Department surgery, e-mail: uvk166@mail.ru

© РАСКИНА Т.А., КОРОЛЕВА М.В. – 2014
УДК 616.72-002.77-08

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Татьяна Алексеевна Раскина, Марина Валерьевна Королева
(Кемеровская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.М. Ивойлов,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Т.А. Раскина)

Резюме. С целью оценки влияния ритуксимаба на качество жизни больных ревматоидным артритом (РА) по результатам общего опросника EQ-5D и специфического опросника HAQ обследовано 98 пациентов. Все больные были рандомизированы в две группы в зависимости от варианта базисной терапии. Для оценки КЖ использовались опросники EQ-5D и HAQ. Через год терапии установлено статистически значимое увеличение показателя индекса здоровья, увеличение показателя ВАШ. При оценке индекса HAQ через 12 месяцев получено статистически значимое уменьшение в группе больных, получавших ритуксимаб, относительно исходных показателей. В группе пациентов с комбинированной терапией отмечался удовлетворительный терапевтический эффект, тогда как в группе с монотерапией метотрексатом – минимальный.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ритуксимаб, качество жизни, опросник EQ-5D, опросник HAQ.

EFFECT OF RITUXIMAB THERAPY ON LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

T.A. Raskina, M.V. Koroleva
(Kemerovo State Medical Academy, Russia)

Summary. The purpose: To evaluate the effect of rituximab on the life quality in the patients with rheumatoid arthritis (RA) according to the results of the overall EQ-5D questionnaire and a specific questionnaire HAQ. Materials and Methods: We observed 98 patients with a documented diagnosis of RA. All patients were randomized into two groups, depending on the basic therapy variant. To assess Life Quality (LQ) questionnaires EQ-5D and HAQ were used. Results: After a year of therapy a statistically significant increase in the health index, the visual analogue scale (VAS) was established both in the group 1 and group. In assessing the HAQ index in 12 months a statistically significant reduction was revealed in the group of patients treated with rituximab, relative to benchmarks. Conclusion: According to EQ-5D questionnaire satisfactory therapeutic effect was observed in the group of the patients with a combined therapy, while in the group with MTX the effect was minimum.

Key words: rheumatoid arthritis, rituximab, life quality, EQ-5D questionnaire, HAQ.

Ревматоидный артрит (РА) – это хроническое воспалительное заболевание суставов, приводящее к ранне-