

5. Комарова Л.Н., Алиев Ф.Ш. Некоторые результаты лечения гериатрических больных с хроническим заболеванием вен нижних конечностей // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 1. – С. 29.
6. Мехшина Л.А., Изотов А.С. Применение тромбогеля в комплексном лечении больных с окклюзионным атеросклерозом артерий нижних конечностей // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 29-30.
7. Ржаникова А.Н., Ржаникова Н.И., Болотнова Т.В. К вопросу о клинико-эндоскопической характеристике язвенной болезни у пациентов пожилого возраста // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 17-18.
8. Ярцев С.Е., Андреева О.В., Петрова О.А. Вопросы межведомственного взаимодействия при организации медико-социальной помощи в рамках реализации Межведомственной программой по повышению качества жизни пожилых людей в Тюменской области. «Старшее поколение» // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 7-9.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.А. Матюков, М.Ю. Кабанов, Т.Е. Зайцева,
С.С. Рощупкин, И.В. Кесаева

Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: gvv@zdrav.spb.ru

Сахарный диабет является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире, которым страдают 4-5% населения планеты. У больных сахарным диабетом в возрасте от 25 до 75 лет поражение нижних конечностей встречается в 20-80% случаев в виде синдрома диабетической стопы (СДС). Ампутации нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом проводятся в 15-20 раз чаще, чем среди лиц без нарушений углеводного обмена, что является причиной высокой инвалидизации и смертности.

Лечение СДС – это междисциплинарная область, находящаяся на стыке 7 различных дисциплин (эндокринология, хирургия, ангиохирургия, кардиология / ангиология, неврология, ортопедия, дерматология). Для повышения эффективности лечения пациентов с СДС необходима реализация мультидисциплинарного подхода в рамках одного учреждения, включающего подиатров, ортопедов, рентгенохирургов, гнойных и сосудистых хирургов.

В СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» представлены все необходимые отделения для реализации концепции мультидисциплинарного подхода в комплексном лечении синдрома диабетической стопы (эндокринологическое, гнойной хирургии, сосудистой хирургии, рентгенохирургических методов диагностики и лечения, подиатрический кабинет), а также имеется опыт лечения данной патологии. С учетом особенностей атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом в подавляющем большинстве случаев выполнение реконструктивных операций невозможно, поэтому операцией выбора является чрезкожная транслюминальная баллонная ангиопластика артерий голени. Выполнение реваскуляризации у этой категории больных является единственным способом увеличить магистральный кровоток, что делает возможным снизить уровень ампутации или предотвратить её.

С момента внедрения мультидисциплинарного подхода в комплексную программу лечения диабетической стопы в госпитале выполнено 117 реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей. Технический успех достигнут в 91% случаев, летальность зафиксирована на уровне 3,1%. При клинической оценке раневого процесса после реваскуляризации у всех пациентов отмечена положительная динамика (нормализация цвета кожных покровов, потепление стопы, купирование перифокального воспаления, появление четкой линии демаркации). Комплексное лечение включало консервативные и хирургические мероприятия (разгрузка стопы; коррекция уровня гликемии; хирургическое лечение гнойного очага; закрытие ран и/или формирование культи стопы). Выявлено достоверное снижение количества высоких ампутаций.

Реализация мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с СДС позволяет сохранить конечности у большинства больных с ишемической и нейроишемической формой диабетической стопы и избежать инвалидизирующих ампутаций при минимальной послеоперационной летальности.

ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРАЛГИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.В. Прохорченко, А.А. Мойсеев, А.Б. Хисматуллина

Тюменский ООД, г. Тюмень

Рак желудка (РЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии [2, 6, 17]. При этом, несмотря на снижение показателей заболеваемости, РЖ стоит на втором месте среди причин смертности – в 2011 г. – в России – 11,5% [20], в Тюменской области – 11,2% [18, 19]. Такая ситуация обусловлена преимущественно поздним выявлением заболевания – доля больных, выявленных в IV стадии составляет более 40% [1, 3, 15]. В этих условиях основным видом помощи данной категории больных является паллиативное лечение, направленное на коррекцию негативных проявлений опухолевого процесса, среди которых ведущее значение имеет борьба с болью [9, 12].

Данные литературы свидетельствуют о достаточной разработанности вопросов контроля боли при онкологических заболеваниях, возможности применения и эффективности анальгетиков различных классов [4, 8, 12], а так же методов нелекарственной терапии [5, 13, 14]. Между тем известно, что в патогенезе гастралгии могут принимать участие самые различные механизмы, в том числе напрямую не связанные с опухолевым поражением: уровень желудочной секреции, состояние слизистой желудка, инфицированность *H. Pylori* и др. [7, 11, 21]. Важное значение так же имеет эмоциональный статус и нарушения психического состояния [16, 22]. Наличие нескольких патогенетических механизмов, возможность их сочетания и взаимоотношения определяют возможный широкий спектр собственно алгических проявлений у данной категории больных, что может иметь большое значение при выборе индивидуальной программы контроля боли, включение в состав

системной фармакотерапии как болеутоляющих средств, так и коанальгетиков или препаратов, воздействующих на отдельные элементы суммарной боли [4, 7, 10].

Цель исследования: оценить характер клинических проявлений болевого синдрома (гастралгии) у больных распространенным раком желудка.

Материал и методы. Обследовано 194 больных распространенным раком желудка с доминированием в клинической картине гастралгии. Среди обследованных мужчины составляли – 65,5%; женщины – 34,5%. Возраст – от 34 до 67 лет (средний – $53,9 \pm 4,2$ лет). Основная группа состояла из 126, группа сравнения – 68 человек. Состав групп был сопоставим по полу, возрасту, нозологической принадлежности, стадии заболевания и клиническим проявлениям. Главное отличие – наличие подтвержденной лабораторными методами инфицированности желудка *H. Pylori* у пациентов основной группы.

Результаты и обсуждение.

Клинические наблюдения показали, что структура клинических проявлений у исследуемых больных определялась преимущественно 4 синдромами, среди которых доминировали болевой (100,0%), диспепсический (98,9%) и астенический (97,4%) симптомокомплексы. Достоверных различий в группах не отмечалось, что свидетельствует об однородности их контингента, подобранного согласно критериям отбора.

У всех пациентов регистрировались абдоминальные боли, длительность которых составляла от 1,5 до 6,3 месяцев (средний – $2,9 \pm 0,21$ мес.), что позволяло отнести их к категории хронических (ВОЗ, 1992). Выраженность боли по ШВО составляла от 1 до 3 баллов (средний – $1,71 \pm 0,61$ балла).

Поддавляющее большинство лиц обеих групп (98,9%; $n=192$) при первичном осмотре вербально и жестах локализовали боль в эпигастральной области. Часть из них указывали на иррадиацию в правое (14,9%; $n=29$), реже – в левое (7,7%; $n=15$) подреберья или в спину (6,2%; $n=12$). Частота локализации боли в группах были сравнимы. Более значительные различия выявлялись при анализе характера и структуры самих алгий. Изучение особенностей болевых проявлений показало их неоднородность, что позволило нам выделить 4 достаточно очерченных клинических типов боли.

Большинство пациентов отмечали четкую связь возникновения или усиления боли с приемом пищи. Так, при 1 типе, регистрируемом, в 46,4% случаев (основная – 44,4%; сравнения 50,0%; $P>0,05$), наиболее часто указывали на болевые проявления, возникающие или значительно усиливающиеся сразу или несколько минут спустя после еды. Эти боли обычно носили тупой характер, нередко сопровождалось ощущениями тяжести и полноты в области желудка; иногда описывались как чувство «спазма», «комка» и др. в подложечной области. Длительность этих проявлений обычно составляла от нескольких минут до часа, в единичных случаях продолжаясь более 1,5-2 часов, и часто имела достаточно четкую связь с характером потребляемых продуктов.

Боли 1 типа часто сопровождалось симптомами диспепсии, среди которых преобладали снижение аппетита, нарушение вкусовых характеристик пищи, чув-

ство быстрого насыщения, вздутия живота. Снижение аппетита, нередко, носило выборочный и опосредованный характер: отказ от отдельных видов пищи определялся преимущественно выраженностью болевых проявлений на конкретный продукт (мясо, овощи). Обращало внимание, что подбор продуктов, способствующих снижению боли, чувства быстрого насыщения и улучшению аппетита, наиболее удачно осуществляли лица, в анамнезе которых имелись различные заболевания или дисфункции ЖКТ (чаще язвенная болезнь, запоры). Одной из эмпирически находимых пациентами стратегий являлось удлинение времени приема пищи, уменьшение разовой порции еды. Отрыжка и изжога при данном типе болей обычно не доминировали среди жалоб.

Возникающая у этих больных тошнота, достаточно редко сопровождалась рвотой, после которой боли могли усиливаться. Искусственно вызванная рвота самим пациентом уменьшала боль, но эта зависимость не носила прямолинейный характер, в отличие от болей, обусловленных опухолевым стенозом (эти пациенты согласно критериям отбора исключались из группы исследования).

Интенсивность болей (1 тип) определялась периодом исследования. Вне приема пищи наличие болевого синдрома нередко отрицалось, либо боль описывалась как слабая. Субъективно оцениваемая пациентами боль, преимущественно в период пика, по шкале ШВО чаще соответствовала категории умеренной силы (2 балла), лишь в единичных случаях достигая уровня сильной боли (3 балла). Средний показатель интенсивности болей у этих пациентов составлял в основной группе – $1,68 \pm 0,48$; в группе сравнения – $1,71 \pm 0,41$ балла.

Внимательный опрос последних позволял установить, что на субъективный показатель «сильная боль» ведущую негативную роль оказывали преимущественно страх перед болью, ее регулярность, а не неэффективность анальгетиков. При пальпации этих пациентов болезненность обычно носила диффузный характер, занимая эпигастральную и, нередко, околопупочную области. На пике болей достаточно часто определялась напряженность передней брюшной стенки.

Второй тип – «язвенная боль» – так же имел достаточно четкую связь с приемом пищи и регистрировался у 35,6% человек (основная – 38,9%; сравнения – 29,4%; $P>0,05$). Однако, в отличие от 1 типа, болевые проявления обычно носили «голодный» характер – возникали натощак и уменьшались после еды. Субъективно болевые ощущения описывались пациентами более широким спектром определений, среди которых доминировали режущий, жгучий, давящий характер и др. Среди локализаций чаще указывалась эпигастральная и загрудинная области, реже мезогастрий. Иррадирующие проявления отмечались лишь в отдельных случаях. Достаточно частым спутником этих болей являлось чувство напряженности и вздутие живота, отрыжка воздухом, кислым, реже изжога. Прием пищи обычно способствовал уменьшению или полному купированию болей, хотя, как и при 1 типе, мог сопровождаться чувством быстрого насыщения, тяжести в подложечной области после еды. Длительность латентного периода определялась индивидуально и обычно

составляла от 20 минут до 2-3, реже 5-7 часов. У отдельных пациентов после еды отмечалось кратковременное усиление гастралгий с последующей гипоалгией.

Диспепсические нарушения так же имели тенденцию к уменьшению после еды. Однако выраженность обратной динамики этим симптомов во многих случаях определялась характером принимаемой пищи. Прием «не тех» продуктов, нередко, уменьшая болевые проявления, мог потенцировать изжогу, отрыжку, что ухудшало самочувствие больных.

Как правило, утром пациенты просыпались от болей в животе, нередко это сопровождалось чувством горечи во рту, изжогой. В течение дня подбирали продукты и лекарственные средства для их уменьшения. В большинстве случаев ночью боли возобновлялись. Однако в отличие от подобных типичных проявлений при язвенной болезни прием пищи чаще не приводил к полному прекращению болей, а усиливал явления диспепсии и желудочного дискомфорта.

Третий тип боли присутствовал у 14,4%, примерно с одинаковой частотой в сравниваемых группах (основная – 13,5%; сравнения – 16,2%). Большинство пациентов предъявляли жалобы на постоянную боль преимущественно неопределенного характера, в эпигастриальной области, нередко иррадиирующую в спину, поясницу. Постоянный характер боли, являлся фоном для появления других, не связанных с ней алгических проявлений, достаточно хорошо выделяемых больными. Прием пищи, изжога или отрыжка могли приводить к усилению болевых проявлений, однако не определяли самочувствие пациентов. Длительный, изматывающий характер данных болей являлся доминирующей жалобой пациентов. Интенсивность этих ощущений по шкале ШВО оценивались примерно с одинаковой частотой в 1 или 2 балла. Категория сильных болей (3 балла) не был указана ни одним больным, и в среднем составляла в основной группе – 1,42±0,48; в группе сравнения – 1,19±0,30 балла. Пальпаторно ведущими признаками были диффузная болезненность живота с незначительным доминированием в мезогастральной области.

Четвертый тип боли – периодическая боль – регистрировался лишь у 7 человек (основная – 3,2%; сравнения – 4,4%). В отличие от предыдущих описанных вариантов пациенты не могли указать конкретную причину. Болевые проявления в течение суток возникали периодически, спонтанно, мало зависели от приемов пищи, лекарств и времени суток. Чаще описывались как давящие, спастические или в виде чувства тяжести («локальная тяжесть»). При этом достаточно четко локализовались пациентами (указывали пальцем), что подтверждалось при пальпации. Интенсивность боли составляла от 1 до 2 баллов: в основной – 1,50±0,50; в группе сравнения – 1,34±0,44 балла.

Выводы:

1. Клинические проявления гастралгии при распространенном раке носят неоднородный характер. Однако возможно выделение 4 типов боли, связанных с различными патогенетическими механизмами.

2. Ни один из описанных типов достоверно не ассоциируются с *Helicobacter pylori*.

3. Выделенные клиничко-патогенетические типы гастралгии могут быть использованы при выборе болеутоляющей терапии у данной категории больных

Литература:

1. Арыбжанов Д.Т., Шаназаров Н.А. Возможности комбинированного лечения больных раком желудка IV стадии // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 32-34.
2. Ахметзянов Ф.Ш., Китаев М.Р., Ахметзянова Ф.Ф. Актуальность проблемы рака желудка в г. Казани // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 11-12.
3. Бондученко Н.А., Пестрякова А.В. Пути к снижению запущенности ЗНО и ранней выявляемости раковой болезни в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 12-13.
4. Брюзгин В.В. Современные аспекты лечения хронической боли у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 90-93.
5. Дильдин А.С. Опыт применения чрескожной анальгезии при онкогенных болях // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 121-122.
6. Добренский М.Н., Добренский А.М. Онкологическая заболеваемость в Астраханской области как показатель экологической ситуации // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 8-9.
7. Зотов П.Б. Гастралгия при распространенном раке желудка: патогенетические и клинические аспекты. Обзор // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 8-15.
8. Зотов П.Б. Структурный анализ хронической боли при распространенном раке // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 22-23.
9. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей онкологов // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 18-25.
10. Зотов П.Б., Вшивков В.В., Ковалева И.П. Антисекреторная терапия при распространенном раке желудка // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2-3. – С. 61.
11. Комарова Т.В., Вусик М.В., Евтушенко В.А., Плешко Р.И. Предопухолевая патология желудка – критерий повышенного онкологического риска // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 19.
12. Круглов Д.Г., Губин О.М., Рытвинский Е.С., Ваденина Л.П. Опыт применения Ксефокама в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 123-124.
13. Кучерова Т.Я., Вусик М.В., Евтушенко В.А. Магнитолазер в борьбе с болевым синдромом в онкологии // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 97.
14. Левин А.В., Смородина Т.П. Полностью имплантируемые устройства в лечении хронического болевого синдрома // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 97-99.
15. Магарилл Ю.А., Демченко Д.О. Рак желудка в Кузбассе – проблемы и пути их решения // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 26-27.
16. Макиенко А.А. Роль психокоррекции в онкологии // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 30.
17. Сняжков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
18. Сняжков А.Г., Зотов П.Б., Наумов М.М., Гайсин Т.А. Онкологическая ситуация в Тюменской области в 2005-2012 гг. и факторы, влияющие на ее улучшение // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
19. Турунцева А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований на территории Тюменской области (без автономных округов) в 2011 году // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 25-26.
20. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 году. – ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. – 262 с.
21. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. – Киев: Книга плюс, 2000. – 227 с.
22. Щербак И.В., Самохин А.А. Тревога и депрессия в структуре пограничных психических расстройств у больных, прооперированных по поводу рака толстой кишки // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 35-36.