

УДК: 616.33-008.3-08

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ

М.М.РОМАНОВА, А.П.БАБКИН*

В статье рассматриваются результаты исследования по изучению особенностей психологического и вегетативного статуса больных с синдромом диспепсии и возможностей их коррекции включением в комплекс терапевтических мероприятий новых медицинских технологий. Проведен сравнительный анализ стандартной терапии и комплексного лечения.

Ключевые слова: синдром диспепсии, новые медицинские технологии, магнитолазерное воздействие, комплексная терапия, качество жизни.

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний ЖКТ, получившими название «Римских критериев III» (2006) синдром диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии [6,7]. Диагноз синдрома функциональной диспепсии, как и диагноз любого функционального заболевания органов пищеварения является диагнозом исключения. Если после стандартного обследования выявляются признаки органической патологии – это органическая диспепсия, которая включает в том числе язвенную болезнь и хронический гастрит.

Современное лечение синдрома функциональной диспепсии, заключается в медикаментозной терапии прокинетиками и антисекреторными препаратами [2,3]. Современное лечение хронического гастрита и язвенной болезни, ассоциированных с Хеликобактерной инфекцией, заключается в применении различных медикаментозных антихеликобактерных схем, эффективных в отношении элиминации Хеликобактер пилори (Hr) – до 80-96%. Согласно Маастрихтским соглашениям II (2002) и III (2005) выделяют антихеликобактерную терапию I и 2 линии [2].

Однако, несмотря на определенный прогресс и положительные результаты остаются и нерешенные проблемы: в ряде случаев с эрадикацией Hr не устраняется клиническая симптоматика, не изменяются значимо сроки купирования клинических симптомов, морфологические характеристики, частота рецидивов [6]. Такая терапия не влияет на общеадаптационные системы больного, в частности, на вегетативный баланс, суточные хронобиоритмы, на психоэмоциональную сферу [4,5]. Между тем, состояние регуляторных систем во многом определяет частоту рецидивов и прогноз при хроническом гастрите и язвенной болезни, ассоциированных с Hr инфекцией [3].

Поэтому разработка и оценка эффективности дифференцированных подходов к лечению больных с синдромом диспепсии с применением новых медицинских технологий представляется актуальной.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных с синдромом диспепсии путем применения дифференцированного подхода к включению новых медицинских технологий в комплекс терапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 больных синдромом диспепсии (36 женщин и 28 мужчины) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 42,4±5,7). Контрольную (1) группу составили 20 практически здоровых пациентов. Критериями включения в исследование являлись: возраст – 20-60 лет; наличие синдрома диспепсии; отсутствие психических, инфекционных заболеваний и хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации. Больные были разделены на сопоставимые по полу, возрасту, тяжести и длительности синдрома диспепсии группы – 2 и 3. 2 группа получала стандартную терапию. 3 группа дифференцированную с применением новых медицинских технологий: транскutánной магнитолазерной терапии длиной волны 0,89 мкм в модулированном режиме, магнитолазерной пунктуры длиной волны 1,3 мкм., а также дифференцированное назначение антидепрессанта азафен. Для транскutánной терапии применяли аппарат физиотерапевтического лазерного воздействия ЛТА «Мустанг-23», для лазеропунктуры ЛТА «Мотылек-рефлекс». Внутри каждой из

групп были выделены следующие подгруппы: 1) с синдромом функциональной диспепсии, 2) с хроническим гастритом, 3) язвенной болезнью.

Всем пациентам помимо стандартного обследования, включающего клинические, биохимические и инструментальные методы исследования, до и после курса лечения проводились – для оценки симптомов тревоги и депрессии анкетирование по тестовым опросникам: шкала Гамильтона для определения тревоги (HARS), шкала Гамильтона для определения депрессии (HDRS), для оценки качества жизни – опросник SF-36 (версия 1); для оценки циркадных биоритмов вегетативного баланса, АД и ЭКГ применялось суточное мониторирование вариабельности сердечного ритма «Cardio-Tens-01» («Meditech», Венгрия) с дальнейшим анализом результатов программой «Medibase» с учетом рекомендаций ESC/NASPE и косинор-анализом [1]. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows с применением пара- и непараметрических критериев. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05: * – $p=0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты суточного мониторирования вариабельности сердечного ритма с последующим косинор-анализом у обследованных пациентов с хроническим гастритом и язвенной болезнью характеризовались значительным смещением акрофазы, снижением амплитуды и мезора при сравнении с контрольной группой (20); у пациентов, с эрозиями в антральном отделе желудка (6), наблюдалась незначительная выраженность ритма, амплитуда не превышала 10%; у 8 больных язвенной болезнью с клинически выраженными аффективными расстройствами наблюдалась слабая выраженность ритма, амплитуда не превышала 12%. Согласно полученным данным, у больных язвенной болезнью выявлялись разнонаправленные изменения вегетативного баланса в зависимости от течения ЯБ: при впервые выявленной язве – преимущественно симпатикотония, при легком течении – нормотония, при течении средней тяжести и тяжелом – ваготония (по данным и временного, и спектрального анализа суточного мониторирования вариабельности ритма сердца). У 88% обследованных пациентов отмечались аффективные расстройства различной степени выраженности. При исследовании качества жизни по опроснику SF-36 у всех обследованных больных 2 и 3 групп при сравнении с контрольной группой было выявлено снижение качества жизни по всем шкалам, особенно отличались в худшую сторону показатели шкал влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP), общего состояния здоровья (GH), жизнеспособности (VP).

При корреляционном анализе выявлены достоверные ($p<0,05$) прямые корреляционные связи между степенью выраженности аффективных расстройств и степенью выраженности временных рассогласований биоритмов ($k=0,61$), частотой и длительностью обострений ($k=0,72$), между степенью обсеменности Хеликобактер пилори и степенью выраженности временных рассогласований биоритмов $k=0,8$ и $k=0,7$ (соответственно).

После курса стандартной терапии у больных 2 группы достоверных изменений изучаемых параметров не произошло. У больных 3 группы после комплексной терапии с применением дифференцированного лечения с использованием новых технологий отмечено сокращение времени необходимого для купирования клинических симптомов (на 3,2 ±0,5 дня). Кроме того, согласно полученным данным, в 3 группе пролеченных пациентов отмечались: достоверные ($p<0,05$) изменения суточных хронобиоритмов ВСР (по акрофазе, амплитуде, мезору) и большинства морфологических характеристик СВВП СОЖ, увеличивались % эрадикации Hr (на 5%) и скорость рубцевания язвенного дефекта. Следовательно, в результате дифференцированного подхода к назначению и применению новых медицинских технологий в комплексной терапии больных с синдромом функциональной и органической диспепсии достигнуто сокращение длительности обострения за счет коррекции состояния общеадаптационных систем организма – психоэмоциональной сферы вегетативного баланса и суточных хронобиоритмов.

Динамика сравнительной оценки качества жизни больных до и после курса терапии в двух группах представлена в табл. 1-3.

* ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, 394036, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

Таблица 1

Динамика качества жизни у больных с функциональной диспепсией

Шкалы SF-36	До лечения	После стандартного лечения	После комплексной терапии
Физическое функционирование (PF)	65,7±7,0	68,2±6,4	86,0±14,2*
Физически-ролевое функционирование (RP)	54,1±5,6	52,1±8,9	88,0±13,8*
Физическая боль (BP)	69,3±6,7	58,3±9,7	49,7±13,1*
Общее состояние здоровья (GH)	39,2±3,8	44,2±5,4	53,2±11,6
Жизненная сила (VT)	34,9±5,2	38,9±6,0	52,2±9,2*
Социальное функционирование (SF)	31,1±7,1	38,2±6,3	55,0±12,8
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	63,3±6,0	64,5±6,1	65,0±10,0
Ментальное здоровье (MH)	33,3±9,5	40,8±3,9	52,3±7,8 *

Таблица 2

Динамика качества жизни у больных язвенной болезнью

Шкалы SF-36	До лечения	После стандартного лечения	После комплексной терапии
Физическое функционирование (PF)	67,4±6,2	66,8±6,0	85,0±12,1*
Физически-ролевое функционирование (RP)	55,2±5,3	53,6±6,8	81,0±11,2*
Физическая боль (BP)	72,3±6,7	65,2±7,6	53,5±10,2*
Общее состояние здоровья (GH)	42,2±4,3	45,3±4,9	52,3±8,7
Жизненная сила (VT)	45,2±5,8	49,3±7,3	51,5±8,3
Социальное функционирование (SF)	34,5±8,2	39,6±7,8	52,0±10,4*
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	65,4±6,0	67,6±8,3	69,0±7,8
Ментальное здоровье (MH)	35,4±9,5	41,2±5,4	51,5±6,2 *

Таблица 3

Динамика качества жизни у больных хроническим гастритом

Шкалы SF-36	До лечения	После стандартного лечения	После комплексной терапии
Физическое функционирование (PF)	66,3±6,1	64,8±6,7	84,0±11,1*
Физически-ролевое функционирование (RP)	62,3±5,6	66,8±8,9	82,0±13,8*
Физическая боль (BP)	77,5±7,8	66,4±8,4	53,4±9,7*
Общее состояние здоровья (GH)	42,7±4,6*	49,9±7,3	68,5±8,9*
Жизненная сила (VT)	53,3±5,1	59±8,6	67,5±7,4
Социальное функционирование (SF)	65,7±7,1	63,5±7,7	75,0±12,8
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	64,6±6,4	65,6±6,9	67,0±9,3
Ментальное здоровье (MH)	33,1±8,3	36,6±8,9	52,6±8,9

Примечание: * – p=0,05.

После курса комплексной терапии с включением магнито-лазерного воздействия и антидепрессанта у пациентов 3 группы всех трех подгрупп отмечались значительные изменения качества жизни при сравнении как с исходными (до лечения) показателями, так и при сравнении с показателями пациентов 2 группы, которые получали только стандартную терапию. Показателями. Достоверными различия были по шкалам PF – физическое функционирование, BP – физической боли, RP – физически-ролевое функционирование, GH – общее состояние здоровья (оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения), в меньшей степени – VT – показателя жизненной силы, MH – показатель оценки психического здоровья, которая характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Анализ отдаленных результатов свидетельствовал также о снижении частоты рецидивов у больных 3 группы.

Выводы:

1. Применение дифференцированной терапии с применением новых медицинских технологий повышает эффективность лечения больных с синдромом диспепсии.

2. Включение дифференцированной терапии с применением новых медицинских технологий в комплексную терапию больных синдромом диспепсии представляется целесообразным и оправданным.

Литература

1. Комаров, Ф.И. Хронобиология и хрономедицина / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт. – Москва: «Трида-Х», 2000. – 488 с.
2. Логинов, А.Ф. Современная тактика диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori*/ А.Ф. Логинов, Маастрихт-3. //

Фарматека. – 2006. – №12 (127). – С.46–48.

3. Циммерман, Я.С. Концепция патогенеза язвенной болезни и перспективы ее излечения / Я.С. Циммерман, И.И. Телянер // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – № 3. – С.35-41.

4. Романова, М.М. Некоторые психосоматические особенности больных с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта / М.М. Романова // Материалы 1-го Международного конгресса "Психосоматическая медицина-2006". – СПб., 2006. – С. 162–163.

5. Романова, М.М. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни больных с синдромом диспепсии и ожирением/ М.М. Романова, И.С. Махортова, И.В. Золотарева // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 44. – С. 183–188.

6. Шептулин, А.А. Дифференциальный диагноз при синдроме диспепсии / А.А. Шептулин // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. – N 9.

7. Misiewicz J.J. What is "functional dyspepsia"? // Novel Developments in Gastroenterology. Postgraduate Course 1999 of the European Association of Gastroenterology and Endoscopy (EAGE). – Warsaw (Poland). – Saturday, September 11, 1999; 39–49.

THE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF NEW TECHNOLOGIES AT TREATMENT OF SYNDROME OF DYSPEPSIA

M.M.ROMANOVA, A.P.BABKIN

GBOU VPO VSMA of N.N.Burdenko MZ and SR the Russian Federation

In article results of research on studying of features of the psychological and vegetative status of patients with a syndrome of dyspepsia and possibilities of their correction by inclusion in a complex of therapeutic actions of new medical technologies are considered. The comparative analysis of standard therapy and complex treatment is carried out.

Key words: a syndrome of dyspepsia, new medical technologies, influence of laser, complex therapy, quality of life.

УДК 616 – 089.168.1

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ВЫСОКОГО РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.Г.САМОДАЙ*, Ю.В.ГЕНЮК**

Для проведения профилактики послеоперационных осложнений у 67 больных были проведены: курс традиционной профилактики 28 пациентам в контрольной группе (фраксипарин, эластичный трикотаж, ранняя мобилизация, курс лечебной физкультуры). Курс комплексной профилактики провели 39 пациентам: фраксипарин, эластичный трикотаж, ранняя мобилизация, курс лечебной физкультуры и лазерная терапия аппаратом «Оптодан» в основной группе. Все больные имели высокую степень риска возникновения осложнений. Использование комплексной профилактики послеоперационных осложнений является эффективным методом профилактики в сравнении с традиционными профилактическими методами.

Ключевые слова: высокий риск осложнений, профилактика послеоперационных осложнений, лазерная терапия.

Профилактика послеоперационных осложнений – важная задача у больных с высоким риском их возникновения. Разработанная комплексная профилактика осложнений с использованием лазерной терапии позволяет улучшить результаты оперативного лечения при эндопротезировании крупных суставов и ампутации нижней конечности путем снижения количества послеоперационных осложнений.

Ежегодно возрастающее число новых технологий в различных областях хирургии, увеличение количества оперативных вмешательств привело к тому, что количество тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и тромбозов легочной артерии (ТЭЛА), особенно в травматологии и ортопедии, не имеют тенденции к снижению [2,3]. Хирургическая инфекция протекает в виде острых и хронических болезней или нагноения посттравматических и послеоперационных ран, а послеоперационная раневая инфекция приводит к летальным исходам пример-

* ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 394036, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

** НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Воронеж-1, Пер Здоровья д.2.