

Домены «физическая активность» и «психическое здоровье» являются прогностическими факторами формирования общего интегративного показателя уровня специфического качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Степень бронхиальной обструкции оказывает существенное влияние на показатели доменов «симптомы», «активность» и «общий счет», что определяет уровень специфического качества жизни при стабильном течении хронической обструктивной болезни легких.

Исследование показателей качества жизни в динамике может служить надежным дополнительным критерием оценки эффективности применения «Пневмо-23» в профилактике обострений ХОБЛ.

Включение пневмококковой вакцины в комплексную терапию пациентов с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести позволяет снизить медикаментозную нагрузку и оптимизировать схему терапии.

Л и т е р а т у р а

1. Визель А.А. Оценка клинико-функционального состояния и качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких до и после комплексной медикаментозной терапии в амбулаторных условиях // Пульмонология. - 2004. - №1. - С. 60-67.

2. Игнатова Г.Л., Федосова Н.С., Степанищева Л.А. Профилактическое и терапевтическое использование пневмококковой вакцины у работающих на промышленном предприятии пациентов с хроническими бронхоле-

гочными заболеваниями // Пульмонология. - 2007. - №3. - С. 81-86.

3. Рыжов А.А., Костинов М.П., Магаршак О.О. Применение вакцин против пневмококковой и гемофильной типа b инфекций у лиц с хронической патологией // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2004. - №6. - С. 24-27.

4. Харит С.М. Пневмококковая инфекция и ее профилактика: пос. для практ. врачей. - СПб., - 2009.

5. Чучалин А.Г. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. - М.: Атмосфера, 2004. - С. 253.

6. Ansaldi F., Turello V., Lai P. et al. Effectiveness of a 23-valent polysaccharide vaccine in preventing pneumonia and non-invasive pneumococcal infection in elderly people: a large-scale retrospective cohort study // J. Int. Med. Res. - 2005. - Vol. 33 (5). - P. 490-500.

7. Centers for Disease Control. Pneumococcal polysaccharide vaccine: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Morb. Mortal Wkly Ren. - Vol. 9, №38. - P. 64-68, 73-76.

8. Hoffman J., Cetron M.S., Farley M.M. et al. The prevalence of drug-resistant Streptococcus pneumoniae in The Atlanta. N. Engl. J. Med. - 1995. - Vol. 333. - P. 481-486.

Координаты для связи с авторами: Ландышев Юрий Сергеевич — доктор мед. наук, профессор, засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ, зав. кафедрой госпитальной терапии АГМА; Кулаковская Ольга Владимировна — аспирант кафедры госпитальной терапии АГМА, e-mail: exotericos@mail.ru.



УДК 616.233 - 002 - 08 (615.83)

С.В. Нарышкина, В.И. Павленко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Амурская государственная медицинская академия,
675013, ул. Горького, 95, тел.: 8-(416)-52-68-28, e-mail: agma@amur.ru, г. Благовещенск

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших медико-социальных проблем пульмонологии в связи с высоким уровнем заболеваемости, инвалидизации, смертности и высокой стоимостью лечения пациентов [1]. Лечение больных с патологией органов дыхания представляет собой не простую задачу для врача. Кроме основной патогенетической терапии всегда остро стоит вопрос о назначении ранней и адекватной реабилитационной программы, направленной на скорейшее восстановление утраченной функции ды-

хательной системы с достижением стойкой клинико-иммунологической ремиссии. Значительные материальные затраты и высокий риск побочных явлений медикаментозного лечения придают значимость немедикаментозным методам воздействия. До настоящего времени в комплекс лечения ХОБЛ (стандарты, протоколы Международного, Национального консенсусов) физические методы с использованием природных и преформированных факторов не включены. В современной литературе широко освещаются вопросы бальнеотерапии больных ХОБЛ на санатор-

но-курортном этапе, в то время как на стационарном этапе эта тема освещена недостаточно [2, 3].

Несмотря на отсутствие в Амурской области специализированных курортов для реабилитации больных с ХОБЛ, регион обладает ценными гидроминеральными ресурсами, которые по лечебным свойствам не уступают минеральным водам западных регионов и могут успешно применяться для лечения больных с патологией органов дыхания [4, 5]. Особый интерес в этом плане представляет изучение эффективности использования в комплексном лечении больных ХОБЛ солевого осадка минеральной воды «Амурская-2», которая относится к забайкальским нарзанам. Имеются данные об использовании минеральной воды «Амурская-2» в лечении патологии органов дыхания в виде ингаляций, однако, нет сведений по использованию солевого осадка в комплексном лечении пациентов ХОБЛ [6]. Солевой осадок получают путем отстаивания минеральной воды, забранной из скважины и подогретой до 25° в течение 3 сут. По данным спектрального анализа, в солевой осадок входит 10 микрокомпонентов (медь, цинк, марганец и др.). Содержание токсических элементов не превышает пределы допустимых концентраций (мг/дм³): свинец — <0,0001, ртуть — <0,0001, мышьяк — <0,002, остаточный алюминий — 0,0094, кадмий — <0,0001. При использовании солевого осадка минеральной воды из различных скважин содержание микрокомпонентов в осадке меняется [7]. Нами ранее был предложен способ лечения ХОБЛ с использованием солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» (Патент на изобретение №2372948 от 20.10.2009).

Целью настоящего исследования являлась оценка клинико-функциональной и иммунологической эффективности электрофореза солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» в комплексном лечении больных ХОБЛ на стационарном этапе.

Материалы и методы

Объектом исследования были 43 больных ХОБЛ среднетяжелого течения в стадии обострения, находившихся на лечении в специализированном пульмонологическом отделении. Из них мужчин 32 чел., женщин — 11 чел. Средний возраст — 54,8±3,8 г., анамнез курения (АК) — 24±3,8 пачко/лет. Диагноз выставлялся на основании клинико-инструментальных методов обследования, согласно стандартам по диагностике и лечению больных ХОБЛ (2008). Пациенты получали базовую терапию, предусмотренную медико-экономическими стандартами лечения ХОБЛ. Поскольку действие электрофореза сопровождается чувством покалывания кожи и прокладки при погружении в солевой раствор характерно окрашиваются, использовать дизайн слепого исследования в данном случае не представлялось возможным. Поэтому мы провели открытое сравнительное исследование. Для исключения эффекта гальванического тока набрана группа, где проводилась гальванизация. В зависимости от лечения больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, АК, продолжительности заболевания, клинико-функциональным и иммунологическим показателям. Основная группа (n=15) получала базовую терапию+гальванизацию, контрольная группа (n=28) — базовую терапию+электрофорез солевого осадка минеральной воды «Амурская-2». Гальванизацию и электрофорез солевого осадка проводили с

Резюме

Проведено стационарное комплексное лечение 43 больных ХОБЛ, включающее электрофорез солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» с клинико-функциональным и лабораторным обследованием. Установлено, что электрофорез солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» оказывает противовоспалительный, иммуномодулирующий эффект, улучшает дренажную функцию и бронхиальную проходимость в более ранние сроки.

Ключевые слова: ХОБЛ, минеральная вода, солевой осадок, электрофорез, клинико-функциональная, иммунологическая эффективность.

S.V. Naryshkina, V.I. Pavlenko

EFFECTIVENESS OF NON-MEDICAL TREATMENT IN COMPLEX REHABILITATION PROGRAM OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE STATIONARY STAGE

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

Summary

Stationary complex treatment of 43 patients with COPD along with the clinical functional and laboratory investigation was conducted. Electrophoreses with salt sediment of the mineral water «Amurskaya-2» demonstrated antiinflammatory, immunomodulating effect, improved drainage function and bronchial potency at the earlier stage.

Key words: COPD, mineral water, salt sediment, electrophoreses clinical functional, and immunology investigation.

помощью аппарата «Поток-1» на область грудной клетки, с поперечным наложением электродов, силой тока 8-12 мА, длительностью 10-20 мин, курсом 10-12 процедур, в среднем с 2,76±1,2 дн. пребывания больного в стационаре. От всех больных было получено информированное согласие на проведение исследования. Клинические симптомы (кашель, мокрота, одышка) оценивали в балльной системе следующим способом: мокрота отсутствует — 0 баллов; скудная, непостоянная — 1; скудная, постоянная — 2; умеренная (до 50 мл) — 3; более 50 мл в течение дня — 4; кашель отсутствует — 0 баллов; редкий — 1; умеренный — 2; выраженный — 3. Степень одышки оценивали по MRS-шкале.

Иммунологическое обследование включало иммунофенотипирование лимфоцитов (Т-лимфоциты (CD3+), хелперы (CD4+), супрессоры (CD8+), В- лимфоциты (CD72+), определение иммунорегуляторного индекса (ИРИ), иммуноглобулинов (Ig) класса А, М, G по Манчини. У всех больных также изучалась толерантность к физической нагрузке (тест с 6-минутной ходьбой) и индекс воспаления бронхиального дерева (ИВ). Эффективность терапии оценивали на 10 дн. лечения по динамике клинико-функциональных и лабораторных показателей. Математическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Значимость различий сравниваемых параметров определяли по t-критерию Стьюдента (парному и непарному). Различия считали достоверными при p<0,05.

Клинико-функциональные и лабораторные показатели в основной и контрольной группах до и после лечения, M±m

Показатель	1 группа (n=15)		2 группа (n=28)		P ₃
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Кашель, баллы	2,45±0,14	2,0±0,15 p ₁ <0,05	2,40±0,16 p>0,05	1,40±0,25 p ₂ <0,01	<0,05
Мокрота, баллы	0,91 ±0,19	1,50 ±0,17 p ₁ <0,05	1,02±0,20 p>0,05	2,0 ±0,17 p ₂ <0,001	<0,05
Одышка, баллы	2,35±0,12	2,30±0,17 p ₁ >0,05	2,24±0,16 p>0,05	2,15±0,11 p ₂ >0,05	>0,05
ИВ, баллы	2,50±0,14	2,20±0,10 p ₁ <0,05	2,50±0,12 p>0,05	1,58±0,14 p ₂ <0,001	<0,01
ОФВ ₁ , %	60,75±3,5	64,50±3,2 p ₁ >0,05	60,25±3,65 p>0,05	66,67±2,0 p ₂ <0,05	>0,05
Индекс Тиффно, %	62,6±2,8	64,10±3,2 p ₁ >0,05	61,4±2,25 p>0,05	67,45±1,4 p ₂ <0,05	>0,05
Тест с 6-мин ходьбой, м	282,25±5,85	297,4±5,09 p ₁ <0,05	280±4,36 p>0,05	310,84±3,46 p ₂ <0,001	<0,05
СДЗ+, % (Т-лимфоциты)	46,11±1,32	48,0±1,45 p ₁ >0,05	46,50±1,75 p>0,05	52,42±1,3 p ₂ <0,01	<0,05
СД4+,% (Т-хелперы)	30,4±1,6	31,5±0,93 p ₁ >0,05	30,83±1,5 p>0,05	36,91±2,07 p ₂ <0,05	<0,05
СД8+,% (Т-супрессоры)	18,9±1,2	19,5±1,2 p ₁ >0,05	19,0±1,4 p>0,05	18,9±0,6 p ₂ >0,05	>0,05
ИРИ	1,60±0,06	1,60±0,06 p ₁ >0,05	1,62±0,06 p>0,05	1,90±0,09 p ₂ <0,05	<0,01
СД72+,% (В-лимфоциты)	7,2±1,21	8,14±0,38 p ₁ >0,05	7,4±0,7 p>0,05	9,57±1,58 p ₂ >0,05	>0,05
IgA, г/л	1,05±0,05	1,25±0,25 p ₁ >0,05	1,10±0,24 p>0,05	2,0±0,18 p ₂ <0,05	<0,05
IgM, W	1,45±0,2	1,15±0,25 p ₁ >0,05	1,54±0,18 p>0,05	1,14±0,16 p ₂ >0,05	>0,05
IgG, г/л	9,96±0,52	10,1±0,5 p ₁ >0,05	10,08±0,42 p>0,05	13,21±1,2 p ₂ <0,05	>0,05
Лейкоциты ×10 ⁹ /л	9,90± 2,04	8,65±1,4 p ₁ >0,05	9,62±0,24 p>0,05	7,03±1,05 p ₂ <0,05	>0,05
СОЭ, мм/ч	15,8±0,65	13,5±0,63 p ₁ <0,05	15,70±0,14 p>0,05	10,8±0,6 p ₂ <0,001	<0,01

Примечания. p — достоверность различий показателей между 1 и 2 группами до лечения; p₁ — достоверность различий показателей в 1 группе до и после лечения; p₂ — достоверность различий показателей во 2 группе до и после лечения; ИВ — интенсивность воспаления; ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1 с; ИРИ — иммунорегуляторный индекс; Ig — иммуноглобулины; СОЭ — скорость оседания эритроцитов.

Результаты исследования

До лечения по изучаемым параметрам группы достоверно не различались (таблица). На фоне проведенного лечения улучшение отмечалось в обеих группах, но динамика клинико-функциональных и лабораторных показателей была более выраженной в контрольной группе, что свидетельствовало об улучшении функционального состояния вовлеченных в патологический процесс систем, в первую очередь бронхиального аппарата (таблица). Как видно из таблицы, в контрольной группе, в сравнении с исходными данными, в отличие от основной группы, достоверно в большей степени увеличилась продукция мокроты, уменьшился кашель (соответственно p₂<0,01;

p₁<0,05 и p₂<0,001; p₁<0,05), улучшилась эндоскопическая картина слизистой оболочки бронхиального дерева, что сопровождалось уменьшением ИВ (соответственно p₂<0,001 и p₁<0,05), увеличилась физическая выносливость (p₂<0,001 и p₁<0,05 соответственно), а также снизилась скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (p₂<0,001; p₁<0,05). В сравнении с исходными показателями, в отличие от основной группы, в контрольной группе произошли статистически достоверные повышения показателей объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁ и индекса Тиффно (соответственно p₂<0,05 и p₂<0,05), установление достоверные изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета, что сопровождалось повышением показателей СДЗ+(p₂<0,01); СД4+ (p₂<0,05); ИРИ (p₂<0,05), IgA (p₂<0,05); IgG (p₂<0,05). Содержание IgM снизилось в 1,4 раза, но не достоверно.

Установлены статистически достоверные межгрупповые различия после лечения по таким клиническим показателям, как продукция мокроты (p₃<0,05), интенсивность кашля (p₃<0,05). В контрольной группе статистически достоверно в 1,7 раза уменьшилась ИВ (p₃<0,05), был выше прирост пройденной дистанции по тесту с 6-мин ходьбой (p₃<0,05). Достоверно в 1,1 раза увеличилось содержание СДЗ+ (p₃<0,05), в 1,1 раза — СД4+(p₃<0,05), в 1,1 раза — ИРИ (p₃<0,05), в 1,6 раза — IgA (p₃<0,05), в гемограмме отмечено достоверное снижение СОЭ (p₃<0,01), что свидетельствовало об уменьшении выраженности иммунодефицита и воспаления. По таким показателям, как ОФВ₁, индекс Тиффно, СД72+, СД8+, IgM, IgG, лейкоциты, статистически значимых различий не установлено. Сеансы лечебного электрофореза все больные переносили хорошо, побочных эффектов не отмечено. Полученные результаты исследования позволили объяснить достигнутую динамику клинических симптомов, клинико-функциональных и лабораторных параметров активным влиянием комплексного воздействия солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» на параметры воспаления, бронхиальную проходимость, иммунный статус.

Выводы

1. Применение электрофореза солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» в комплексном лечении ХОБЛ существенно повышает эффективность стационарного этапа реабилитации в сравнении с изолированной базисной медикаментозной терапией, способствует разжижению воспалительного секрета в бронхах, уменьшению отека слизистой оболочки бронхов, оказывает противовоспалительный, иммуномодулирующий эффект, улучшает дренажную функцию и бронхиальную проходимость, что сопровождается улучшением клинических, лабораторных, бронхоскопических, функциональных показателей в более ранние сроки.

2. Электрофорез солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» может быть рекомендован для включения в реабилитационные стационарные программы лечения больных ХОБЛ.

Л и т е р а т у р а

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. - М.: Атмосфера, 2008. - С. 26-30.

2. Клячкин Л.М., Малявец Л.Г., Пономаренко Г.Н. и др. Физические методы лечения в пульмонологии: мет. рек. - СПб., 1997. - С. 24.

3. Шакирова О.В. Медицинская реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких на санаторно-курортном этапе // Здоровье, экология, наука. - 2006. - №1 (25). - С. 47-50.

4. Езерский Р.Ф., Сидоренко С.В., Белых И.Н. Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке: мат-лы XIV науч.-практ. конф. - Хабаровск, 2005. - С. 48-49.

5. Минеральные воды Дальнего Востока: справочник [сост. Б.И. Челнокова]. - Владивосток: Изд-во ДВГМУ, 2006. - 108 с.

6. Ермолаев А.А. Использование минеральной воды «Амурская-2» в ингаляционной терапии больных с заболеваниями органов дыхания // Формула здоровья — «Амурская-2»: мет. рек. - Благовещенск, 2002. - С. 12-16.

7. Протокол испытаний солевого осадка минеральной воды «Амурская-2» № 3499 от 13.11.2001 г. / Центр госэпиднадзора в Амурской области, Аккредитованный испытательный лабораторный центр.

Координаты для связи с авторами: Нарышкина Светлана Владимировна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии АГМА, тел.: 8-(4162)-52-77-17; Павленко Валентина Ивановна — канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии АГМА, e-mail: amurvip@front.ru.



УДК 616.441 - 006.5 : [615.849 : 546.15]

Н.Н. Масалова, Р.В. Захаренко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА МЕТОДОМ ДВУХЭТАПНОГО КУРСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНОЙ АКТИВНОСТИ ¹³¹I

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Тиреотоксические формы зоба, обусловленные как диффузным токсическим зобом, так и узловыми формами, занимают ведущее место в структуре тиреоидной патологии. У лиц молодого возраста основной причиной тиреотоксикоза является диффузный токсический зоб аутоиммунного генеза, тогда как у лиц старше 60 лет, проживающих в регионах йодного дефицита, наиболее частой причиной тиреотоксикоза является развитие ФА на фоне длительно существующего многоузлового эутиреоидного зоба [5].

Существует три альтернативных метода лечения доброкачественных заболеваний ЩЖ, протекающих с синдромом тиреотоксикоза: медикаментозный, хирургический и радиойодтерапии (РЙТ) [1, 4]. Доказана паллиативность тиреостатической терапии при ФА, в то время как при БГ с помощью тиреостатиков удается достигнуть ремиссии заболевания у 35-50% пациентов [10]. Оперативное лечение ввиду высокой стоимости и риска развития осложнений (парез возвратного нерва, гипопаратиреоз) используется в мире все реже. Наиболее перспективным методом лечения синдрома гипертиреоза является РЙТ [11, 12]. Несмотря на то, что ¹³¹I в лечении токсического зоба используется начиная с 40-х гг. XX в., до сих пор отсутствует единое мнение о расчете терапевтической активности [2, 3]. Среди специалистов есть сторонники как фиксированных (стандартных) доз [7, 14], так и индивидуально рассчитанных для каждого пациента [10]. Простота дозирования ¹³¹I

привела к широкому распространению методики фиксированных доз радиойода, особенно в англоязычных странах. Ряд авторов предлагают фиксированные активности ¹³¹I в МБк — 200, 400, 600 и 800 или в мКи — 5, 10, 15 и 20 (1 мКи = 37 МБк) [6, 9, 13], в зависимости от размера зоба, осложнений тиреотоксикоза (мерцание предсердий, сердечно-сосудистая патология) и прочих приводящих факторов [7]. При проведении РЙТ происходит разрушение гиперфункционирующих тиреоцитов в таком объеме, который достаточен для ликвидации тиреотоксикоза и достижения стойкого эутиреоидного либо гипотиреоидного состояния [15].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности РЙТ различных форм тиреотоксикоза методом двухэтапного курса с использованием стандартной активности ¹³¹I.

Материалы и методы

В исследование включены 96 пациентов с двумя основными патогенетическими формами токсического зоба: 57 пациентов с тиреотоксикозом аутоиммунного генеза (болезнь Грейвса — БГ), 39 пациентов с многоузловым токсическим зобом (МУТЗ). Средний возраст больных с БГ составлял 42 г., пациентов с МУТЗ — 60 лет; длительность тиреотоксикоза по группе в целом — 18 мес. [10, 52]. Все пациенты получали тиреостатическую терапию до состояния клинического и гормонального эутиреоза. За 7-10 дн. до проведения РЙТ тиреостатики были отменены.