

ал был также тестирован на наличие антигенов рота- и аденовирусов (наборы «R-Biopharm», Германия).

Результаты и обсуждение

Результаты исследования методом ИФА позволили выявить веротоксин у 5 детей, что послужило основанием для выставления клинического и эпидемиологического диагноза. Более того, посев одного образца биоматериала после обогащения на концентрирующей среде «RIDA Enrichment Bouillon» на питательную среду с сорбитолом позволил выделить *E.coli* O157 на фоне высокой концентрации веротоксина у ребенка с ГУС, обследуемого после антибиотикотерапии. Это, с одной стороны, свидетельствовало о низкой эффективности примененных антибиотиков, а с другой — подтверждало целесообразность предварительного обогащения фекалий с их последующим посевом на питательную среду «Сорбитол *E.coli* O157:H7». Применение питательной среды без сорбитола и без обогащения образца биоматериала значительно снижает достоверность результата анализа. Параллельное исследование фекалий на антиген ротавирусов позволило в 6 образцах выявить антиген ротавирусов, причем у 4 детей он определялся параллельно с веротоксином.

Достоверность результатов верификации эшерихиоза была подтверждена в двух лабораториях: в Санкт-Петербургском НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, куда поступило 13 образцов биоматериала от больных детей и где у 4 детей были выделены *E.coli* серологической группы O157 и подтверждено наличие веротоксина; и в ЦНИИ эпидемиологии РАМН, где методом ПЦР при использовании диагностической тест-системы «АмплиСенс ОКИ скрин» (производство «ЦНИИ Эпидемиологии», г. Москва) выявлена ДНК *E.coli* O157:H7 (детекция по *fliC* гену и гену шигоподобного токсина 1 типа), а у 4 детей детектирована ДНК/РНК Norovirus G2 и(или) Rotavirus grA.

Таким образом, вспышка кишечной инфекции, осложненная гемолитико-уремическим синдромом, в г. Омске была вызвана энтерогеморрагической *E.coli* O157:H7, которая нередко ассоциировалась с ротавирусами и норовирусами, что может вносить вклад в формирование микст-патологии и увеличивать риск осложнений. Нами доказана необходимость обогащения биоматериала на концентрирующей питательной среде «RIDA Enrichment Bouillon» с последующим определением веротоксина и (или) бактериологическом посеве на питательные среды с сорбитолом, что позволяет выделить культуру энтерогеморрагической *E.coli*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зверев Д.В., Тебляева Л.Т. Гемолитико-уремический синдром как ведущая причина острой почечной недостаточности у детей раннего возраста // Нефрология и диализ. — 2000. — Т.2, №4. — С.17-321.
2. Baker D.R., Moxley R.A., Steele M.B., et al. Differences in virulence among *Escherichia coli* O157:H7 strains isolated from humans during disease outbreaks and from healthy cattle. // Appl Environ Microbiol. — 2007. — Vol. 73, № 22. — P. 7338-7346.
3. Coombes B.K., Wickham M.E., Mascarenhas M., et al. Molecular analysis as an aid to assess the public health risk of non-O157 Shiga toxin-producing *Escherichia coli* strains. // Appl Environ Microbiol. — 2008. — Vol. 74, № 7. — P. 2153-2160.
4. Ochoa T.J., Barletta F., Contreras C., Mercado E. New insights into the epidemiology of enteropathogenic *Escherichia coli* infection. // Trans R Soc Trop Med Hyg. — 2008. — Vol.102, № 9. — P. 852-856.
5. Zheng J., Cui S., Teel L.D., et al. Identification and characterization of Shiga toxin type 2 variants in *Escherichia coli* isolates from animals, food, and humans. // Appl Environ Microbiol. — 2008. — Vol.74, № 18. — P. 5645-5652.

Адрес для переписки: 644043, Омск-43, ул. Ленина, 12,
Омская государственная медицинская академия.

Долгих Татьяна Ивановна — доктор медицинских наук, профессор, зав. ЦНИЛ.
Тел. служебный: 8(3812) 37-03-43. Тел. мобильный: 8-913-627-22-42.
E-mail: prof_dolgh@mail.ru

© ДАМБАЕВ Г.Ц., ВУСИК А.Н., МАКИЕНКО И.А., АНДРЕЕВ Г.Н., ФИШМАН Б.Б., ЛАТЫПОВ В.Р., ВУСИК Н.А. — 2009

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГАСТРОТОМИИ

Г.Ц. Дамбаев, А.Н. Вусик, И.А. Макиенко, Г.Н. Андреев, Б.Б. Фишман, В.Р. Латыпов, Н.А. Вусик
(Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Сибирский государственный медицинский университет Российского агентства по здравоохранению
и социальному развитию, ректор — акад. РАМН, проф. В.В. Новицкий, кафедра госпитальной хирургии,
зав. — член-корреспондент РАМН, проф. Г.Ц. Дамбаев)

Резюме. Статья содержит анализ результатов хирургического лечения 76 больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода. На основании изучения ближайших и отдаленных результатов лечения, а также с учетом показателей, отражающих функциональное состояние печени, активность перекисного окисления липидов, выраженность эндогенной интоксикации, состояние системы гемостаза определено, что оптимальным сроком выполнения проксимальной гастротомии с прошиванием кровоточащих вен у больных группы Child-A являются первые 4-12 часов с момента госпитализации, у больных группы Child-B — первые 12-24 часа; больным группы Child-C хирургическое лечение не показано.

Ключевые слова: цирроз печени, пищеводный варикоз, кровотечение, проксимальная гастротомия.

OPERATIVE TREATMENT OF OESOPHAGOGASTRIC BLEEDING FROM VARICOSE VENS BY PROXIMAL GASTROTOMY OPERATION

G.Ts. Dambaev, A.N. Vusik, I.A. Makienko, G.N. Andreev, B.B. Fichman, V.R. Latipov, N.A. Vusik
(Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary. The article contains the surgical result analysis in 76 patients with hepatic cirrhosis complicated with esophageal bleeding from varicose veins.

On the basis of short-term and long-term surgical result observations and also considering indications reflecting hepatic functional status, lipid peroxidation activity, endointoxication intensity, haemostatic system status the optimal time period for proximal gastrotomy operation with sewing bleeding veins has been determined: within 4-12 hours after hospitalization for Child-A group patients; within 12-24 hours for Child-B group patients; for Child-C group patients the operative therapy isn't necessary.

Key words: surgical treatment, bleeding, varicose veins, esophagus.

Тактика лечения больных с пищеводно-желудочными кровотечениями из варикозных вен определяется эффективностью консервативных и малоинвазивных мероприятий по достижению гемостаза (включая использование зонда-обтуратора, эндоскопическое склерозирование, лигирование или клипирование), а также принадлежностью пациента к функционально-прогностической группе по критериям Child-Pugh. Пациентам групп Child-A и Child-B, при неэффективности нехирургических усилий, возможно выполнение хирургического пособия. Одной из наиболее часто используемых для достижения гемостаза операций является проксимальная гастротомия (ПГТ) с прошиванием варикозно расширенных вен, выполняемая по методике М.Д. Пацiorа [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Целью настоящего клинического исследования являлось уточнение показаний и определение оптимальных сроков выполнения ПГТ у больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода, с учетом особенностей нарушения гомеостаза.

Материалы и методы

В статье анализируются ближайшие и отдаленные результаты лечения 76 больных циррозом печени вирусной этиологии, которым в различные сроки от момента госпитализации была выполнена ПГТ с прошиванием варикозных вен (во всех случаях источником кровотечения были варикозно расширенные вены пищевода или желудка). При поступлении 24 пациента были отнесены к группе Child-A, 44 пациента — к группе Child-B и 8 пациентов — к группе Child-C.

Состояние больных оценивали, используя общепринятые биохимические показатели, также определяли вязкость крови по Гессу, активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА) в плазме и эритроцитах по Стальной-Гаршвили, антиоксидантную активность крови оценивали по содержанию каталазы, степень токсичности крови и эндогенную интоксикацию определяли по содержанию молекул средней массы скрининговым методом, показатели реологии крови изучали с помощью аксиально-ротационного вискозиметра конструкции Д.А. Аксенова, В.Л. Любинского, С.П. Сеньшина и др. (1984), коэффициент деформируемости эритроцитов (КДЭ) определяли методом лазерной цитодифрактометрии. Всем больным в экстренном порядке выполняли эндоскопическое и транс-абдоминальное ультразвуковое исследование.

Статистические данные обработаны с использованием критериев Вилкоксона; кластерного анализа по методу Вангардона; критериев Фридмана и конкордации Кендалла; тернарного графика зависимости трех показателей от константы; кластерного анализа по методу Варда.

Результаты и обсуждение

Лечение всех больных начиналось с комплексной консервативной терапии (при необходимости с использованием зонда-обтуратора) с учетом выраженности и характера биохимических и биофизических нарушений. Анализ

изменений гомеостаза (показатели функций печени, активности ПОЛ, выраженности эндогенной интоксикации) выявил их явную зависимость от принадлежности к Child-Pugh-группе (таб.1). Аналогичная зависимость установлена при анализе показателей, отражающих состояние системы гемостаза, электролитного баланса.

Полученные данные свидетельствуют о значительных нарушениях гомеостаза в зависимости от глубины функциональных нарушений печени. В то же время установлено, что общепринятые тесты определения функциональной способности печени, на основании которых определяют лечебную тактику, не всегда до-

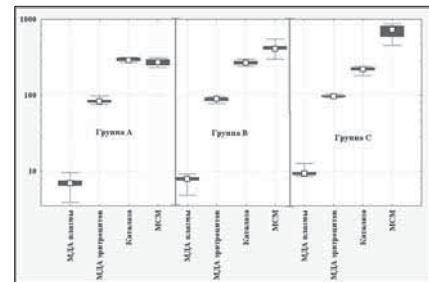


Рис. 1. Зависимость показателей ПОЛ и эндогенной интоксикации от принадлежности к группе Child-A (группа А), Child-B (группа В) и Child-C (группа С) у больных циррозом печени и кровотечением до операции. Показаны критерий Фридмана и конкордации Кендалла.

Показатели гомеостаза у пациентов с кровотечениями портального генеза в зависимости от принадлежности к группе Child-Pugh (до операции)

Показатели			Статисти- ческие показатели	Портальные кровотоечения			Нормы
				Группы Child			
				A N=24	B N=44	C N=8	
Блирубин (мкмоль/ л)			M ±m R	14,2 0,8 8,0-20,5	28,8 0,9 20.0-50,0	78,9 1,5 69-105	8,5-20,5
Ферменты	Трансаминазы (ммоль/л)	АЛТ	M ±m R	0,38 0,04 0,07-0,70	0,88 0.14 0,25-1,85	1,48 0,16 0,78-3,15	0,10- 0,68
		А АСТ	M ±m R	0,27 0,08 0,18-0,57	0.47 0,06 0,20-0,70	0,97 0,08 0,72-1,21	0,10- 0,45
	Каталаза (ед/ л)		M ±m R	301,0 9,6 270-315	268,6 10,2 240-300	220,20 10,06 250-330	306,6 6,2 300-360
Белки плазмы крови		Общий белок (г/л)	M ±m R	76,8 1,7 62-88	74,7 3,3 60-80	64,2 1,7 50-70	60,0- 88,0
		Альбумин (%)	M ±m R	52,0 0,9 50-58	48,2 1,8 45-55	43,5 0,8 42-45	55,0- 65,0
		Альбумин- глобулинов. коэффициц.	M ±m R	1,08 0,04 1,0-1,38	0,92 0,08 0,82-1,22	0,77 0,06 0,70-0,92	1,2-2,0
Мочевина (ммоль/л)			M ±m R	4,9 0,4 3,6-5,6	7,0 0,6 4,1-9,3	10,3 0,5 8,8-12,3	3,5-6,0
ПОЛ (МДА) нм/л	Плазма		M ±m R	6,48 0,38 3,88-7,88	7,48 0,32 4,80- 8,3	9,46 0,25 8,48-12,62	0,74- 4,01
	Эритроциты		M ±m R	82.0 2,1 78-88	90,6 2,3 78-95	96,2 1,1 93-99	30,7 1,3 28-35
Молекулы средней массы (МСМ) ед.			M ±m R	245.0 10,1 230-265	396,2 9,2 300-550	626,9 52,4 450-800	220-260

статочны информативны. Наиболее информативны показатели протеинограммы, константы реологии крови и гемостаза, а также критерии ПОЛ и антиоксидантной активности крови (рис.1).

Изменения гемостаза зависели от сроков поступления больных в стационар: среди поступивших в клинику до 6 часов от начала кровотечения преобладали больные группы Child-A, а позже 48 часов — группы Child-C (60% больных поступили в стационар в первые 24 часа от начала кровотечения). Даже необильные, однако многократно рецидивирующие кровотечения, способствовали развитию и прогрессированию острой печеночной недостаточности (особенно у больных группы Child-C, у которых развивался ДВС-синдром со всеми характерными для него проявлениями — рис.2).

Выявлена зависимость гемостатических расстройств от продолжительности предоперационного периода. Если в первые 4-6 часов госпитализации у больных групп Child-A и Child-B показатели коагулограммы, содержание форменных элементов, вязкость крови были изменены незначительно или находились в пределах нормы, то через 36-72 часа картина менялась: гемостатические константы групп Child-A, B выравнивались с показателями в группе Child-C: снижалось содержание форменных элементов крови, повышалась вязкость крови, снижался протромбиновый индекс, толерантность плазмы к гепарину и уровень фибриногена, эуглобулиновый фибринолиз, повышалась фибриназная активность, т.е. на фоне коагулопатии потребления подавлялась активность антитвертывающей системы крови с развитием ДВС-синдрома, что способствовало развитию тромбгеморрагических кровотечений (при этом реологические сдвиги опережали биохимические).

Всем больным в связи с продолжающимся или рецидивным кровотечением была выполнена гастротомия с прошиванием кровоточащих вен кардии или пищевода (таб. 2).

Среди больных Child-A-группы, оперированных в первые 24 часа, рецидивов кровотечения не отмечено. Один случай рецидива кровотечения в этой группе отмечен у больного, оперированного более чем через 36 часов после госпитализации, и купирован консервативно. Летальность в группе оперированных Child-A-больных равна нулю.

Среди пациентов Child-B-группы никто не оперирован ранее 12 часов. Из 37 оперированных через 12-24 часа после госпитализации только у 1 пациента отмечен рецидив кровотечения, купированный консервативно. После семи вмешательств, выполненных через 36-48 часов после госпитализации, умерло 5 пациентов, в том числе трое после рецидивов кровотечения.

Все восемь пациентов, первоначально отнесенных к группе Child-C, оперированы через 36-48 часов с момента госпитализации. Несмотря на отсутствие случаев рецидива кровотечения, 7 из них умерли. Причина смерти

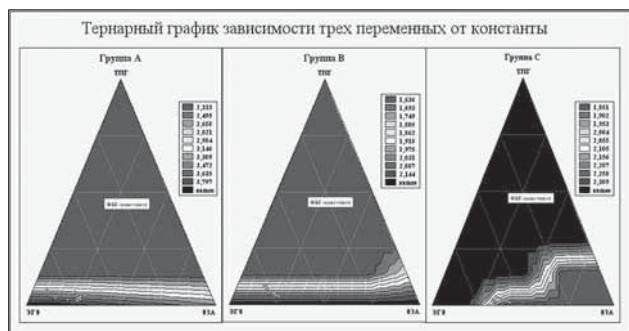


Рис. 2. Зависимость коагулограммы от принадлежности к группе Child-A (группа А), Child-B (группа В) и Child-C (группа С) у больных циррозом печени и кровотечением до операции. Тернарный график зависимости трех переменных от константы. В качестве константы использован уровень фибриногена.

(ТПГ — толерантность плазмы к гепарину; ЭГФ — эуглобулиновый фибринолиз, ФЗА — фибриназная активность плазмы крови).

Таблица 2

Результаты проксимальной гастротомии с прошиванием кровоточащих вен при острых кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени

Проксимальная гастротомия		Группы Child			Всего: N= 76
Сроки операции (часы после поступления в стационар)	Количество больных: Рецидивы: Летальность:	A N= 24	B N= 44	C N= 8	
Через: 4-6 часов	абсолют. число %	12 50,0	—	—	12 15,8
	рецидив: абс. число %	—	—	—	—
	летальность: абс. число %	—	—	—	—
Через: 12 часов	абсолют. число %	10 41,7	19 43,2	—	22 38,2
	рецидив: абс. число %	—	—	—	—
	летальность: абс. число %	—	—	—	—
Через: 24 часа	абсолют. число %	—	18 40,9	—	18 23,7
	рецидив: абс. число %	—	1 5,5	—	1 1,3
	летальность: абс. число %	—	—	—	—
Через: 36-48 часов	абсолют. число %	2 8,3	7 15,9	8	17 22,4
	рецидив: абс. число %	1	3 42,9	—	4 5,3
	летальность: абс. число %	—	5 71,4	7 87,5	12 15,8
Всего:	абсолют. число %	24 31,6	44 57,9	8 10,5	76 100
	рецидив: абс. число %	1 4,2	4 9,1	—	5 6,6
	летальность: абс. число %	—	5 11,4	7 87,5	12 15,8

во всех случаях в группах Child-B и Child-C — прогрессирующая гепатоцеллюлярная и гепатоцеребральная недостаточность.

Общая летальность после ПГТ составила 15,8 %, (в группе Child-A — 0, Child-B — 11,4%, Child-C — 87,5%). Среди оперированных в первые сутки летальности не было. Среди оперированных позже суток в группах Child-A и Child-B летальность составила 55,5 %.

Отдаленные результаты изучены у 58 из 64 больных, перенесших проксимальную гастротомию (ПГТ). У 34 (58,6 %) из них в сроки от 2 до 10 лет рецидивов кровотечения не было, у 9 (15,5 %) отмечен регресс варикоза вен. У 12 пациентов (20,6 %) был рецидив кровотечения, развившийся в течение первого года после экстренной операции на фоне активации патологического процесса в печени. Девять пациентов повторно оперированы, умер 1, у 3 кровотечения остановлено консервативными мерами.

В первый год после ПГТ повторные операции, направленные на декомпрессию портальной системы, были произведены в плановом порядке 17 больным (8 — формирование дистального спленоренального анастомоза, 9 — гастроренопексия). У оперированных больных в течение 2-8 лет после операции рецидивов кровотечения не отмечено.

Выводы. У больных циррозом печени с кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка, при наличии показаний к экстренному хирургическому вмешательству, оптимальным сроком выполнения прокси-

мальной гастротомии с прошиванием варикозных вен являются:

— у больных группы Child-A первые 4-6 часов с момента госпитализации;

— у больных группы Child-B первые 12-24 часа с момента госпитализации.

Больным группы Child-C полостные вмешательства не показаны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Г.Н., Ибадилов А.С., Амантаева К.К. Эфферентная терапия в комплексном лечении осложненного цирроза печени. — Великий Новгород, 2003. — 132с.
2. Андреев Г.Н., Ансатаров Э.А., Ибадилов А.С. и др. Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии. — Алматы: Казахстан, 1994. — 321с.
3. Ерамишанцев А.К. Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1983. — 46с.
4. Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Нечаенко А.М. Результаты прошивания варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Хирургия. — 2003. — № 10. — С.45-51.
5. Пациора М.Д., Шерцингер А.Г., Киценко Е.А.

Факторы риска возникновения кровотечений из варикозных расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией // Клиническая хирургия. — 1984. — № 9. — С.23-29.

6. Пациора М.Д., Шерцингер А.Г. Хирургическое лечение внутрипеченочной портальной гипертензии // Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности): Тез. 3-го Всесоюзного симпозиума по портальной гипертензии. — М., 1984. — С. 6-15.

7. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. — Ташкент, 1984. — 319 с.

8. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. — М., 1986. — 48с.

Адрес для переписки: 634028 г. Томск, ул. Тимакова 5 кв.16.

Вусик Александр Николаевич — д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии СибГМУ, зав. клиникой госпитальной хирургии им. А.Г. Савиных СибГМУ.

Тел. раб. (3822) 417577; тел. дом. (3822) 419200. E-mail: vusik@mail.tomsknet.ru

© СИМОНОВА Я.О., НИКИТИНА Н.М., РЕБРОВ А.П. — 2009

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Я.О. Симонова, Н.М. Никитина, А.П. Ребров

(Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, ректор — д.м.н., проф. П.В. Глыбочко, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета, зав. — д.м.н., проф. А.П. Ребров)

Резюме. Представлены результаты одноцентрового проспективного исследования. У 166 больных с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (РА) оценивалась эффективность проводимой терапии с учетом показателей качества жизни (КЖ) и критериев Европейской Антиревматической Лиги (EULAR). Выявлено что показатели КЖ отражают динамику состояния больного и могут быть использованы для оценки эффективности терапии больных РА, наряду с общепринятыми критериями оценки ответа на терапию.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, качество жизни, SF-36, EQ-5D, HAQ, эффективность терапии.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AS CRITERION OF EFFICIENCY OF TREATMENT

Y.O. Simonova, N.M. Nikitina, A.P. Rebrov
(Saratov State Medical University)

Summary. Results of prospective research are presented. Effect from therapy at 166 patients with rheumatoid arthritis estimated by means of indexes of quality of life and criteria of the European Antirheumatic League (EULAR). It was investigated, that indexes of quality of life reflect dynamics of a state of the patient and can be used for an assessment of efficacy of therapy of patients with rheumatoid arthritis, along with the standard criteria of an assessment of the answer to therapy.

Key words: rheumatoid arthritis, disease activity, quality of life, SF-36, HAQ, EQ-5D, efficiency of therapy.

Ревматоидный артрит (РА) представляет серьезную медико-социальную проблему в связи с большой распространенностью в популяции (0,3-0,5% по России), прогрессирующим течением, высокой частотой поражения лиц трудоспособного возраста, рано возникающим снижением функциональных способностей, потерей профессиональных навыков, значительной инвалидизацией больных [3, 4, 8]. К настоящему времени сложились определенные представления по оценке течения ревматоидного артрита с использованием инструментальных и лабораторных методов. Однако конечной целью лечения является не только устранение или уменьшение выраженности определенных симптомов. Не менее важное значение имеет субъективное ощущение больным своего физического, психического и социального благополучия в повседневной жизни, его способность функционировать в обществе соответственно своему положению в нем и получать удовлетворение от жизни, а именно то, что принято именовать качеством жизни (КЖ).

Медицинские показатели КЖ могут служить дополнительным источником оценки результатов лечения, поскольку позволяют преодолеть односторонне-биологический подход к пациентам. Так критерии эффективности терапии больных РА Европейской Антиревматической Лиги (EULAR), базируясь на клинических и лабораторных данных, не учитывают показатели КЖ больного, являющиеся важными составляющими состояния здоровья пациента.

Целью нашего исследования явилось определение возможности оценки эффективности терапии по изменениям показателей КЖ.

Материалы и методы

Динамика основных клинических проявлений и показателей КЖ, а также оценка эффективности терапии была проведена у 166 больных с достоверным РА по