

5. Luna, C. M. Resolution of ventilator-associated pneumonia : prospective evaluation of the clinical pulmonary infection score as early clinical predictor of outcome / C. M. Luna, A. Videla, J. Mattera et al. // Crit. Care Med. – 2003. – Vol. 31, № 3. – P. 676–682.
6. Moore, F. A. Treatment of aspiration in intensive care unit patient / F. A. Moore // J. Parenter. Enteral. Nutr. – 2002. – № 26. – P. 69–74.
7. Pugin, J. Clinical signs and scores for the diagnosis of ventilator-associated pneumonia / J. Pugin // Minerva Anestesiologica. – 2002. – Vol. 68, № 4. – P. 261–265.
8. Rello, J. International Conference for the Development of Consensus on the Diagnosis and Treatment of Ventilator-associated Pneumonia / J. Rello, J. Paiva, J. Baraibar et al. // Chest. – 2001. – Vol. 120, № 3. – P. 955–970.
9. Van der Deen, M. Effect of COPT treatment on MRP 1-mediated transport in bronchial epithelial cells / M. Van der Deen, S. Homan, H. Timmer-Bosscha et al. // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2008. – Vol. 3, № 3. – P. 469–475.
10. Vitacca, M. Maximal inspiratory and expiratory pressure measurement in tracheotomised patients / M. Vitacca, M. Paneroni, L. Bianchi et al. // Eur. Resp. J. – 2006. – Vol. 27, № 2. – P. 343–349.

Введенский Василий Петрович, кандидат медицинских наук, член Российского научного общества «Эндоскопическая хирургия», заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ ЯО «Поликлиника № 2» г. Ярославля, Россия, 150047, г. Ярославль, ул. Угличская, д. 38, тел.: 8-910-975-74-15, e-mail: vvvasp@mail.ru.

Ключевский Вячеслав Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки России, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 150003, г. Ярославль, ул. Загородный сад, д. 11, тел.: (4852) 73-86-47, e-mail: vvvasp@mail.ru.

УДК 616.24-08-037

© Т.В. Габукова, А.В. Сидоренко, Ю.А. Афанасьев, В.А. Габуков, В.Н. Горovenko, 2013

Т.В. Габукова¹, А.В. Сидоренко¹, Ю.А. Афанасьев¹, В.А. Габуков², В.Н. Горovenko¹

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ФИБРОЗИРУЮЩИМ АЛЬВЕОЛИТОМ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России

²МУЗ «Городская клиническая больница № 2 имени братьев Губиных», г. Астрахань

Приведены результаты изучения эффективности и безопасности лечения больных с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом глюкокортикостероидами (преднизолон) в сочетании цитостатиками (азатиоприн). На основании анализа 43 случаев динамического наблюдения за состоянием, функциональными и клинико-лабораторными показателями пациентов, лечившихся в пульмонологическом отделении, сделано заключение о том, что комбинированная терапия в условиях стационара позволяет достичь ремиссии заболевания в течение 6–12 месяцев.

Ключевые слова: идиопатический фиброзирующий альвеолит, лечение, динамика клинических показателей.

T.V. Gabukova, A.V. Sidorenko, Yu.A. Afanasyev, V.A. Gabukov, V.N. Gorovenko

THE ESTIMATION OF EFFICIENCY OF MODERN THERAPY IN PATIENTS WITH IDIOPATHICAL FIBROSITIC ALVEOLITIS

The results of study of efficiency and safety in treatment the patients with idiopatical fibrositic alveolitis by glucocorticoids (prednisolon) in the combination with cytostatics (azathioprin) were given. On the basis of analysis of 43 cases with dynamic supervision over condition, functional and clinico-laboratory indicators of the patients treated in pulmonary hospital department there was made the conclusion that combined therapy in the conditions of hospital allowed to gain remission of disease within 6–12 months.

Key words: idiopatical fibrositic alveolitis, treatment, dynamics of clinical data indicators.

Введение. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) – патологический процесс в легких неясной этиологии, сопровождающийся нарастающей дыхательной недостаточностью вследствие прогрессирующего пневмофиброза (синонимы: болезнь Хаммена-Рича для острых форм, ИФА для хронических форм; болезнь Ослера, синдром Скеддинга, склерозирующий альвеолит, фиброзная дисплазия легких) [1, 3]. На протяжении полутора веков ИФА относился к редким заболеваниям, сегодня диагноз ИФА встречается достаточно часто, и это вполне объяснимо. Постоянно расширяются диагностические возможности, улучшается качество этих исследований. Применение компьютерной томографии значительно облегчает диагностику данной патологии [6].

Этиология ИФА остается неизвестной. Существует множество теорий. Одна из них рассматривает в качестве причины ИФА экспозицию к экологическим и профессиональным факторам. Существует точка зрения о генетической предрасположенности к избыточному фиброзообразованию в легких в ответ на неспецифическое повреждение эпителия. Многие авторы рассматривают ИФА как аутоиммунное заболевание, о чем свидетельствует наличие в крови гипергаммаглобулинемии, повышенное содержание циркулирующих иммунных комплексов, ревматоидного и антинуклеарного факторов [1, 2, 3].

Ни одна из теорий не является ведущей. Прогноз заболевания весьма пессимистичный. Быстрое нарастание клинической картины ведет к ранней инвалидизации больных и в дальнейшем к их скорой гибели [1, 2, 4, 5, 6].

Отдельного внимания заслуживают вопросы лечения больных с ИФА. Кортикостероидная терапия при ИФА не имеет альтернативы. Назначение антибиотиков на фоне кортикостероидной терапии представляет собой исключение, а не правило. При выраженном нарушении вентиляции и быстром прогрессировании фиброза целесообразно назначение иммунодепрессантов.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения сочетания кортикостероидов и цитостатиков – преднизолон в 30 мг и азатиоприн 100 мг в сутки – у больных с ИФА, нуждающихся в стационарном лечении в связи с обострением заболевания, сопровождающимся развитием острой дыхательной недостаточности.

Материалы и методы исследования. Для изучения эффективности и безопасности лечения больных с ИФА проведен анализ 43 случаев динамического наблюдения за состоянием и функциональными показателями пациентов, лечившихся в пульмонологическом отделении ГБУЗ «Александр-Мариинская областная клиническая больница» г. Астрахани с 2008 по 2010 гг. Учитывались показатели сатурации, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), данные спирографии, результаты рентгенографии и компьютерной томографии органов грудной клетки при поступлении пациентов в стационар и при их выписке из стационара.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных больных с ИФА было 32 женщины и 11 мужчин. Средний возраст женщин, лечившихся по поводу ИФА, составил 61 год, а мужчин – 56 лет. Большинство заболевших старше 50 лет. Частота обращений больных с ИФА среди женщин по Астраханской области оказалась значительно выше, чем мужчин, и составила 1 : 3, соответственно (рис. 1).

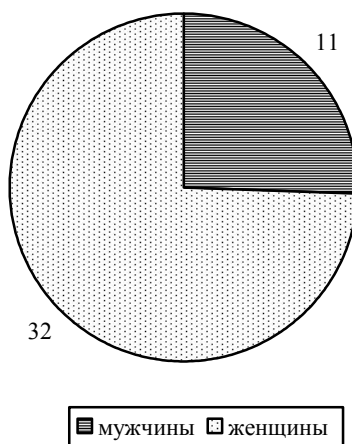


Рис. 1. Распределение больных ИФА по полу

Диапазон показателей сатурации составил от 82 до 99 % (в среднем 93,4 %) на момент поступления больных в стационар и от 53 до 98 % (в среднем 83,6 %) при выписке (рис. 2).

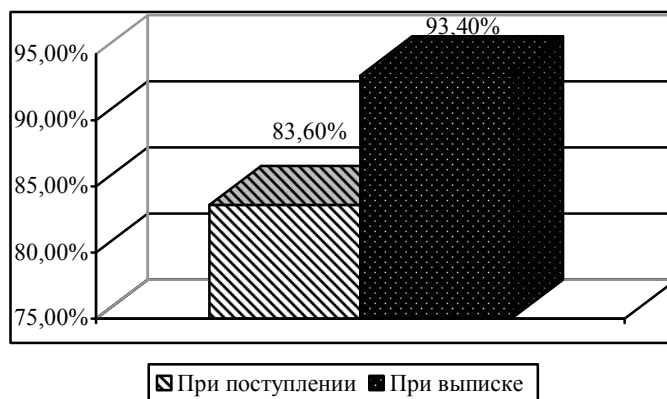


Рис. 2. Сатурация кислорода в тканях

Информативным для диагностики и прогноза ИФА является наличие в крови иммунных комплексов. Поэтому у всех больных при иммунологическом исследовании в крови определяли ЦИК. Показатели ЦИК при поступлении составляли от 2,0 до 35,5 ед. (в среднем 18,7 ед.) и от 4,0 до 28,2 ед. (в среднем 11,9 ед.) при окончании курса стационарного лечения (рис. 3).



Рис. 3. Содержание ЦИК у пациентов с ИФА

При проведении спирографии (функционального легочного теста) выявлены изменения жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Так, при поступлении у больных наблюдалось уменьшение ЖЕЛ от 38 до 80 % (в среднем 63,5 %). После проведенного курса лечения показатели спирографии улучшились, ЖЕЛ уже составляла в среднем 73,8 %, а ее показатели варьировали от 70 до 96 % (рис. 4).

При рентгенологическом исследовании и компьютерной томографии легких больных ИФА отмечалось уменьшение объема легочных полей, нерегулярные линейные тени и понижение прозрачности легких по типу «матового стекла». При проведении повторной рентгенографии и компьютерной томографии спустя год после постановки диагноза и назначения курса лечения положительная динамика отмечалась лишь в единичных случаях: у 5 из 43 больных, во всех остальных случаях на рентгенограммах динамических изменений не отмечалось.

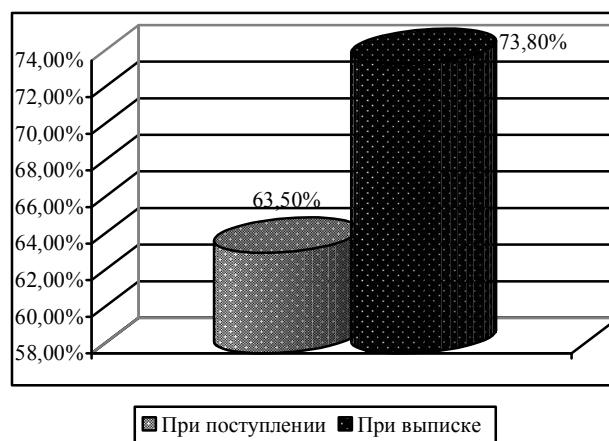


Рис. 4. Жизненная емкость легких

Заключение. Идиопатический фиброзирующий альвеолит характеризуется особо тяжелым течением с быстронаступающим летальным исходом, продолжительность жизни у 70 % больных с ИФА не превышает 3 лет. Альтернативным методом выбора лечения этого заболевания является применение глюкокортикостероидов в сочетании с цитостатическими препаратами. Комбинированная терапия этими лекарственными средствами приводит к повышению сатурации кислорода в тканях в среднем с 83,6 до 93,4 %, увеличению жизненной емкости легких с 63,5 до 73,5 % и к снижению количества циркуляции иммунных комплексов в крови с 18,7 до 11,9 ед. При этом на рентгенограммах не отмечается отрицательной динамики в течение 6–12 месяцев.

Больные с острой дыхательной недостаточностью при ИФА в результате лечения глюкокортикоидными и иммуносупрессивными препаратами получают «передышку», которая проявляется улучшением функциональных показателей внешнего дыхания, заметным улучшением качества жизни пациента до одного года, несмотря на отсутствие положительной рентгенологической динамики.

Список литературы

1. Афанасьев, Ю. А. Фиброзирующие альвеолиты : метод. пос. / Ю. А. Афанасьев, Т. В. Габукова, Д. В. Заикин. – Астрахань : Изд-во АГМА, 2001. – 22 с.
2. Илькович, М. М. Диссеминированные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.
3. Огороков, А. Н. Диагностика болезней органов дыхания / под ред. А. Н. Огорокова. – М. : Медицинская литература, 2000. – Т. 3. – 464 с.
4. Трубников, Г. А. Основы клинической пульмонологии / Г. А. Трубников. – Астрахань : Изд-во АГМА, 1997. – 219 с.
5. Чучалин, А. Г. Пульмонология : клинические рекомендации / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 226 с.
6. Чучалин, А. Г. Респираторная медицина / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 1. – 800 с.; Т. 2. – 816 с.

Габукова Татьяна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 26-07-02, e-mail: agma@astranet.ru.

Сидоренко Анна Владимировна, студентка V курса, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 26-07-02, e-mail: agma@astranet.ru.

Афанасьев Юрий Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 26-07-02, e-mail: agma@astranet.ru.

Габуков Владимир Анатольевич, врач-травматолог поликлинического отделения травматологии и ортопедии, МУЗ «Городская клиническая больница № 2 имени братьев Губиных», Россия, 414057, г. Астрахань, ул. Кубанская, д. 1, тел.: (8512) 61-65-81, e-mail: astrahan_gkb2@mail.ru.

Горovenko Виолета Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 26-07-02, e-mail:agma@astranet.ru.

УДК 616.33-002.44-08

© Е.В. Голубкина, А.Р. Умерова, Н.В. Камнева, И.А. Метелкин, А.А. Тюрин, 2013

Е.В. Голубкина¹, А.Р. Умерова¹, Н.В. Камнева¹, И.А. Метелкин², А.А. Тюрин²

КИСЛОТОСУПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России

²ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 имени С.М. Кирова», г. Астрахань

14 больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, успешно пролечившимся в стационаре по поводу обострения, была рекомендована поддерживающая кислотосупрессивная терапия: 7 человек получали фамотидин 40 мг на ночь, 7 человек – омепразол 20 мг на ночь. Перед выпиской и через 30 дней всем больным была проведена эзофагогастродуоденоскопия с измерением рН в теле желудка и антральном отделе. При опросе выяснилось, что не все больные принимали препарат регулярно, в результате чего возникли 2 новые группы: 9 человек принимали препараты регулярно (5 фамотидин, 4 – омепразол) и 5 человек – нерегулярно (2 – фамотидин, 3 – омепразол). Статистически достоверная разница в значениях рН была обнаружена не в зависимости от препарата или отдела желудка, а в зависимости от регулярности приема ($p = 0,014$).

Ключевые слова: фамотидин, омепразол, рН-метрия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

E.V. Golubkina, A.R. Umerova, N.V. Kamneva, I.A. Metyolkin, A.A. Tyurin

ACIDSUPPRESSIVE EFFECT IN MAINTAINING THERAPY FOR PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

14 patients with duodenal ulcer were successfully treated at the hospital and then were recommended to continue acid-suppressive therapy: 7 patients – famotidine (FD) 40 mg daily and 7 patients – omeprazole (OZ) 20 mg daily. All patients were undergone fibrogastroduodenoscopy with PH-metry of corpus and antrum of the stomach just before leaving the hospital and 30 days after. The anamnesis showed that not all patients had taken the recommended home drug therapy regularly, and as the result two new groups have been formed: 9 patients that had taken the drug regularly (5 – FD, 4 – OZ) and 5 patients – irregularly (2 – FD, 3 – OZ). The difference between PH-values (at the hospital and 30 days after) were found statistically significant in dependence neither of the drug (FD or OZ) nor of stomach section – but only of regularity of drug taking ($p = 0,014$).

Key words: famotidine, omeprazole, PH-metry, duodenal ulcer disease.

Введение. Существует немалая история сравнения фармакодинамики H_2 -блокаторов и ингибиторов протонной помпы (ИПП) [1, 2, 4, 5, 6], имеются обобщения исследований долгосрочной антисекреторной терапии при гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [3]. Однако больные язвенной болезнью (ЯБ), которым в качестве поддерживающей терапии назначается монотерапия антисекреторными средствами, часто самостоятельно прекращают эту терапию или превращают ее в «терапию по требованию». Поэтому целесообразно проследить, как меняется кислотообразующая функция желудка через месяц рекомендованной поддерживающей терапии при выписке из стационара, где кислотосупрессивная терапия (в комплексе с остальным противоязвенным лечением) была достаточно интенсивной.

Цель: установить, есть ли разница в кислотосупрессивном эффекте поддерживающих доз фамотидина и омепразола через месяц после выписки из стационара у больных, проходивших лечение в связи с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие: 7 больных, которым после выписки был рекомендован фамотидин 1 таблетка (40 мг) на ночь, и 7 больных, которым был рекомендован омепразол 1 таблетка (20 мг) на ночь. Набор больных в группы проводился рандоми-