гигиеной в области имплантатов и зубов, а во-вторых, индивидуальными гигиеническими мероприятиями, проводимыми самим пациентом [7]. Особенно эффективным оказалось включение в набор домашних средств по уходу за имплантатами ирригатора для полости рта. Интердентальная щетка была менее эффективна у пациентов, имеющих конструкцию с опорой на имплантаты. Мы связываем это с трудностью освоения пациентами методики чистки ершиком и, возможно, с неглубоким его вычищением поддесневой области имплантата. Как показали данные проведенной индексной оценки, вычищение конструкции только мануальной зубной щеткой не обеспечивает достаточной гигиены имплантатов. Применение ирригатора в дополнение к зубной щетке значительно повышает качество проводимой индивидуальной гигиены и обеспечивает здоровое состояние десен в области имплантатов. Дополнительное вычищение конструкции интердентальной щеткой помимо зубной щетки и ирригатора значимого эффекта не дало.

## Выводы

1. Эффективность проведения индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с дентальными имплантатами зависит от используемых средств индивидуальной гигиены и от исходного уровня гигиены в области зубов.

2. Индексную оценку в области дентальных имплантатов рекомендуется проводить с помощью индексов ИГИМ, GI.

3. Использование мануальной зубной щетки в сочетании с ирригатором для полости рта является самым эффективным способом очищения несъемной конструкции с опорой на дентальные имплантаты.

*Поступила 21.01.2008*

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Дудко А. С.* Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами // Новое в стоматологии. № 3. Том 63. 1998. С. 72–78.

2. *Иванов С. Ю., Кузмина Э. М., Базикян Э. А., Гажва С. О., Чувилкин В. И., Большаков С. В.* Гигиена полости рта при стоматологической имплантации. НГМА, Нижний Новгород. 2003. 38 с.

3. *Курякина Н. В., Савельева Н. А.* Стоматология профилактическая: Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний. М.: «Медицинская книга», Н. Новгород, 2005. С. 283.

4. *Мусин М. Н.* Гигиена полости рта при протезировании с использованием имплантатов // Пародонтология. № 1. Том 15. С. 26–32.

5. *Параскевич В. Л.* Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Минск: ООО «Юнипресс». 2002. 364 с.

6. *Робустова Т. Г.* Имплантация зубов хирургические аспекты. М.: «Медицина». 2003. 557 с.

7. *Becker W., Becker B., Newman M., Nyman S.* Clinical and microbiologic findings that may contribute to dental implant failure. Int J Oral Maxillofac Implants.1990, vol. 5, № 31–38. P. 5.

8. *Herbert F.Wolf, Edith M. & Klaus H.Rateitschak, Tomas M. Hassell.* Periodontology. Thieme Stuttgart, New York, 2002. 375 p.

9. Herbertus Spiekermann, Implantology, Color Atlas of Dental Medcine Implantology, Thieme Medical Publishers, New York. 1995. 388 p.

10. *Misch C.* Implant Dentistry, 2-nd edition // St. Lousis Mosby Year Book. 1999. P. 684.

***O. M. POKROVSKAYA***

### *EFFECTIVENESS OF INSTRUMENTS INTENDED FOR INDIVIDUAL ORAL HYGIENE ASSESSED IN PATIENTS WITH DENTAL IMPLANTS*

*The aim of the study was to assess the effectiveness of instruments intended for individual oral hygiene in patients with dental implants. 96 patients were divided into great two groups divided by indices API and 4 small groups, used different hygienic instruments. Dental implant Hygiene Index and Gingival Index were used to assess oral hygiene 1, 6 and 12 months after an implant-based orthopedic construction was fixed. The effectiveness of individual oral hygiene in patients with dental implants depends on the teeth hygiene and the instruments used for that purpose, as our findings indicated. A manual tooth brush used in combination with an oral irrigator provides the best and most effective results in patients with dental implants.*

***К. И. ПОПАНДОПУЛО, В. Г. КУДРИНА, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ***

# ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

***МУЗ «Городская больница», г. Геленджик, Краснодарский край,***
***ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава»,***
***ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Минздравсоцразвития РФ»***

УДК 614.2:616-082.003.18(470.620)

## Введение

Язвенная болезнь (ЯБ), являясь одним из наиболее распространённых заболеваний органов пищеварения среди взрослого населения, остаётся важной социально-экономической проблемой большинства развитых стран [6]. В среднем около 10% взрослого населения земного шара страдает ЯБ, причем ею в 4 раза чаще болеют мужчины, чем женщины.

На диспансерном учете в России находится около 1 миллиона взрослых пациентов, что соответствует распространенности 9,14 на 1000 населения [13]. Реальная частота ЯБ в Европе, Северной Америке и России

находится на уровне 80 случаев заболеваний на 1000 населения. Это означает, что почти 90% больных в нашей стране не состоят на диспансерном учете и не получают необходимой медицинской помощи. Согласно отчетам Минздравсоцразвития РФ доля больных с впервые выявленной ЯБ ДК возросла с 18% до 26% в структуре заболеваний органов пищеварения [3].

В Краснодарском крае наблюдается более интенсивное (почти в 6 раз) снижение показателей первичной заболеваемости ЯБ, чем ее распространенность. Это со всей очевидностью указывает на дефекты диагностики и своевременности постановки диагноза. Не в последнюю очередь сложившаяся ситуация вызвана тем, что за специализированные службы ответственен региональный уровень системы здравоохранения, а диагностика на муниципальном уровне не имеет «настроенности» на ЯБ, и общей хирургии как части первичной медицинской помощи в основном приходится бороться с запущенными случаями болезни и ее осложнениями.

Несвоевременное медицинское реагирование требует принятия управленческих решений в лечебно-диагностическом процессе «по отклонению» – с акцентом на снижение «издержек» заболеваний, а не на их оптимизацию за счёт профилактики.

В целом статистический анализ свидетельствует о высокой актуальности проблемы лечения пациентов с осложнённой ЯБ на муниципальном уровне и при этом с реализацией их права на максимально возможное качество жизни (КЖ). Акцент в исследовании сделан на изучении вопросов ведения и оценки возможностей восстановления здоровья у пациентов с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

Недостаточное финансирование здравоохранения, постоянный рост расходов внутри отрасли, самостоятельное планирование финансовой деятельности лечебными учреждениями, отсутствие общеведомственных стандартов оказания оперативной и медикаментозной помощи больным с осложненным течением ЯБ ДПК и применение различных технологий оперативного лечения, появление большого количества препаратов на фармацевтическом рынке заставляют учитывать не только клинические, но и организационные, прежде всего экономические, аспекты лечения ЯБ ДПК и ее осложнений [2, 11]. При этом гуманные начала отечественного здравоохранения ориентируются на соблюдение баланса между экономическими и клинико-социальными параметрами.

В проведенном клинико-организационном исследовании методологически и организационно обоснованы принципы и метод выбора технологии оперативного лечения осложненной ЯБ ДПК. Ею стала радикальная дуоденопластика – РДП [8]. В совокупности с поэтапными реабилитационными мероприятиями, направленными на повышение КЖ и полноценную социальную адаптацию больных ЯБ ДПК, РДП позволила обеспечить снижение прямых и косвенных затрат общества на оказание медицинской помощи этой группе пациентов.

## Методика исследования

Базой исследования стала муниципальная больница г. Геленджика. Лечебно-диагностический процесс больным с язвенной патологией обеспечивается в хирургическом отделении больницы на 88 коек с 2 операционными блоками, оснащенными современным оборудованием. Персонал отделения представлен 8 врачами и 22 средними медицинскими работниками.

Для муниципального здравоохранения при оказании первичной медицинской помощи на уровне городской больницы особо важно соблюдение принципов комплексности (всех видов лечения) и системности: лечебного и, далее, восстановительного этапов ведения пациентов – реабилитационных мероприятий (эрадикационная, антисекреторная терапия). Параметры качества жизни пациентов и снижение прямых и косвенных затрат были измерены и включены в оценку эффективности клинического управления.

Единицей наблюдения в зависимости от решаемых задач становились пациент, однородные группы больных в диагностических и лечебных линиях, клинические и организационные технологии. Всего обследовано 529 человек в возрасте от 19 лет.

Объектом исследования стали пациенты с осложненной ЯБ ДПК, клинические и организационные аспекты управления лечебно-диагностическим процессом. В характеристике объекта наблюдения – пациентов городской больницы г. Геленджика с осложненной ЯБ ДПК, учтены региональные (Краснодарский край) и муниципальные аспекты заболеваемости и организации хирургической помощи.

В основную группу вошли 249 больных с осложненной ЯБ ДПК, в том числе 143 пациента с острыми кровотечениями из дуоденальных язв (ДЯ), 106 человек с перфоративными ДЯ, поступивших в экстренном порядке в хирургическое отделение городской больницы и в последующем – в 2001–2005 гг. – состоявших под диспансерным наблюдением. Среди пациентов основной группы преобладали мужчины активного трудоспособного возраста до 45 лет – при язвенных кровотечениях их представительство на уровне 45,5%, при перфорациях – 72,6%.

В контрольную группу вошли 280 человек (149 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 25 до 42 лет (средний возраст 34,8±1,9 года). Контрольная группа состояла из лиц, прошедших диспансеризацию, у которых по результатам клинических исследований, включая лабораторные, инструментальные и психометрические, не выявлено патологии пищеварительной системы.

Источники информации: 1) истории болезни, медицинская документация, данные официальной государственной медицинской статистики по Краснодарскому краю; 2) унифицированный опросник для изучения качества жизни пациентов MOS SF 36 (Medical Outcomes Study 36 – Short Form Health Survey) – один из наиболее распространенных в клинических исследованиях и при индивидуальном мониторинге качества жизни [5, 6, 7], который оценивает физическую и социальную активность, выраженность болевого синдрома, эмоционально-психологический статус; 3) информативная часть опросника включена в специально разработанный учетный документ «Карта послеоперационной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки».

Выборочная совокупность исследуемой группы соответствует требованиям клинико-социального исследования – необходимый объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью уверенности и точности составляет не менее 225 пациентов [4].

При расчете стоимости курса лечения были приняты во внимание все затраты за определенный промежуток

времени. Необходимо учитывать, что этот временной интервал должен быть достаточно продолжительным, так как применение определенной хирургической и (или) медикаментозной технологии может увеличить непосредственные расходы, однако впоследствии дать экономию по другим позициям: уменьшить частоту и тяжесть рецидивов и осложнений заболевания, госпитализации и обращения к врачу.

В «Концепции исследования качества жизни в здравоохранении» отмечается, что одной из методологий, позволяющих определять стоимость различных методов лечения с учетом их влияния на увеличение продолжительности и улучшение КЖ больного, сбережение ресурсов общества, является фармакоэкономика [12]. Одна из ее задач состоит в том, чтобы обеспечить больному максимально высокое КЖ при минимальных затратах на лечение. В нашем исследовании эта установка принята ключевой.

В этой связи для оптимального управления лечебно-диагностическим процессом применены фармакоэкономические расчеты: анализ «затраты – эффективность», «затраты – полезность» и критерий «минимизация затрат» [1, 16]. Разрозненные методы на практике мы заменили целостной методологией клинического управления, цель которого – обосновать клиническое и экономическое равновесие при оказании медицинской помощи пациентам с острыми осложнениями ЯБ ДПК. Методологической основой клинического управления стал системный подход, в основе которого лежит понимание объекта – лечебно-диагностического процесса как системы [12].

## Результаты исследования

Удельный вес пациентов, поступавших в хирургический стационар городской больницы г. Геленджика в плановом порядке в 2001–2003 гг., варьировал в пределах 4–5%, в 2004–2005 гг. плановые госпитализации практически отсутствовали. Отмеченная тенденция не могла не отразиться на результатах оперативного лечения, поскольку больные поступали в хирургический стационар недостаточно обследованными и подготовленными к операции. С другой стороны, подобная тенденция характерна для наблюдающегося во всем мире роста острых осложнений ЯБ ДПК (кровотечений и перфораций).

Издержки решений по минимизации объемов стационарной помощи больным с язвенной болезнью на муниципальном уровне оказания первичной медицинской помощи населению ложатся бременем и являются ответственностью хирургической помощи при отсутствии специализированного гастроэнтерологического отделения, решающего проблемы изучаемой патологии при качественном консервативном лечении пациентов с ЯБ [9, 10].

Расчет средней стоимости лечения фактически является стоимостью тарифа для осложненной ЯБ ДПК (то есть стоимостью 1 случая ЯБ ДПК в больнице).

В целом прямые расходы в стационаре на лечение пациентов с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, составили в расчете на 1 человека в среднем 9711,83 руб. (хирургия) + 402,83 руб.(СМП) = 10114,66 рубля. Если пациент для долечивания переводится в терапевтическое отделение, учитывается стоимость и этого этапа (4142,77 руб.).

Расходы на лечение при всей очевидности этого тезиса требуют оценки их целесообразности. Главный критерий, который был выбран для оценки, – качество жизни пациентов (КЖ).

КЖ изучали на основании опросника SF-36 при поступлении пациента в стационар, через 7–10 дней после достижения эндоскопического (операционного гемостаза) и через год динамического диспансерного наблюдения. Подведены итоги мониторинга параметров КЖ у пациентов основной группы с осложненной кровотечениями и перфорациями ЯБ ДПК.

Для установления отклонений от популяционной нормы использовались показатели КЖ 32 клинически здоровых добровольцев (наших коллег). С учетом КЖ рассчитывались приобретенные в результате медицинских вмешательств годы качественной жизни – quality adjusted life-year – индекс QALY, который дает возможность получить интегральную оценку качества проводимого лечения.

У больных с язвенными кровотечениями в момент поступления в хирургический стационар показатели КЖ были статистически достоверно снижены по сравнению со здоровой популяцией: по шкалам «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «общее здоровье», «жизнеспособность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье» ($p<0,05$). Уже через 7–10 дней после достижения гемостаза в результате проведения эндоскопического и (или) оперативного лечения параметры КЖ существенно повышались по сравнению с исходным уровнем по шкале «ролевое физическое функционирование» ($p<0,05$), но по остальным шкалам не достигали уровня популяционной нормы. Даже через год диспансерного наблюдения и патогенетически обоснованной реабилитации показатели КЖ у больных ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, отличались от аналогичных параметров здоровых людей, а по шкалам «общее здоровье» и «социальное функционирование» разница была статистически подтвержденной.

Через 7–10 дней после оперативного лечения у больных с перфоративными язвами параметры КЖ были статистически достоверно снижены по сравнению со здоровой популяцией по шкалам «физическое функционирование», «общее здоровье» и «социальное функционирование» ($p<0,05$). Через год ни по одному показателю не удалось достигнуть популяционной нормы, а по параметру «физическое функционирование» разница была существенной.

В течение 1 года диспансерного наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий показатели КЖ повышались по критериям «общее здоровье» и «социальное функционирование».

Для оценки прямых медицинских затрат на ведение пациентов с осложненной ЯБ ДПК проведен ABC-анализ, который позволил объективизировать порядок минимизации затрат.

В ходе анализа хирургические манипуляции, простые медицинские услуги и лекарственные средства ранжировались от наиболее к наименее затратным. Наиболее затратные технологии объединены в группу, на которую приходится 89,5% всех издержек (группа А). Вторая группа – группа В – это менее затратные технологии с 9,2% всех издержек. И, наконец, наименее затратные технологии – 1,36% всех издержек – составили группу С.

На хирургическом этапе ведения больных с язвенным кровотечением (с момента поступления

## Сравнительная оценка стоимости/эффективности лечения больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией

| Показатели (в расчете на 1 пациента) | РДП, n=89 | Ушивание перфоративной язвы, n=17 |
|---|---|---|
| | 1-й год наблюдения | |
| Частота ремиссий<br>Затраты/эффективность | 0,85<br>7104,53±654,25 | 0,82<br>10272,24±987,62* |
| | 2-й год наблюдения | |
| Частота ремиссий<br>Затраты/эффективность | 0,73<br>6874,00±873,26 | 0,40<br>32973,63±288,48* |
| | 3-й год наблюдения | |
| Частота ремиссий<br>Затраты/эффективность | 0,80<br>4890,18±666,13 | 0,44<br>17768,27±2957,66* |

***Примечание:*** * – отмечены достоверные различия показателей.

в хирургический стационар до достижения гемостаза) наибольшие экономические затраты приходятся на послеоперационную интенсивную терапию (14,6%), а меньшие – на стоимость оперативного лечения (6,2%), анестезиологическое пособие (3,3%) и ЭФГДС (5,2%). Опыт городской больницы г. Геленджика свидетельствует, что своевременное и адекватное хирургическое лечение может снизить затраты на послеоперационную интенсивную терапию.

На группу А в ряду медицинских услуг и медикаментов при лечении перфоративных язв ДПК приходится 88,1% издержек, на группу В – 8,1% и группу С – 3,8%.

Наиболее затратными на хирургическом этапе ведения пациентов являются оперативное лечение (26,6%), послеоперационная интенсивная терапия (21,0%) и анестезиологическое пособие (14,3%). К менее затратным технологиям относятся стандартные биохимические и инструментальные исследования. Наименьшие затраты несет система первичной медицинской помощи в связи с консультациями смежных специалистов.

При язвенных кровотечениях экономически выполнение РДП в неотложном порядке (n=10) более затратно, чем РДП при рецидиве кровотечения (n=8). Несколько выше были непрямые расходы – на 26,8%, общие расходы – на 21,4%, показатель «затраты/эффективность» – на 17%. Вместе с тем приращение эффективности затрат к приращению качества жизни при анализе полезности затрат было «за» РДП в неотложном порядке.

По результатам опроса пациентов с помощью опросника SF-36 и расчета интегрального показателя КЖ – ИКЖ установлено, что выполнение РДП в неотложном порядке, не дожидаясь рецидива кровотечения, в 3,4 раза эффективнее (можно сказать – гуманнее) за счет более интенсивного приращения КЖ пациентов в послеоперационном периоде и меньшего приращения необходимых для этого издержек.

Клинико-экономический эффект своевременного выставления показаний к выполнению РДП сохраняется в течение 1 года послеоперационного наблюдения.

Используя прием расчета интегральных индексов путем перемножения составляющих медико-социального (QALY) и экономического плана для характеристики приращения качества жизни относительно затрат, получаем показатель – коэффициент медико-экономической эффективности Кэф=2,81. Таким образом, применение РДП в неотложном порядке почти в 3 раза эффективнее, чем при рецидиве кровотечения.

Послеоперационное наблюдение за пациентами показало, что в течение 3 лет диспансерного наблюдения состояние больных было относительно стабильным и жалобы их существенно не трансформировались.

При перфоративных язвах РДП также доказала свою медико-экономическую эффективность. Сопоставление по годам наблюдения в расчете на 1 пациента затрат на РДП и операцию ушивания перфоративных язв, с одной стороны, и частоты ремиссий, с другой, со всей очевидностью отражает медико-экономическую эффективность РДП, что доказано статистически (таблица).

Коэффициент медико-экономической эффективности, ориентированный на КЖ, отражает, что его приращение относительно затрат за 3 года наблюдений было выше при РДП, чем при ушивании перфораций, в 1,8, 3,7 и 3,5 раза.

## Обсуждение

Проведенное исследование позволило определить реальные затраты на лечение в первичном звене здравоохранения сложных и грозных по исходам осложнений ЯБ ДПК, научно обосновать процесс клинического управления на уровне муниципального здравоохранения и оптимизировать процесс целенаправленных воздействий на здоровье пациентов с осложненной ЯБ ДПК в рамках организованной системы с достижением цели – обеспечением максимально возможного качества жизни. Возможности экономического анализа в обосновании принимаемых клинических решений на принципах доказательной медицины были расширены за счет оценки эффективности алгоритмов ведения пациентов различных групп риска. Применение методологии контролируемости для мониторирования

течения осложненной ЯБ ДПК по объективным критериям лечебно-диагностического процесса и оценкам пациентов обеспечивает повышение качества комплексного лечения на уровне первичной помощи, совершенствование управления здравоохранением на уровне ЛПУ, рациональное использование материальных ресурсов и технологического потенциала отрасли.

Как итог проведенного исследования разработаны концептуальная модель клинического управления и многоуровневая система оказания гастроэнтерологической помощи населению региона с активным включением в неё первичной хирургической помощи.

*Поступила 08.02.2008*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Авксентьева М. В., Воробьев П. А., Герасимов В. Б. и др.* Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). М.: «Ньюдиамед», 2000. 80 с.

2. *Блохин А. Б.* Основные проблемы управления здравоохранением в России на современном этапе // Лекции по организации здравоохранения. Екатеринбург: «СВ-96». 2000. С. 63–80.

3. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение. М.: издательский дом «ГЕОТАР-МЕД», 2002. 520 с.

4. *Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб: «ЭЛБИ», 1999. 140 с.

5. *Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и соавторы.* Оценка качества больного в медицине // Клиническая медицина. 2000. Т. 78. № 2. С. 10–13.

6. *Новик А. А., Ионова Т. И., Шуваев В. А. и др.* Популяция больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по интегральному показателю качества жизни // Матер. 6-го Международного славяно-балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2004». СПб, 2004. С. 103.

7. *Оноприев В. И.* Новые концепция, тактика и технологии хирургического лечения осложненных дуоденальных язв // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2006. № 1. С. 11–16.

8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи».

9. *Род Шифф.* Здравоохранение, основанное на знании // Лекции по организации здравоохранения. Екатеринбург: «СВ-96», 2000. С. 250–271.

10. *Стародубов В. И., Луговкина Т. К.* Клиническое управление: теория и практика. М.: Медицина, 2003. 192 с.

11. *Цуканов В. В., Сугоняко Е. А.* Эффективность эрадикации Helicobacter pylori как метода профилактики язвенной болезни // Матер. Одиннадцатой российской гастроэнтерологической недели. М., 2005. С. 38.

12. *Шевченко Ю. Л.* Концепция исследования качества жизни в здравоохранении // Медицинская газета от 19 июля 2000 г. (№ 54). С. 6.

13. *Kreissler-Haag D., Schilling M. K., Maurer C. A.* Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium // Zentralbl Chir. 2002. V. 127. № 12. P. 1078–1082.

***K. I. POPANDOPULO,***
***V. G. KUDRINA, N. V. KOROCHANSKAJA***

***APPLICATION OF THE CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS FOR AN ESTIMATION OF MEDICAL AID QUALITY AT A MUNICIPAL LEVEL***

*Opportunities of rendering of medical aid by the patient with the complicated stomach ulcer of a duodenal gut at a municipal level in a primary part of public health services are investigated. Clinical advantages of operative treatment to a method radical duodenal plastics are proved. Opportunities of the economic analysis are expanded due to estimation of cost and efficiency of algorithms of conducting patients. For the characteristic of patients life quality are applied objective and value judgment, it is international comparative criterion.*

*The years of a qualitative life got as a result of medical interventions − quality adjusted life-year − index QALY which enables to receive an integrated estimation of quality of spent treatment.*

***И. В. ПОРОДЕНКО***

# ВЛИЯНИЕ ОКТРЕОТИДА НА АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

***Кафедра патологической анатомии Кубанского государственного медицинского университета***

Соматостатин − нейропептид, который вырабатывается в гипоталамусе, поджелудочной железе, слизистой оболочке желудка и кишечника. Ингибирует секрецию соматотропного гормона передней доли гипофиза, угнетает секрецию желудка и поджелудочной железы, тормозит выделение гастрина и мотилина, уменьшает висцеральный кровоток. Синтетический его аналог сандостатин (октреотид) угнетает экзокринную функцию поджелудочной железы (ПЖ) и снижает объем панкреатического секрета, содержание в нем ферментов и концентрацию бикарбонатов. Эти свойства послужили основанием для его применения у больных, которым проводятся оперативные вмешательства на ПЖ. Подкожно вводимая однократная доза октреотида подавляет секрецию инсулина через 30 минут после инъекции [15].

**Целью исследования** явилось выявить способность октреотида оказывать корригирующее влияние на активность нейтрофильных лейкоцитов крови в норме и при остром панкреатите (ОП).

Для ее решения поставлены **задачи:** 1) выявить воздействие октреотида на способность нейтрофилов

УДК 616.37-002-036.11-085.357:616.155.34-07