

Нами проводилось анкетирование больных, находящихся на стационарном лечении в Рязанском областном клиническом кардиологическом диспансере по поводу различных заболеваний и имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I—II Б стадии, I—III ФК. Анкета состояла из 13 вопросов, при ответе на которые пациент мог выбрать один из 2—5 возможных вариантов, либо расположить ответы в порядке значимости. При анализе учитывалось число пациентов, давших каждый из ответов и их процентное соотношение.

96 больных (44% мужчин, 56% женщин в возрасте 29—82 лет, средний возраст — 57,6 лет) ответили на вопросы анкеты. Они были распределены по группам в зависимости от длительности заболевания (до 5 лет, от 5 до 10 лет, свыше 10 лет) и пола.

О ПДЛ принимаемых лекарств знают 22% мужчин и 32% женщин. Причем в группе пациентов, имеющих стаж ХСН более 10 лет, наблюдается максимальная разница в осведомленности о ПДЛ между мужчинами (24%) и женщинами (47%). Во всех группах с увеличением стажа заболевания растет число пациентов, знающих о ПДЛ.

По данным опроса, источником информации о ЛС является врач (67% мужчин и 53% женщин), инструкция по ЛС (29% мужчин и 41% женщин), другие источники (4% мужчин и 6% женщин). При этом с увеличением стажа заболевания для пациентов возрастает роль инструкции в качестве источника информации о ЛС и уменьшается роль врача, особенно среди пациентов мужского пола.

Инструкцию по ЛС читают всегда или при первом приеме ЛС 72,7% мужчин и 69,3% женщин, для сравнения: в США этот показатель — 97%, в Великобритании — 96%, в Канаде — 90%. Установлено, что с увеличением стажа заболевания у мужчин снижается потребность в чтении аннотации на ЛС с 71 до 52%, а у женщин увеличивается с 58 до 70%. При чтении инструкции на ЛС обращают внимание на побочные реакции 6% мужчин и 12% женщин. Удивительно, что не считают значимой информацию о ПДЛ 60% мужчин и 54% женщин. С побочными реакциями ЛС сталкивались 38,3% мужчин и 52,3% женщин. Определено, что с увеличением стажа заболевания частота побочных реакций у женщин увеличивалась с

42 до 57 %, а у мужчин оставалась вне связи со стажем заболевания на уровне 43%.

Самостоятельно прекращали принимать лекарственный препарат, назначенный врачом, 36% мужчин и 66% женщин, причем с увеличением стажа заболевания у мужчин чаще наблюдалась самоотмена ЛС (увеличилась с 13 до 54%). Причины самоотмены ЛС у мужчин: у 44% — отсутствие препарата в аптеке, у 19% — опасение приема нескольких ЛС, у 19% — цена ЛС, у 17% — ПДЛ. Причины самоотмены ЛС у женщин: у 48% — ПДЛ, у 26% — цена ЛС, у 8% — отсутствие препарата в аптеке, у 8% — опасение приема нескольких ЛС. Побочные реакции стали причиной отмены препарата у мужчин при стаже заболевания более 10 лет, у женщин уже при длительности заболевания до 5 лет — у 37%, далее — до 56%.

Считают достаточным получаемый объем информации о ПДЛ 30% мужчин и 25% женщин. При возникновении ПДЛ сообщали об этом своему лечащему врачу 93% мужчин и 88% женщин. В целом 23,3% мужчин и 19,3% женщин недовольны работой лечащего врача при назначении ЛС, а 16% мужчин и 9,6% женщин — качеством ЛС. Среди претензий к аннотациям ЛС указывались: мелкий шрифт, непонятная терминология, отсутствие полной информации по приему ЛС.

Таким образом, для пациентов, страдающих ХСН, проблема побочного действия ЛС является очень актуальной (38,3% мужчин и 52,3% женщин сталкивались с ПДЛ).

Одна из основных претензий пациентов — отсутствие достаточной информации о возможных побочных эффектах ЛС, недостаточный уровень консультации лечащим врачом по применению ЛС.

В целом с увеличением длительности заболевания проблема становится все более животрепещущей. Женщины более осведомлены о ПДЛ, чаще сталкиваются с побочными реакциями ЛС, наиболее часто отменяли прием ЛС по причине развития у них ПДЛ.

Снижению проявления побочных реакций может способствовать не только систематический сбор и анализ экспертами сведений от врачей, но и сбор такой информации непосредственно от пациентов, потребляющих ЛС.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА

Корнилов Л.Я., Лутай А.В., Архипова С.Л., Гудухин А.А., Березин М.В.,
Виноградов В.В., Стипакова А.В., Соломонова Т.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

Узелковый полиартериит является редким системным заболеванием. Трудности в диагностике обусловлены разнообразием и неспецифичностью дебютных симптомов болезни. Наряду с полиорганностью поражения затрудняет диагностику также то, что процесс может начинаться с любого органа или системы. В качестве примера приводим два клинических случая, диагностика которых носила непростой многоэтапный характер.

Наблюдение 1

Больной К., 32 лет, поступил в неврологическое отделение в сентябре 2001 г. с жалобами на мышечную слабость в ногах, отвисание стоп при ходьбе, боли в ногах, чувство онемения пальцев левой кисти, субфебрилитет, общую слабость, снижение аппетита. Болен с июня 2001 г., когда

появилась лихорадка, общая слабость, головные боли. Курс антибактериальной терапии (ампициллин) эффекта не дал. Появились боли в крупных суставах, усиливающиеся при движении, умеренно выраженная утренняя скованность, сохранялась лихорадка. В течение июля проводилось стационарное обследование в терапевтическом отделении, где был заподозрен ревматоидный артрит. В анализе крови определялся лейкоцитоз ($12,0 \text{ Г/л}$), повышенная СОЭ (26 мм/ч), ревматоидный фактор (+). Рентгенологическое исследование коленных суставов существенной патологии не выявило. После проведения противовоспалительной терапии с использованием нестероидных противовоспалительных средств и делагила боли в суставах и лихорадка были купированы. Больной выписан с улучшением, однако через неделю лихорадка и общая слабость появились вновь. В августе стали беспокоить боли в ногах (преимущественно в икроножных мышцах), мышечная слабость, передвигался с помощью опоры.

При поступлении состояние ближе к удовлетворительному. Пониженного питания, кожные покровы бледные. Неврологический статус: отсутствие движений в тыльных сгибателях обеих стоп, ограничение движений в подошвенных сгибателях стоп, гипотония мышц ног, снижение силы в разгибателях стоп до 0 баллов, в сгибателях — до 1 балла, в левой кисти — 4 балла, снижение ахилловых рефлексов, отсутствие подошвенных рефлексов, гипестезия в ногах по полиневритическому типу, в 1, 2, 3-м пальцах левой кисти выявляется гиперестезия. Походка миопатическая с двухсторонним степпажем. Пульс — 70 уд/мин , АД — $190/110 \text{ мм рт. ст.}$ При исследовании крови выявлено увеличение СОЭ (25 мм/ч), С-реактивный белок — $+++$, миоглобин — $1:512$, ревматоидный фактор и LE-клетки не обнаружены. По данным ФЭГДС констатирован хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит. Исследование глазного дна выявило сужение артерий сетчатки.

Данные обследования свидетельствовали о полисиндромности патологии и позволили усомниться в направительном диагнозе: полирадикулоневропатия Гийена-Барре, после чего был проведен консилиум специалистов с участием невропатологов, терапевтов и ревматолога. Рекомендовано проведение гистологического исследования кожного-мышечного лоскута с целью исключения узелкового полиартериита. Проведена коррекция терапии с подключением преднизолона в суточной дозе 50 мг . Гистологическое исследование кожного-мышечного лоскута правой голени выявило умеренный фиброз дермы и мелкие периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, что с учетом клинической картины позволило диагностировать узелковый полиартериит.

На фоне терапии с использованием глюкокортикостероидов в течение 3 недель отмечена отчетливая регрессия неврологической симптоматики: купированы боли в ногах, восстановилась мышечная сила в руках, уменьшился парез правой стопы. Нормализовалась температура и АД. Больной выписан на поддерживающей терапии преднизолоном под наблюдение ревматолога.

Наблюдение 2

Больной А., 54 лет, поступил в терапевтическое отделение в октябре 2001 г. с жалобами на лихорадку с повышением температуры до 39°C , общую слабость, снижение аппетита, ноющие боли в поясничной области, одышку, похудание. Больным себя считает в течение месяца, когда появилась немотивированная лихорадка. Лечился амбулаторно антибиотиками и нестероидными противовоспалительными средствами, однако улучшения не было.

При поступлении состояние средней тяжести. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс — 88 уд/мин , АД — $90/60 \text{ мм рт. ст.}$ Тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови свидетельствовал о наличии лейкоцитоза ($12,0 \text{ Г/л}$), увеличении СОЭ (50 мм/ч) при нормальном содержании гемоглобина. С-реактивный белок — $+++$. В анализах мочи определялись следы белка при нормальном мочевоом осадке. Рентгенологически выявлена небольшая инфильтрация в S5 правого легкого. Осмотр невропатолога при поступлении патологии не выявил. По данным УЗИ почек нельзя исключить хронический пиелонефрит. ЭКГ без патологии.

В связи с вероятным наличием пневмонии и пиелонефрита была проведена в течение 2 недель антибактериальная терапия с использованием первоначально фторхинолонов и аминогликозидов, а в последующий период цефалоспоринов. Однако состояние больного не улучшилось. Прогрессировала общая слабость, появилась слабость в ногах, боли в икроножных мышцах, отвращение к мясной пище.

Обсуждался вопрос о туберкулезе легких и возможной онкологической патологии. Проведенная томография легких с последующей фибробронхоскопией позволила констатировать хронический бронхит. По данным ФЭГДС с биопсией выявлен хронический антральный гастрит. Повторная консультация невропатолога через 2 недели свидетельствовала о развитии дисметаболической полинейропатии с сенсорными нарушениями.

Развитие неврологического синдрома на фоне продолжающейся лихорадки, выраженной астении и похудания направило диагностический поиск по пути системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов. Анализ крови на LE-клетки дал отрицательный результат. Взята биопсия кожного-мышечного лоскута в области икроножной мышцы с целью исключения узелкового полиартериита. Гистологическое исследование выявило дезорганизацию соединительной ткани с коллагенизацией, пролиферацию эндотелия сосудов. Обнаружена периваскулярная лимфоидная инфильтрация. Полученные данные позволили диагностировать с учетом клиники заболевания узелковый полиартериит и назначить терапию кортикостероидами. Состояние больного в течение недели заметно улучшилось. Купировалась лихорадка, мышечная слабость, боли в ногах, улучшился аппетит. Больной был выписан с улучшением на поддерживающей терапии преднизолоном.

Таким образом, диагностика узелкового полиартериита является длительным и многоэтапным процессом. Большое значение при этом имеет правильная оценка миалгического и полинейропатического синдрома, развивающегося на фоне лихорадочного состояния, астенизации и похудения. В приведенных наблюдениях именно данные синдромы оказались ведущими на ранних стадиях заболевания. Верифицировать диагноз позволяет

биопсия кожно-мышечного лоскута, вовлеченного в патологический процесс. Сроки проведения этой диагностической манипуляции (в наших случаях она проведена через 4 и 3 месяца от начала заболевания) определяют своевременность постановки правильного диагноза и назначение адекватной терапии. Это позволяет добиться ремиссии с регрессом в той или иной степени неврологических проявлений болезни.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Корулин С.В., Недопекин С.Н., Воронин Б.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Грыжи передней брюшной стенки являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических операций грыжесечения по частоте занимают 2 место после аппендэктомии. Со времени открытия классического способа герниопластики по Бассини на его основе было разработано большое количество методов пластики грыж местными тканями. Основой их являлось укрепление передней либо задней стенки пахового канала. Некоторые из этих методов показали свою состоятельность и широко применяются в хирургической практике. Тем не менее, частота рецидивов грыж после хирургического лечения составляет 10–35% при первичных и более 45% при повторных операциях. Лишь в клиниках, специализирующихся в герниологии, частота рецидивов не превышает 2%. Решение многих проблем при хирургическом лечении грыж возможно лишь при внедрении принципиально новых методов герниопластики. Развитие герниопластики идёт по пути увеличения надёжности и уменьшения травматичности. Таким требованиям удовлетворяет относительно новый тип оперативных вмешательств с использованием сетчатых аллотрансплантатов, получивший название «ненатяжная герниопластика».

В Отделенческой больнице на ст. Иваново ОАО «РЖД» ненатяжная герниопластика используется с июля 2005 г. В период с июля 2005 г. по февраль 2007 г. оперированы с использованием сетчатых аллотрансплантатов 58 больных с грыжами передней брюшной стенки. 38 пациентов страдали паховыми грыжами (из них 4 — пахово-мошоночными, 5 — рецидивными паховыми грыжами); у 15 больных были послеоперационные вентральные грыжи; у 3 больных — пупочные грыжи; у 2 больных — грыжи белой линии живота.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 31–40 лет — 10 больных; 41–50 лет — 15; 51–60 лет — 11 больных; 61–70 лет — 14 больных; старше 70 лет — 8 больных. По полу больные распределились следующим образом: мужчины — 41, женщины — 17.

Специальной предоперационной подготовки не проводилось. Все больные оперированы в плановом порядке. При пластике послеоперационных вентральных грыж применяли общее обезболивание (интубационный наркоз). При пластике паховых, пупочных грыж и грыж белой линии живота предпочтение отдавалось местной анестезии

0,25% раствором новокаина; при пластике пахово-мошоночных и рецидивных паховых грыж применялась внутривенная седация. При наличии грыжевых мешков больших размеров, а также при обширных раневых поверхностях производилось интраоперационное внутривенное введение антибиотиков. Всем пациентам с паховыми грыжами выполнялась операция по методу Liechtenstein. При пластике послеоперационных вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота аллотрансплантат фиксировался по методике onlay. Для пластики при освоении методики использовались полипропиленовые сетки производства фирмы «Procter and Gamble», впоследствии — полипропиленовые эндопротезы фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). Фиксация трансплантата во всех случаях производилась атравматической проленовой нитью. При пластике послеоперационных вентральных грыж и у тучных пациентов рану дренировали по Редону. В послеоперационном периоде больные получали анальгетики в течение первых 1–2 суток. Выполнялись перевязки с антисептиками. Пациентам с выраженной подкожно-жировой клетчаткой и с операционными ранами больших размеров назначались антибиотики. Двигательный режим расширялся постепенно; вставать пациентам разрешалось на следующие сутки после операции. Все больные с послеоперационными вентральными, пупочными грыжами и грыжами белой линии в послеоперационном периоде использовали бандажи. Снятие кожных швов производилось в соответствии со сроками. Во всех случаях заживление ран произошло первичным натяжением.

Средний койко-день составил: при пластике паховых грыж — 10,3, при пластике послеоперационных вентральных грыж — 13,3, при пластике пупочных грыж и грыж белой линии живота — 12,8. Общий средний койко-день составил 11,3.

Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (8,6%). Они распределились следующим образом: гематома послеоперационной раны — 1; серома послеоперационной раны — 1; инфильтрат послеоперационной раны — 3.

Все осложнения не требовали оперативного лечения. Пациенты с осложнениями получали противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС; физиолечение на область раны); гематома и серома пунктировались. В результате противовоспалительного лечения: произошло рассасывание ин-