

Рисунок 2. Динамика распространенности ВПР среди подростков 15-17 лет в зависимости от места жительства с 2002 по 2014 гг. (на 1000 подростков)

Список литературы

1. Жученко Л.А., Шестопалова Е.А., Бочков Н.П. Распространенность и структура врожденных пороков сердечно-сосудистой системы у детей в возрасте до 1 года // Медицинская генетика. - 2006. № 1. Т. 43. - С. 20-23.
2. Кардиоадаптация при ВПС у детей раннего возраста: метод. пособие / Т.Н. Доронина, Н.С. Черкасов, В.И.Григанов; АГМА. - Астрахань: АГМА, 2006. - 29 с.
3. Краснопольский В.И. Состояние и перспективы снижения гинекологической заболеваемости и улучшение репродуктивного здоровья // Пути развития современной гинекологии. - М., 1995.- С. 22.
4. Креймер М.А. Некоторые результаты социально-гигиенического мониторинга и направления по его совершенствованию // Гигиена и санитария. - 2007. - № 1. - С. 80-82.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Октябрьская Ирина Валентиновна,

Врач ревматолог, СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», г. Санкт-Петербург.

Беляева Ирина Борисовна,

Профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э.Эйхвальда ГБОУВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», д.м.н., г. Санкт-Петербург

Ташлыков Виктор Анатольевич,

Профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э.Эйхвальда ГБОУВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», д.м.н., г. Санкт-Петербург

Проведена сравнительная оценка лечебных эффектов сульфасалазина (СС), метотрексата (МТ) и лефлуномида (ЛФ) у 151 больного ранним ревматоидным артритом (РРА) в течение 12 месяцев наблюдения. Терапия СС при РРА была недостаточно эффективной. Терапия МТ и ЛФ существенно снижала клинико-лабораторную активность и повышала качество жизни больных РРА через 12 месяцев наблюдения. У 16 пациентов при умеренной и высокой степенях активности болезни, несмотря на ранее проводимую терапию СС, МТ и ЛФ комбинированная терапия инфликсимабом и МТ в течение 24 недель привела к существенному улучшению показателей клинического течения болезни и качества жизни. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между функциональным индексом оценки здоровья HAQ и количеством больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: качество жизни, ревматоидный артрит, метотрексат, ранний ревматоидный артрит, инфликсимаб, сульфасалазин, тревожно-депрессивные расстройства

Ревматоидный артрит (РА) – наиболее частое воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эрозивного симметричного полиартрита в сочетании с системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов [1]. Из многообразия средств, входящих в комплекс лечения больных РА, только болезнь-модифицирующие антиревматические препараты (БМАРП) способны затормозить прогрессирование болезни [2, 3]. В литературе имеются лишь единичные сведения о тактике назначения БМАРП у больных ранним РА (РРА) [4–6]. Применяемые БМАРП далеко не всегда контролируют активность заболевания и имеют ряд побочных эффектов. В связи с этим продолжается поиск новых препаратов, способных существенно улучшать течение РА и уменьшать количество побочных эффектов. Одним из представителей нового класса лечебных средств является инфликсимаб (ИФ) – химерное моноклональное антитело против фактора некроза опухоли α. Сведения о преимуществах ИФ перед метотрексатом

(МТ) в плане влияния на показатели качества жизни и психологический статус пациентов с РА немногочисленны [7, 8]. Целью исследования явилась сравнительная оценка показателей клинической активности болезни и качества жизни у пациентов с РРА при применении сульфасалазина (СС), МТ или лефлуномида (ЛФ) в качестве первых БМАРТ в течение 12 месяцев наблюдения, а также сравнение эффективности комбинированной терапии ИФ и МТ с монотерапией МТ больных с активным течением заболевания.

Материал и методы

Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 151 больного РРА. Диагноз РА был установлен по критериям ACR (1987) [9]. Длительность заболевания на момент первичного обследования составила от 3 недель до 12 месяцев (в среднем $6,5 \pm 0,3$ месяца). Средний возраст пациентов – $58,2 \pm 5,5$ года. Большая часть больных РРА была серонегативной по ревматоидному фактору (РФ) – 51,2 %. Среди обследованных пациентов преобладали средняя и высокая степени активности иммуно-воспалительного процесса по DAS 28 > 3,2; I–II рентгенологические стадии заболевания по классификации Штейнброекера (23,2 и 60,5 % соответственно) и II функциональный класс РА (59,7 %).

После установления диагноза РА больным методом случайной выборки была назначена базисная терапия: группа I (55 больных) в качестве базисной терапии получала СС в дозе 2 г/сут; группа II (55 больных) – МТ внутрь или внутримышечно в дозе 10 мг/нед; группа III (41 больной) – ЛФ в дозе 100 мг/сут 3 дня, затем по 20 мг/сут.

Наряду с базисной терапией всем больным назначался один из нестероидных противовоспалительных препаратов. Длительность наблюдения составила 12 месяцев.

Второй этап исследования заключался в отборе 46 пациентов из всех групп после 12 месяцев наблюдения с умеренной ($DAS\ 28 > 3,2 < 5,1$) и высокой степенями активности РА ($DAS\ 28 > 5,1$), несмотря на проводимую терапию СС, МТ и ЛФ. Обследованные больные были разделены на две подгруппы методом слепой выборки. В подгруппе I (30 человек) больные получали терапию МТ (15–20 мг/нед) и преднизолон 10 мг/сут; в подгруппе II (16 человек) пациентам с сохраняющейся клиниколабораторной активностью назначался инфликсимаб (Ремикейд) из расчета 3 мг/кг внутривенно капельно по схеме введения 0, 2 и 6 недель, затем через каждые 8 недель. Подгруппы были сравнимы по полу, возрасту, длительности течения

заболевания, активности РА по DAS 28 и рентгенологической стадии. Длительность второго этапа наблюдения составила 24 недели.

При объективном обследовании осуществлялась оценка суставного синдрома с помощью индекса Ritchie, определялась длительность утренней скованности, применялся функциональный индекс оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ). У 46 пациентов, получавших терапию МТ и ИФ + МТ после 24 недель лечения, проводилось определение показателей качества жизни с помощью опросника SF-36, стрессоустойчивости и социальной адаптации по опроснику Холмса и Раге, астенического состояния, тревоги и депрессии по шкале Цунга, госпитальной шкале тревоги и депрессии [10].

Эффективность лечения оценивалась с использованием индекса активности DAS 28 и критериев Американской Коллегии ревматологов (ACR) по 20-, 50-, 70 %-ному улучшению. Динамику лабораторной активности заболевания оценивали по значениям СОЭ и С-реактивного белка (СРБ).

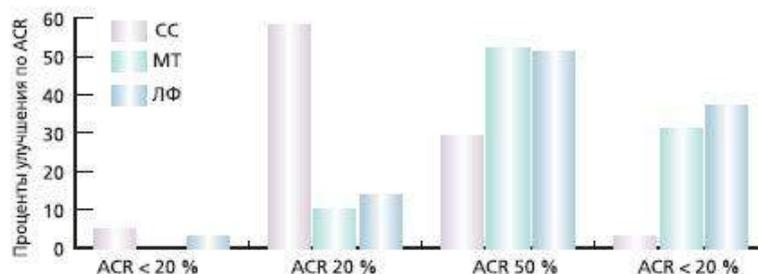
Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы (Statistica 5,5 для Windows) с использованием критериев Стьюдента, Манна–Уитни, критерия Фишера, медианного хи-квадрата, модуля ANOVA, коэффициента корреляции Спирмена. Средние значения представлены в виде $M \pm m$. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

На фоне лечения СС через 12 месяцев в группе I высокие значения индекса Ричи, HAQ, СОЭ и СРБ достоверно не отличались от исходных. Отмечалось достоверное уменьшение продолжительности утренней скованности, однако ее средние значения оставались больше 60 минут. В группах II и III к 12-му месяцу наблюдения отмечено существенное снижение индекса Ричи, HAQ, СОЭ и СРБ без достоверных различий по группам. Средние показатели активности РРА через 12 месяцев лечения по значениям DAS 28 расценивались как умеренные в группе I и низкие в группах II и III.

К 12 месяцам лечения отсутствие эффекта по критериям ACR отмечено у 5,4 и 2,4 % больных I и III групп. 20 %-ное улучшение наблюдалось у большей половины больных группы I и незначительного количества больных II и III групп. 50 и 70 %-ное улучшение отмечено у трети больных I и у подавляющего большинства больных II и III групп. Клиническая ремиссия достигнута у 20 (36,4 %) больных группы II и 16 (40 %) больных группы III (рис. 1).

Рис. 1. Частота клинического ответа по критериям ACR в исследуемых группах через 12 месяцев лечения



Через 12 месяцев отмена в связи с неэффективностью проводимой терапии произошла у 43 (78,1 %) больных I группы, 2 (4 %) больных II группы и 3 (7 %) больных III группы. Отмена в связи с побочными эффектами

произошла у 9 (20 %) больных I группы, 8 (19,5 %) больных II группы и 1 (2 %) больного III группы на 8–12-м месяцах лечения, была связана с повышением уровня печеночных ферментов и развитием цитопенического синдрома.

В табл. 1 представлена динамика клинических показателей больных РА на фоне лечения МТ и МТ + ИФ (второй этап исследования).

В подгруппе I после 24 недель терапии МТ отмечалось достоверное снижение интенсивности боли по шкале ВАШ и числа болезненных суставов. К концу наблюдения у пациентов этой группы отмечена тенденция к снижению значений HAQ, СОЭ и DAS 28, однако достоверных различий с исходными показателями получено не было.

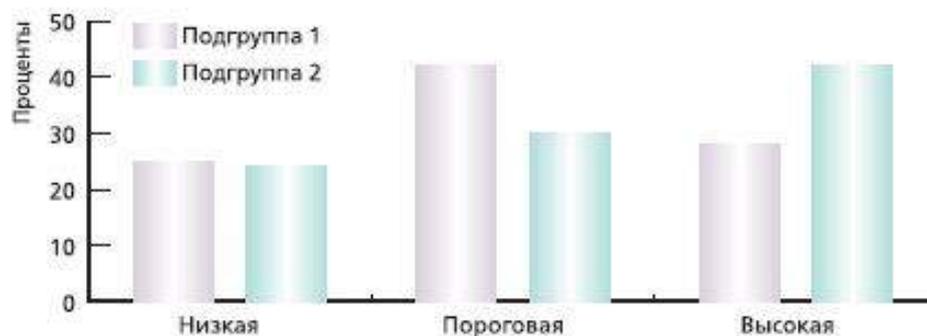
В подгруппе II у пациентов после 24 недель терапии ИФ + МТ наблюдалось статистически значимое уменьшение количества болезненных и припухших суставов, шкалы ВАШ, HAQ и СОЭ, достоверное снижение DAS 28 с 5,3 до 3,4 ($DAS\ 28 > 3,2 < 5,1$), что соответствует умеренной активности заболевания и удовлетворительному ответу на терапию по критериям ELUAR ($\Delta\ DAS\ 28$).

В табл. 2 представлены показатели качества жизни больных РА по значениям шкалы SF-36 исходно и через 24 недели лечения МТ и ИФ + МТ.

Через 24 недели лечения в подгруппе II по сравнению с показателями в подгруппе I отмечены достоверно более высокие значения физического функционирования, жизнеспособности и ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что увеличение физической активности на фоне уменьшения болевого синдрома у пациентов подгруппы II влияло на общий уровень здоровья и жизнеспособности, повышало их социальную активность.

Сравнительные показатели стрессоустойчивости по опроснику Холмса через 24 недели терапии МТ и МТ + ИФ представлены на рис. 2. В подгруппе II через 24 недели терапии отмечено большее число пациентов, имевших высокую стрессоустойчивость, по сравнению с больными подгруппы I (43,7 и 29,9 %).

Рис. 2. Показатели стрессоустойчивости по опроснику Холмса через 24 недели терапии МТ и МТ + ИФ

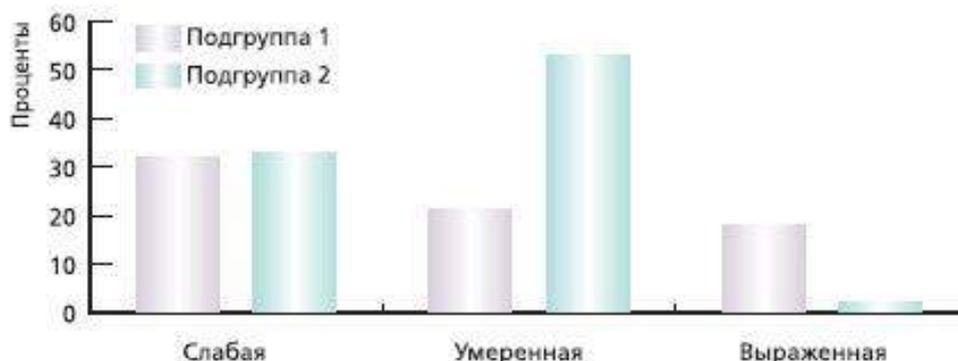


Оценка депрессии по шкале Цунга через 24 недели терапии МТ и МТ + ИФ представлена в табл. 3. Анализ показателей шкалы Цунга выявил, что различные степени депрессии определялись у пациентов во всех анализируемых группах, у 60,0 % больных первой подгруппы и у 100 % больных второй подгруппы через 24 недели патогенетической терапии.

Показатели степени астении у больных РА в исследуемых подгруппах через 24 недели терапии представлены на рис. 3. Различные степени астении определялись

у 71,0 и 99,2 % пациентов в исследуемых подгруппах. На фоне применения комбинированной терапии МТ + ИФ у достоверно меньшего числа пациентов определена выраженная астения по сравнению с пациентами, получавшими терапию метотрексатом (6,2 и 20,4 % при $p < 0,05$). Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии через 24 недели терапии МТ и МТ + ИФ представлены в табл. 4. Наличие тревоги и депрессии по госпитальной шкале зарегистрировано у подавляющего числа пациентов с РРА.

Рис. 3. Показатели степени астении в подгруппах I и II



Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при РА. При значениях индекса HAQ $\geq 1,82$ в 100 % случаев выявлены клинически выраженная тревога и депрессия, умеренная или выраженная астения и низкая сопротивляемость к стрессу.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при снижении функциональных способностей у пациентов с РА нарастает выраженность тревожных и депрессивных расстройств.

Заключение

Полученные результаты исследования подтвердили имеющиеся сведения о неудовлетворительных отдаленных результатах стратегической схемы “пирамида” при лечении РА, когда на начальных этапах его развития назначались менее активные БМАРП. Проведенное исследование доказало преимущество ранней цитостатической терапии с использованием МТ и ЛФ как первых базисных препаратов для лечения больных РРА.

Результаты наблюдения за пациентами с активным течением РРА свидетельствуют о том, что комбинированная терапия ИФ и МТ имеет очевидные преимущества перед монотерапией МТ в отсутствие эффекта от его применения в дозе не менее 15–20 мг/нед в течение 3 месяцев и ведет к значимому клиническому улучшению, увеличению функциональных способностей суставов у больных РРА и улучшению показателей качества жизни.

Оценка психологического статуса больных РРА свидетельствует о наличии тревоги, депрессии и астении у подавляющего числа обследованных. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости объективно оценивать психологический статус больных РРА с помощью многофакторных психологических тестов для своевременного выявления лиц, нуждающихся в оказании специальной психологической помощи и решении вопроса о необходимости включения в комплексную терапию современных антидепрессантов.

Список литературы

1. Беляева И.Б., Мазуров В.И. Сравнительная оценка лечебного эффекта сульфасалазина, метотрексата и лефлуномида при раннем ревматоидном артрите // Вестник СанктПетербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2006. № 3 - 129–132 с.
2. Беляева И.Б., Мазуров В.И., Трофимова Т.Н. Ранний ревматоидный артрит. Принципы диагностики и лечения. Учебное пособие. СПб., 2007 -102 с.
3. Жугрова Е.С. Мазуров В.И., Рассохин В.В. и др. Применение инфликсимаба (ремикейд) у больных ревматоидным артритом // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2007. Вып. 3. № 11 - 50–55 с.
4. Мазуров В.И., Лиля А.М. Ревматоидный артрит / Клиническая ревматология. Руководство для врачей. Под ред. В.И. Мазурова. СПб., 2005 - 87–140 с.
5. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн. Ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М., 2008 - 290–331 с.
6. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита – взгляд в 21-й век // Клиническая медицина. 2005. № 6 - 8–12 с.
7. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чичасова Н.В. Новые возможности применения лефлуномида при ревматоидном артрите – ранняя комбинированная терапия // РМЖ. 2005. Т. 13(24) - 1573–1576 с.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей под ред. П.И. Сидорова. М. 2006- 568 с.
9. Arnett FC, Edworthy S, Bloch DA, et al. The American rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis-Rheum 1988; 31(3): 315–24.
10. Van Vollenhoven R.F. Treatment of rheumatoid arthritis: state of the art 2009. Nat Rev Rheumatol 2009; 5: 531–41.

СТЕНТЫ ДЕНИША В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Олевская Елена Рафаиловна,

канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, г. Челябинск

Новиков Валерий Николаевич,

доктор. мед. наук, профессор, зам. директора по научной работе Пермского клинического центра

ФМБА России. г. Пермь

Тарасов Алексей Николаевич

доктор. мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии, г. Челябинск

Острое кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода представляет реальную угрозу жизни пациента и в особенности в группах класса В или С по шкале Чайлда-Пью, у которых спонтанное прекращение кровотечения происходит только в 50% случаев [4]. Общая летальность при кровотечении из варикозно-расширенных вен у пациентов с циррозом составляет от 10% до 20% [2]. В соответствии с консенсусом Baveno V эндоскопическое лигирование (ЭЛ) в сочетании с вазоактивной терапией признано оптимальным способом лечения кровотечений

из варикозно расширенных вен пищевода, тогда как эндоскопическая склеротерапия (ЭС) рекомендуется пациентам, у которых ЭЛ невозможно или технически затруднительно [6]. При массивном кровотечении или невозможности выполнить ЭЛ немедленно приемлемым способом тампонада на 1 сутки, как «мост» к окончательному способу гемостаза. В случае неудачи гемостаза или рецидиве его консенсус Baveno V рекомендует выполнение трансгуглярного портосистемного шунтирования [7,12]. В качестве альтернативы баллонной тампонаде рассматривается использование саморасширяющихся покрытых