

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ

Н. М. Бурдули, С. К. Гутнова
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

По распространенности и росту заболеваемости, временной нетрудоспособности и инвалидизации хронический панкреатит (ХП) является важной социально-экономической проблемой. В структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта указанная патология составляет 5,1-9 %, а в общей клинической практике – 0,2-0,6 % [1, 2, 11].

В последние 10 лет отмечена тенденция к увеличению заболеваемости острым и ХП более чем в 1,5–2 раза. Лечение панкреатитов представляет сложную задачу для терапевтов, хирургов, гастроэнтерологов. На практике не только этиотропное, патогенетическое, но даже симптоматическое лечение панкреатитов оказывается малоэффективным [4, 5, 10].

Лазерное излучение (ЛИ) низкой интенсивности все шире применяется в самых различных областях медицины благодаря новым экспериментально-клиническим данным, свидетельствующим о высокой терапевтической эффективности, отсутствию осложнений и побочных эффектов [3, 8]. Одним из наиболее распространенных способов воздействия ЛИ на организм человека является внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Глубокая научная проработка вопроса и прогнозируемость результатов терапии способствуют применению ВЛОК как самостоятельному, так и в комплексе с другими методами лечения. Трудно найти аналог ВЛОК по простоте применения, универсальности и эффективности лечения [3, 7].

Данные литературы, касающиеся оценки воздействия ВЛОК на основные клинические синдромы, а также качество жизни больных ХП, немногочисленны, что и послужило основанием для выполнения настоящего исследования.

Материал и методы. Обследовано 94 больных ХП (77 женщин и 17 мужчин). Средний возраст пациентов составил 56,5±4,3 года, средняя длительность анамнеза хронического панкреатита – 8,03±2,3 года. Контрольную группу составили 47 больных, которым проводилась медикаментозная терапия, включающая анальгетики, спазмолитики (баралгин, дюспаталин), ингибиторы протеаз (контрикал), антисекреторные препараты (омепразол, рабепразол), инфузионную терапию (глюкоза, гемодез, полиглюкин), ферментные препараты (креон). В основной группе (47 больных) к медикаментозной терапии подключали ВЛОК с помощью аппарата лазерной терапии (АЛТ)

Бурдули Николай Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой терапии ФПДО с общей врачебной практикой (семейной медициной) Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел.: (8672)539460.

Гутнова Светлана Казбековна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии ФПДО с общей врачебной практикой (семейной медициной) Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел. 89288616579; e-mail: Gutnova76@mail.ru.

«Матрикс-ВЛОК» – $\lambda = 0,63$ мкм, мощность излучения на конце световода – 1,5-2,0 мВт, продолжительность процедуры – 20 минут. Всего на курс – 7 ежедневных сеансов. Для оценки качества жизни дополнительно было обследовано 30 практически здоровых доноров.

Диагноз ХП устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, включающего жалобы, анамнез, объективные данные, клинические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, лучевые методы диагностики – УЗИ, компьютерную томографию.

Оценка качества жизни проводилась с помощью общего международного опросника SF-36 в трех точках наблюдения – при поступлении (1-я точка), через 2 недели (2-я точка) и через 3 месяца (3-я точка наблюдения). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики. Они представлены в виде средней арифметической (М), стандартной ошибки средней арифметической (m). Достоверность различий оценивали при помощи критерия Стьюдента: различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром при ХП имел разные характеристики. До начала лечения определялись боли в эпигастрии – у 78,9 % больных, боли в правом подреберье – у 63,7 % больных, боли в левом подреберье – у 73,6 % больных, «опоясывающие» боли – у 61,2 % больных. Провоцирующим фактором возникновения боли чаще всего служил прием обильной, жирной пищи, алкоголя и газированных напитков. Обычно боль резко усиливалась после еды, что заставляло больных отказываться от приема пищи.

Диспептический синдром имел место у всех больных и проявлялся изменением аппетита (до анорексии) у 13,5 % больных, тошнотой – у 34,8 %, рвотой, не приносящей облегчения, – у 22,3 % больных, отвращением к жирной пище – у 63,3 %, сухостью во рту – у 71,8 %, горечью во рту – у 62,7 % больных. Значительное снижение качества жизни больных панкреатитом связано с такой, обычно не принимаемой во внимание проблемой, как стойкое вздутие живота. Метеоризм живота беспокоил 51,8 % пациентов, поносы – 34,9 %, запоры – 36,3 %, чередование запоров с поносами – 29,4 % больных.

На фоне лечения у всех пациентов произошло улучшение самочувствия и уменьшилась выраженность болевого и диспептического синдромов. В контрольной группе купирование болевого синдрома произошло через $18,4 \pm 1,7$ дня, купирование диспеп-

тического синдрома – через 19,4±1,6 дня. У больных, получавших комплексную терапию с включением ВЛОК, купирование болевого и диспептического синдромов произошло достоверно быстрее: средние сроки купирования болевого синдрома составили 8,3±2,1 дня (p<0,01), средние сроки купирования диспептического синдрома – 10,2±1,8 дня (p<0,01).

Анализ анкет по опроснику SF-36 показал исходное снижение качества жизни больных ХП, по сравнению с группой здоровых (более высокие значения шкалы соответствуют лучшему показателю качества жизни), в основной и контрольной группах по всем 8 шкалам опросника – физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психологическое здоровье (MH) (табл.).

Таблица

Динамика показателей качества жизни по опроснику SF-36 у больных хроническим панкреатитом (баллы)

Критерии опросника	Группа здоровых	Точки наблюдения	Контрольная группа	Основная группа
PF	83,3±1,9	1	35,1±6,6 ^{###}	37,04±6,3 ^{###}
		2	43,0±4,1	53,7±5,2*
		3	50,6±5,8	60,2±5,8**
RF	73,3±5,9	1	28,0±3,1 ^{###}	29,2±2,7 ^{###}
		2	34,4±4,7	55,6±1,9 ^{###}
		3	40,9±4,5*	62,1±2,3 ^{###}
BP	71,8±3,0	1	27,1±4,8 ^{###}	27,4±5,4 ^{###}
		2	38,5±5,7	57,3±5,8**
		3	42,9±5,6*	63,2±5,6 ^{###}
GH	60,8±4,9	1	31,3±5,8 ^{###}	36,8±5,6 ^{###}
		2	31,2±6,8	50,9±6,4
		3	41,7±5,9	56,2±6,4*
VT	59,1±3,8	1	29,5±7,3 ^{###}	26,6±5,0 ^{###}
		2	35,4±9,7	61,8±8,7**
		3	43,8±8,5	61,7±7,2**
SF	69,9±6,2	1	17,7±5,2 ^{###}	22,1±7,5 ^{###}
		2	33,9±8,02**	53,3±4,6**
		3	48,3±7,6**	60,5±6,2 ^{###}
RE	76,6±6,5	1	23,7±2,6 ^{###}	26,3±2,8 ^{###}
		2	28,9±5,1	56,5±2,6 ^{###}
		3	32,1±4,9	60,3±2,4 ^{###}
MH	63,8±3,5	1	22,6±7,3 ^{###}	16,8±7,8 ^{###}
		2	26,6±7,2	53,5±8,3**
		3	41,5±7,4	58,6±8,1**

Примечание: # – p<0,05; ## – p<0,01; ### – p<0,001 в сравнении с группой здоровых; * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 в сравнении с 1-й точкой наблюдения.

Анализ данных опросника SF-36 через две недели от начала лечения выявил достоверное улучшение по всем показателям КЖ у больных ХП в основной группе (на фоне ВЛОК) за исключением показателя, «общее здоровье», (GH), достоверное изменение которого произошло только через три месяца. Указанные результаты свидетельствуют о повышении физической активности, расширении повседневной деятельности пациентов, повышении оценки состояния здоровья и жизненной активности, улучшении эмоционального состояния и устранении депрессивных, тревожных

переживаний после проведенной терапии. После лечения улучшилось общее самочувствие больных, нормализовался сон, исчезли слабость и повышенная раздражительность.

В контрольной группе после лечения существенная динамика была отмечена по шкале социального функционирования (SF) и через три месяца – по шкале ролевого физического функционирования (RF) и шкале боли (BP).

Для выявления частоты рецидивов заболевания наблюдались 58 больных (61,7 %) в течение 2-3 лет. Снижение частоты рецидивов установлено у 19 больных (32,8 %) в контрольной группе и у 33 больных (56,9 %) – в основной.

Таким образом, внутривенное лазерное облучение крови больных ХП способствует ускорению купирования основных клинических симптомов заболевания, снижению частоты рецидивов и повышению качества жизни.

Выводы

1. Выявлено снижение качества жизни больных хроническим панкреатитом в фазе обострения, по результатам общего опросника SF-36.
2. Включение внутривенного лазерного облучения крови в комплексную терапию больных хроническим панкреатитом способствует достоверному и более быстрому купированию основных клинических синдромов, улучшению качества жизни.

Литература

1. Ахмедов, В. А. Патофизиологические и терапевтические аспекты хронического панкреатита: Учебное пособие / В. А. Ахмедов, Н. В. Ширинская, В. М. Шадевский. – М. : Анахарсис, 2007. – 120 с.
2. Буклис, Э. Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия / Э. Р. Буклис, В. Т. Ивашкин // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2006. – № 6. – С. 79–86.
3. Гейниц, А. В. Внутривенное лазерное облучение крови / А. В. Гейниц, С. В. Москвин, Г. А. Азизов. – М.-Тверь: ООО Издательство «Триада», 2006. – 144 с.
4. Губергриц, Н. Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии / Н. Б. Губергриц. – М. : Медпрактика-М, 2003. – 100 с.
5. Губергриц, Н. Б. Панкреатическая боль: как помочь больному / Н. Б. Губергриц. – М. : ИД Медпрактика-М, 2005. – 176 с.
6. Маев, И. В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с.
7. Москвин, С. В. Лазерная терапия аппаратами «Матрикс» / С. В. Москвин, А. А. Ачилов. – М.-Тверь: ООО Издательство «Триада», 2008. – 144 с.
8. Москвин, С. В. Основы лазерной терапии / С. В. Москвин, А. А. Ачилов. – М.-Тверь: ООО Издательство «Триада», 2008. – 256 с.
9. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский дом «Нева», 2002. – 320 с.
10. Сереброва, С. Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению / С. Ю. Сереброва // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 30–35.
11. Draganov, P. Chronic pancreatitis / P. Draganov, P.P. Toskes // Curr Opin Gastroenterol. – 2002. – Vol. 18, № 5. – P. 558–562.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ

Н. М. БУРДУЛИ, С. К. ГУТНОВА

Целью исследования явилось изучение влияния внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на клинические проявления и качество жизни больных хроническим панкреатитом (ХП).

Обследовано 94 больных ХП, которые были разделены на основную (47 больных) и контрольную группы (47 больных). Больным основной группы к медикаментозной подключали ВЛОК. Контрольная группа получала только медикаментозное лечение.

Анализ анкет пациентов общего опросника SF-36 при поступлении выявил снижение качества жизни больных ХП в фазе обострения. Включение внутривенного лазерного облучения крови в комплексную терапию приводило к достоверному и более быстрому купированию основных клинических синдромов, улучшению качества жизни.

Ключевые слова: хронический панкреатит, внутривенное лазерное облучение крови, качество жизни

APPLICATION OF THE INTRAVENOUS LASER IRRADIATION OF BLOOD IN THE PHASE OF EXACERBATION OF CHRONIC PANCREATITIS

BURDULI N. M., GUTNOVA S. K.

The aim of the present investigation is to study the influence of an intravenous laser irradiation of blood on clinical manifestations and quality of life of chronic pancreatitis patients. In total 94 patients were examined. They were divided into the basic (47 patients) and control groups (47 patients). At the patients of the basic group intravenous laser irradiation of blood was combined with the medicinal therapy. The control group received only medicinal treatment.

The analysis of general questionnaire SF-36 at admission has taped decrease of life quality of chronic pancreatitis patients in the exacerbation phase. Including of intravenous laser irradiation of blood in complex therapy of chronic pancreatitis patients promoted authentic and faster controlling of the basic clinical syndromes, improvement of quality of life.

Key words: chronic pancreatitis, intravenous laser irradiation of blood, quality of life

© Коллектив авторов, 2011

УДК 016-007.17:616.133.331:577.486

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМНЫХ ДИСПЛАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В. М. Яковлев, А. В. Ягода, Е. Г. Бакулина

Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время в клинике внутренних болезней вопросы диагностики и прогнозирования генетически детерминированных и врожденных системных дисплазий соединительной ткани находятся на стадии поиска окончательного решения. Разработка и внедрение в практику новых методов и методологий исследования больного сформировали в современной клинической медицине новые подходы к диагностике, лечению, профилактике и изменили клиническое мышление практического врача. Прогресс диагностических и информационных технологий изменил не только селективный подход в оценке информации и верификации заболеваний внутренних органов, но позволил перейти на новый уровень комплексной и системной диагностики и прогнозирования. Широкое использование компьютерных визуальных и информационных технологий сместило клиническую мысль практикующего врача в техницизм

и доказательную объективизацию структурных и функциональных изменений при внутренней патологии, в том числе при системных генетически детерминированных и врожденных дисплазиях соединительной ткани.

Одной из основных целей диагностики является познание сущности и закономерностей патогенетического процесса на основании имеющихся признаков, их взаимосвязей и взаимодействий. Диагностика и прогнозирование системных дисплазий соединительной ткани не отвечает существующим принципам клинической медицины. В рекомендациях, разработанных комитетом экспертов ВНОК [3], в разделе «Принципы диагностики наследственных нарушений соединительной ткани» рассматриваются лишь общие клинические подходы, т.е. полностью отсутствуют такие позиции, как этиология и патогенез, обоснование диагноза, дифференциация генетически детерминированных и врожденных, а также сочетанных вариантов и ассоциированной патологии, указания на то, что системные дисплазии соединительной ткани являются фактором риска.

В деятельности практического врача всегда присутствует необходимость внедрения научной системы в клиническую диагностику, прогнозирование наследственных и приобретенных заболеваний. Познание генетически детерминированной и врожденной дисплазии соединительной ткани необходимо начинать с анализа причины возникновения (этиологии) клинического синдрома, аномалии развития и ассоциированной патологии. Если учитывать, что генная или врожденная (тератогенная) причина системной дисплазии определена по принадлежности, эта задача диагностического процесса решается наиболее просто. Этиология не-

Яковлев Виктор Максимович, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической физиологии, кардиологии с курсом интроскопии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 359662; e-mail: skkdc@skkdc.ru.

Ягода Александр Валентинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 295309, 9064907330; e-mail: alexander.yagoda@gmail.com.

Бакулина Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача краевого клинического консультативно-диагностического центра; тел. 89624532865; e-mail: skkdc@skkdc.ru.