



Рис. Алгоритм выявления и диагностики туберкулезного менингита в общей лечебной сети

ЛИТЕРАТУРА

1. Внелегочный туберкулез / Под ред. А. В. Васильева. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. — 568 с.
2. Кочеткова Е. Я., Сельцовский П. П. // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 4. — С. 68—70.
3. Покровский В. И., Литвинов В. И., Ловачева О.В., Лазарева О.Л. Туберкулезный менингит. — М., 2005. — 244 с.

Контактная информация

Гагарина Светлана Геннадиевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиопульмонологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: g.a.g.79@mail.ru

УДК 616.33+616.342

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л. Л. Куличенко, И. Ю. Колесникова, С. И. Краюшкин

*Волгоградский медицинский государственный университет,
кафедра амбулаторной и скорой медицинской помощи*

Представлены результаты сравнительной оценки вариабельности сердечного ритма, качества жизни и психоэмоционального статуса у пациентов с язвенной болезнью, хроническим гастритом и хроническим дуоденитом исходно и через 8 недель терапии.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический дуоденит, вариабельность сердечного ритма, качество жизни, психоэмоциональный статус.

A COMPARATIVE EVALUATION OF PATIENTS WITH CHRONIC DISORDERS OF STOMACH AND DUODENUM

L. L. Kulichenko, I. U. Kolesnikova, S. I. Krajushkin

Results of a comparative evaluation of heart rate variability, quality of life and psychosocial status in patients with peptic ulcer, chronic gastritis and chronic duodenitis initially and after 8 weeks of therapy are presented.

Key words: peptic ulcer, chronic gastritis, chronic duodenitis, heart rate variability, quality of life, psychosocial status.

Необходимость определения степени тяжести течения заболевания, прогнозирования возможного обострения и развития осложнений у больных хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) имеет большое социальное значение. Извест-

но, что срыв компенсации при любом заболевании осуществляется через реакцию напряжения с мобилизацией адренергических механизмов адаптации. В настоящее время для определения состояния адренергических механизмов адаптации изучается вариабель-

ность сердечного ритма (ВРС) [8]. Накоплен большой опыт по выявлению связи ВРС с нейрогуморальной регуляцией и адаптивными реакциями организма человека на стресс [1, 5, 6, 8]. Имеются лишь единичные работы о состоянии вегетативной нервной системы, по данным вариационной пульсометрии, у больных язвенной болезнью желудка и ДПК в различные периоды заболевания [6, 7]. Изучение вегетативного гомеостаза у лиц с хроническими заболеваниями желудка и ДПК может определять прогноз заболевания, так как известно, что у больных с преобладанием симпатической нервной системы процесс заживления язв затягивается. Задача прогнозирования будет сводиться к распознаванию степени преобладания симпатической или парасимпатической вегетативной нервной системы в комбинации с изучением качества жизни [2, 4, 9] и психологического статуса [3, 6] пациента.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сравнительная оценка диагностической значимости типов вегетативной регуляции, психологического статуса и качества жизни у больных хроническими заболеваниями желудка и ДПК в зависимости от выраженности морфологических изменений слизистой оболочки.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен набор 159 больных в возрасте 20—60 лет с язвенной болезнью (ЯБ) желудка (28 чел.), ЯБ ДПК (57 чел.), хроническим поверхностным гастритом (ХГ) (28 чел.), хроническим гастродуоденитом (ХГД) (33 чел.), в том числе хроническим эрозивным гастродуоденитом (ХЭГД) (14 чел.), болезнью оперированного желудка (БОЖ): язва культи желудка (13 чел.). Основные критерии исключения: пациенты с сопутствующими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь сердца, случаи или периоды частых экстрасистолий, пароксизмальных тахикардий, мерцательная аритмия, сахарный диабет), при которых существенно может изменяться вегетативный гомеостаз. Протокол исследования включал: клинический осмотр, эндоскопическое исследование с биопсией, анкетирование с помощью специализированного гастроэнтерологического опросника (госпиталь Лидда, Великобритания) для выявления симптомов заболевания, исследование вариабельности сердечного ритма, оценка качества жизни и психологического статуса. Обследование проводилось исходно и через 8 недель после начала терапии. Клинически оценивались частота и выраженность болевого синдрома, частота возникновения ночных болей в эпигастрии, частота и выраженность диспептических симптомов, наличие осложнений. У всех пациентов оценивалась обсемененность слизистой оболочки желудка и ДПК *H. pylori* (с помощью дыхательного уреазного теста, анализ кала методом полимеразной цепной реакции).

Исследование вариабельности сердечного ритма проводилось с помощью записи электрокардиограм-

мы (ЭКГ) в течение 5 мин: исследование общей вариабельности с помощью статистических методов анализа и временного анализа; исследование периодических составляющих вариабельности сердечного ритма с помощью спектрального анализа; определение вегетативной реактивности с помощью функциональной (ортостатической) пробы. По данным вариационной пульсометрии, основанной на мониторинговании кардиоинтервалов, вычислялись: индекс напряжения регуляторных систем (ИН), индекс вегетативного равновесия, показатель адекватности процессов регуляции, вегетативный показатель ритма.

Оценка качества жизни (КЖ) проводилась по результатам общего опросника «SF-36 Health Status Survey», опросника «Nottingham Health Profile» и адаптированного опросника для гастроэнтерологических больных (тест РКНЦ АМН).

Оценка психологического статуса пациентов основывалась по результатам адаптированного опросника Айзенка (для выявления интраверсии-экстраверсии пациента); шкалы личностной самооценки Ч. Д. Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина (для выявления личностной и реактивной тревожности); шкалы депрессии Бека (для выявления наличия или отсутствия различных вариантов депрессии пациента).

Сравнительная оценка пациентов согласно протоколу проводилась в зависимости от поставленного клинического диагноза. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью стандартных программ Microsoft Office Excel 2000 и Statistic 6.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных составил $(45,1 \pm 4,2)$ лет. Общая инфицированность *H. pylori* составила при ЯБ ДПК 93,3 %, при ЯБ желудка 67,6 %, при ХГЭД 85,8 %, при БОЖ 56,7 %.

При оценке вегетативного статуса в 9,72 % всех случаев выявлена ваготония (ИН = $36,65 \pm 10,62$); в 26,38 % случаев — эйтония (ИН = $91,34 \pm 22,8$); в 63,88 % — симпатикотония. Больные с симпатикотонией были разделены на 2 группы: с умеренной симпатикотонией (ИН = $260,9 \pm 39,1$) и с выраженной симпатикотонией (ИН = $619,96 \pm 105,4$). При всех типах вегетативной регуляции встречались ХГ, ХГД, ЯБ желудка и ДПК, БОЖ (табл.). У больных с ХГ неатрофическим доминировал парасимпатический вегетативный тонус. У больных с ЯБ, как правило, выявлялась симпатикотония. В группе больных с выраженной симпатикотонией выявлялось: осложнение ЯБ ДПК в виде кровотечения (6 чел.), часто рецидивирующее течение ЯБ ДПК (4 чел.) и язва анастомоза на фоне БОЖ (13 чел.). Гиперсимпатикотония может означать, по-видимому, снижение трофических защитных процессов. У больных ЯБ с эйтонией и ваготонией клинически наблюдалась ремиссия. Выявление ваготонии возможно является проявлением суперкомпенсации первичной симпатикотонии.

Оценка вегетативного тонуса

Пациенты	Частота встречаемости, %		
	симпатикотония	ваготония	эйтония
ХГ	18,75	62,5	18,75
ХГД, в т. ч. ХЭГД	33,7	44,5	22,2
ЯБ желудка	50,1 (умеренная)	16,6	33,3
ЯБ ДПК	38,14 (умеренная) и 9,52 (выраженная)	19,04	33,3
БОЖ	41,95 (выраженная)	9,3	48,75

Результаты оценки вегетативной реактивности показывают, что у подавляющего числа больных она была инвертирована, причем у 9,52 % больных ЯБ ДПК и 69 % больных ХЭГД — в сторону преобладания гиперсимпатикотонического варианта ($p < 0,001$), что свидетельствует о напряженности адаптационно-компенсаторных механизмов.

Наиболее высоким КЖ было у пациентов с легким течением ЯБ ДПК, давностью заболевания 1—2 года. Наиболее низкое КЖ было у пациентов с тяжелым течением ЯБ желудка, давностью 5—9 лет. На фоне обострения ЯБ желудка отмечалось снижение показателей общего состояния здоровья ($GH = 59,4 \pm 3,1$) и физического компонента здоровья ($44,3 \pm 5,1$). Показатели жизненной активности и социального функционирования снижались до $VT = 35,6 \pm 9,07$ и $SF = 44,8 \pm 3,1$ по сравнению с пациентами ЯБ ДПК ($VT = 59,1 \pm 3,56$ и $SF = 80,81 \pm 4,7$). У пациентов с ЯБ ДПК менее измененными были показатели психического здоровья ($MN = 65,8 \pm 2,25$). У больных с часто рецидивирующим течением ЯБ показатель социального функционирования ($SF = 47,8 \pm 3,53$) снижился в 1,5 раза по сравнению с редко рецидивирующим ($SF = 60,8 \pm 5,2$) течением. Женщины независимо от формы эрозивно-язвенного поражения (ЯБ или ХЭГД) указывали на более низкое качество жизни, как активной, так и повседневной, чем мужчины, причем количество их с возрастом закономерно увеличивалось.

Обращают на себя внимание выявленные отклонения в психоэмоциональной сфере. Так, у больных с обострением ХГ, ХГД, ХЭГД выявляются низкая личностная тревожность ($ЛТ_{cp} = 22,7$), отсутствие или начальные симптомы депрессии ($Д_{cp} = 11,2$). У больных с неосложненным течением ЯБ желудка и ЯБ ДПК выявляются умеренная личностная тревожность ($ЛТ_{cp} = 34,5$), начальные симптомы депрессии ($Д_{cp} = 19,3$), при этом больший удельный вес принадлежал личностной тревоге ($ЛТ = 49,1 \pm 3,16$), нежели реактивной ($РТ = 40,61 \pm 0,79$). У больных с БОЖ выявляется умеренная тревожность ($ЛТ_{cp} = 37,4$), депрессия легкой степени ($Д_{cp} = 25$). В фазе ремиссии ЯБ показатели ЛТ и РТ подверглись регрессии незначительно и составили ($40,73 \pm 1,24$) и

($39,08 \pm 1,13$) баллов. При ЯБ ДПК отмечалось повышение степени выраженности личностной тревожности ($r = 0,31$; $p < 0,05$) при выявлении инфицированности *H. pylori*. Начальные симптомы депрессии выявлялись в 60 % случаев ЯБ желудка, в 47,6 % при ЯБ ДПК, в 33,3 % при БОЖ. Депрессия легкой степени у больных с ЯБ желудка встречалась в 20 % случаев, при ЯБ ДПК в 4,76 %, при БОЖ в 45,5 %. Умеренная депрессия — в 20 % при ЯБ желудка, в 9,52 % при ЯБ ДПК, в 22,2 % при БОЖ. После эрадикационной терапии у пациентов с ЯБ желудка и ДПК уровень реактивной тревожности снизился с ($48,61 \pm 2,79$) до ($43,5 \pm 1,86$) баллов ($p < 0,05$), достоверных изменений личностной тревожности получено не было ($с 49,1 \pm 3,16$ до $46,27 \pm 3,97$). У больных с БОЖ после эрадикации уровень депрессивных расстройств сохранялся, что может быть связано с характером проведенного оперативного вмешательства, и имел прямую корреляционную связь при повторном выявлении *H. pylori* ($r = 0,43$; $p < 0,05$).

Эмоциональная неустойчивость определена у 73,2 % всех опрошенных, у 39 % выявлены высокие показатели по шкале нейротизма. На фоне обострения у 53,7 % пациентов с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК установлена инвертированность. При анализе корреляционных связей с параметрами теста Айзенка установлена прямая связь индекса напряжения со шкалой искренности и отрицательная со шкалой невротизма ($p < 0,05$) у пациентов с ЯБ ДПК; менее выражена корреляционная связь у больных с ЯБ желудка.

С учетом выявленных психоэмоциональных нарушений у больных ЯБ нами изучалось влияние анксиолитика афобазола. При добавлении в схему эрадикационной терапии 35 больным ЯБ афобазола в дозе 30 мг/сут в течение 4 недель болевой синдром и диспепсические явления исчезали быстрее, чем в группе сравнения. По результатам курсовой терапии афобазолом у 80 % пациентов отмечено повышение суммы баллов КЖ опросника SF-36 ($p < 0,05$). У большинства обследованных больных на фоне приема афобазола уменьшалась или устранялась личностная и реактивная тревожность, напряженность, так, показатели ЛТ и РТ составили ($38,73 \pm 1,24$) и ($32,08 \pm 1,13$) баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У всех обследованных больных установлено нарушение вегетативного гомеостаза и психологического статуса. По мере увеличения степени выраженности морфологических изменений слизистой оболочки желудка и ДПК (ХГ-ХГД-ЯБ) отмечается повышение вегетативной реактивности в сторону преобладания симпатического отдела вегетативной нервной системы, наиболее выраженное у больных с осложненным течением язвенной болезни (кровотечение, часто рецидивирующее течение). Это отражает значительную напряженность адаптационных процессов

в организме и обосновывает необходимость обязательной коррекции психовегетативных расстройств у этих больных.

Качество жизни пациентов с ЯБ и хроническим эрозивным гастродуоденитом в первую очередь связано с длительностью заболевания и частотой обострений в год. Развитие дисбаланса между симпатическим и парасимпатическим звеньями вегетативной регуляции может оказывать влияние на проявления качества жизни у больных ЯБ. При обострении ЯБ происходит нарастание тревоги и депрессии.

Изменения психосоматического статуса находятся в тесной зависимости от клинического варианта заболевания (ЯБ желудка, ЯБ ДПК, эрозивным гастродуоденитом, БОЖ). При назначении афобазола в большей степени наблюдается улучшение показателей шкал ЮЖ, а также уменьшается или устраняется тревожность и напряженность.

кого и психовегетативного состояния пациента: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2003. — 26 с.

3. Новикова И. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. // Терапевтический архив. — 2007. — № 1 — С. 61—65

4. Рычкова С. В. // Вестник ВолгГМУ. — 2009. — № 2 (30) — С. 69—70.

5. Стаценко М. Е., Деревянченко М. В., Ксенникова Н. В. // Вестник ВолгГМУ — 2010. — № 2 (34) — С. 46—48.

6. Шкатова Е. Ю., Зарипова К. Р., Вахрушева Я. Л. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — Прил. 1. — С. 152—153.

7. Щипалкина Е. В., Еремина Е. Ю. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — Прил. 1. — С. 472—473.

8. Heart rate variability. Standards of Measurement, Physiological interpretation and clinical use. // Circulation. — 1996. — Vol. 93. — P. 1043—1065.

9. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., et al. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. — MA Boston, 1993.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М., Иванов Г. Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. — М., 2001.

2. Колесникова И. Ю. Качество жизни больных язвенной болезнью и его связь с особенностями соматичес-

Контактная информация

Колесникова Ирина Юрьевна — ассистент кафедры амбулаторной и скорой медицинской помощи, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Kolesnikova.volsmu@gmail.com

УДК 616.33-006.6-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Р. А. Хвастунов, А. Ю. Мудрый, А. Ю. Ненарокомов, А. И. Иванов

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсом онкологии факультета усовершенствования врачей,
Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1*

Выполнено 53 паллиативных трансплевральных резекций желудка и гастрэктомий и 112 дистальных резекций желудка по поводу диссеминированного рака. Послеоперационные осложнения развились у 13 больных в каждой группе [(24,5 ± 5,9) и (11,6 ± 3,0) %, $p > 0,05$]. Умерли в послеоперационном периоде по 1 больному [(0,9 ± 0,9) и (1,9 ± 1,9) %, $p > 0,05$] в каждой из групп. Средняя продолжительность жизни больных составила (15,6 ± 1,7) и (10,3 ± 1,5) мес.

Ключевые слова: рак желудка, кардиоэзофагеальный рак, трансплевральные операции.

THE POSSIBILITIES OF PALLIATIVE SURGERY IN TREATMENT OF CARDIOESOPHAGEAL CANCER

R. A. Khvastunov, A. Yu. Mudryj, A. Yu. Nenarokomov, A. I. Ivanov

Fifty three transpleural partial gastrectomies and total gastrectomies and 112 distal partial gastrectomies were performed. Postsurgical complications were in 13 cases [(24,5±5,9) и (11,6 ± 3,0) %, $p > 0,05$] on either groups. One patient on either groups is dead after operation [(0,9 ± 0,9) и (1,9 ± 1,9) %, $p > 0,05$]. The average life span was (15,6 ± 1,7) months in the first group and (10,3 ± 1,5) months in the second group.

Key words: stomach cancer, cardioesophageal cancer, transpleural surgeries.

Кардиоэзофагеальный рак (КЭР) — злокачественная опухоль проксимального отдела желудка, переходящая на пищевод и характеризующаяся активным лимфогенным метастазированием по лимфатическим

коллекторам как брюшной полости, так и средостения. За последние два десятилетия отмечен рост частоты выявления этой формы рака на фоне уменьшения числа заболевших раком тела и дистального отдела же-