

Т.Н. Курбатова

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (на примере предприятий ОАО ХК «Якутуголь»)

В последнее время заболевания желудочно-кишечного тракта все больше приобретают статус социальных. Одной из распространенных патологий желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения является язвенная болезнь. В нашей стране под диспансерным наблюдением ежегодно состоят около 1 млн. чел. В районах Якутии с преимущественно приезжим населением (Мирнинский, Алданский, Оймяконский, Олёкминский районы) заболеваемость язвенной болезнью составляла 26,7–37,5 на 10 000 населения [5].

Бактерия *Helicobacter pylori* (HP) является важнейшим фактором развития язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Инфицированность населения России бактерией *Helicobacter pylori* очень велика и достигает в таких крупных регионах, как Сибирь, Дальний Восток, Юг России, 80% [1, 2, 6]. В Республике Саха (Якутия) эта проблема остается малоизученной.

Проживание в условиях Крайнего Севера определяет особенности эпидемиологии и клинического течения язвенной болезни, чаще проявляющейся у приезжего населения. В Нерюнгринском районе из общего числа населения лишь 0,9% являются коренными жителями, большинство же – так называемое пришлое население. Развитие и течение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки варьирует в зависимости от климатогеографических и экологических особенностей региона проживания, длительности и условий пребывания, а также социальных, этнических и профессиональных факторов.

Современная медикаментозная курсовая терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, направленная на уничтожение (эрадикацию) *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка инфицированных лиц, может обеспечить безрецидивное течение заболевания, избавить больных от возможных тяжёлых осложнений, а также улучшить качество жизни больного. Проведение эрадикации HP у больных язвенной болезнью является экономически обоснованным и абсолютно необходимым лечебным мероприятием, которое дает не только прогнозируемые клинические и профилактические результаты, но и обеспечивает полное излечение [4, 14].

Клиническая эффективность может быть оценена по показателям качества жизни. Исследования Wilhelmssen I. показали, что эрадикация HP улучшает качество жизни больных. Отдалённые результаты показывают, что даже через 1–3 года у больных значительно улучшаются показатели психического, социального и сексуального функционирования [16, 17].

Рядом авторов выявлена зависимость качества жизни от степени тяжести язвенной болезни: показатели ухудшаются при увеличении длительности и тяжести заболевания [9, 10]. По данным Колесниковой И.Ю. [3], наиболее низкие показатели качества жизни отмечаются у больных с осложнённой язвенной болезнью и при тяжёлом течении заболевания. Снижение показателей качества жизни происходит не только из-за болевых ощущений, но и в результате эмоционального перенапряжения, тревожности, появления депрессивных и ипохондрических черт, невротизации.

Появление в настоящее время большого количества новых доро-

гостоящих препаратов для лечения язвенной болезни, трудности финансирования здравоохранения, а порой и отсутствие средств у пациента для профилактических курсов эрадикационной терапии заставляют думать не только о клинической эффективности лечения заболевания, но и об экономической стороне данной проблемы. Проведение экономического анализа позволит пересмотреть и оптимизировать расходы, связанные с лечением язвенной болезни, улучшить качество проводимой терапии.

В связи с этим **целью исследования** стало изучение клинической и экономической эффективности эрадикационной терапии язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Материалы и методы исследования

Исследование проведено среди 100 больных из числа работников предприятий ХК «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью различной локализации. Все пациенты распределены в зависимости от степени тяжести, характера течения заболевания и наличия осложнений на две группы. В 1-ю группу вошли больные с лёгкой и средней степенью тяжести, во 2-ю – больные язвенной болезнью с тяжёлым течением заболевания, наличием осложнений и рецидивов за время проведения исследования.

Всем больным проведено комплексное обследование, включающее сбор жалоб и анамнез заболевания, лабораторные анализы, фиброэзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка и с определением *Helicobacter pylori* в биоптате с помощью уреазного теста, серологическое исследование сыво-

ротки крови на *Helicobacter pylori*, определение уровней интерлейкинов 1 β , 4, 6, 8 и α -ФНО в сыворотке крови, исследование базальной секреции.

Перед началом исследования и лечения у всех больных проводилось анкетирование по оценке качества жизни с помощью опросника SF-36.

Для экономической оценки лечения больных исследуемых групп проводился анализ общей (полной) стоимости болезни. Это позволило сопоставить стоимость лечения больных в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от степени тяжести язвенной болезни, а также сравнить расходы государства на выплату по листам нетрудоспособности. Для изучения фармакоэкономических затрат на каждого больного заполнялась индивидуальная «экономическая карта» с указанием сведений о временной утрате нетрудоспособности за период наблюдения. Зарегистрированы все случаи стационарного лечения с указанием числа койко-дней. Кроме того, учитывалась информация о способах лечения больных: наименование препарата, разовая и курсовая дозы, применение физиотерапевтических методов с указанием их кратности и длительности. Отмечены случаи оперативного лечения с указанием вида операции, сроков послеоперационного периода. Указывались поддерживающие курсы лечения (назначение и проведение таких курсов для каждого больного).

Статистическая обработка материала проводилась на компьютере с помощью статистического пакета «Statistica for Windows V 6.0». Проверка гипотез о равенстве двух средних независимых групп производилась с помощью t-критерия Стьюдента. При проверке нормальности распределений использовались графики на вероятностной бумаге и, учитывая близость экспериментальных точек к линии, была принята гипотеза о нормальности распределения. Для сравнения относительных величин использовались таблицы сопряженности. При их анализе изучались значения критерия согласия Пирсона (χ^2), достигнутый уровень значимости (p). По величине значения χ^2 отдельных клеток оценивалось наличие связи между изучаемыми признаками.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных больных были 92 мужчины и 8 женщин. Возраст больных первой группы колебался от 18 до 67 лет, средний возраст составлял $38,7 \pm 11,7$ лет, возраст второй группы – от 22 до 60 лет, средний

– $39,2 \pm 11,9$ лет. Лица трудоспособного возраста, то есть женщины до 50 и мужчины до 55 лет, составили основную группу обследованных больных – 91 чел. (91%), что подчеркивает актуальность проведенного исследования.

Анамнестические данные больных каждой группы имели определенные особенности. Так, в группе с язвенной болезнью легкой и средней степени тяжести преобладали больные с продолжительностью заболевания от 3 до 10 лет. Анамнез больных с тяжелым течением язвенной болезни отличался большим разнообразием. Общая длительность заболевания колебалась в пределах до 16 лет. Количество больных с впервые выявленной язвенной болезнью во второй группе было больше.

У всех больных исследуемых групп язвенная болезнь проявлялась язвенноподобной, рефлюксной и системной диспепсиями. Язвенноподобная диспепсия, проявляющаяся болями различной интенсивности, периодичности и локализации, встречалась у 100% исследуемых больных 1-й и 2-й групп. Реже выявлялась рефлюксная диспепсия, которая встречалась в 1-й группе у 26 (52,0%), во 2-й – у 46 больных (92,0%), $p=0,04$. Проявления системной диспепсии были у 10 больных (20,0%) 1-й группы и 26 (52,0%) – 2-й, $p=0,04$.

Однако болевой симптом имел особенности при тяжелом течении язвенной болезни. Так, у 49 больных (98,0%) 2-й группы отмечались постоянные боли в гастродуоденальной зоне. В 1-й группе таких больных было 21 чел. (42,0%) ($\chi^2=3,7$; $df=1$; $p=0,06$). Также у больных 1-й группы реже по сравнению с больными 2-й группы наблюдались ночные и голодные боли: 33 (66,0%) и 48 чел. (96,0%) соответственно ($\chi^2=14,6$; $df=1$; $p=0,001$). Кроме

того, если в 1-й группе боли, связанные с приемом пищи, отмечали 25 пациентов (50,0%), то во 2-й группе такие жалобы отмечали 49 чел. (98,0%) ($\chi^2=29,9$; $df=$; $p=0,001$). В обеих группах с одинаковой частотой наблюдались тупые боли в эпигастрии ($\chi^2=0,1$; $df=1$; $p=0,749$).

Также в группе больных с тяжелым течением язвенной болезни чаще, чем у больных легкой и средней степени заболевания, наблюдались симптомы рефлюксной и системной диспепсии, свидетельствующие о нарушении моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анализ показал, что при легкой и средней степени течения язвенной болезни изжога выявлялась у 23 больных (46,0%), при тяжелом течении – у 32 (64,0%) ($\chi^2=4,1$; $df=1$; $p=0,044$); отрыжка у 15 (30,0) и 27 (54,0) ($\chi^2=5,002$; $df=1$; $p=0,025$); тошнота у 12 (24,0) и 24 (48,0) ($\chi^2=6,250$; $df=1$; $p=0,012$); рвота у 4 (8,0%) и 12 больных (24,0%) соответственно ($\chi^2=4,7$; $df=1$; $p=0,029$).

Симптомы системной диспепсии (диарея, запоры, «неустойчивый» стул) также чаще наблюдались у больных 2-й группы ($\chi^2=14,6$; $df=3$; $p=0,002$). Так, диарея отмечалась в 1-й группе у 5 больных (10,0%), во 2-й у 8 (16,0); запорами страдали 2 (4,0) и 15 (30,0), «неустойчивым» стулом – 3 (6,0%) и 3 (6,0%) больных соответственно.

При анализе частоты обострений за год выявлено, что в 1-й группе преобладали больные с рецидивами реже 1 раза в 2–3 года. Таких больных наблюдалось 16 чел. (32,0%). На втором месте были больные с рецидивами 1 раз в 2–3 года – 11 (22,0%). Больных, у которых обострения наблюдались 1 раз в год, было 3 чел. (6,0%).

Во 2-й группе исследуемых 44% больных имели обострения 1 раз в год, 6 чел. – 1 раз в 2–3 года и 6 чел. – чаще 1 раза в год (рис.1).



Рис.1. Сравнительная характеристика частоты рецидивов у больных в зависимости от степени тяжести заболевания ($p<0,05$)

Все больные, имевшие 2 и более рецидива за исследуемый период, имели высокую степень обсеменённости по уреазному тесту и высокие титры антител к НР по ИФА. Язвенный анамнез отличался большой вариабельностью (от 2 до 15 лет), однако среди этой подгруппы не отмечено больных с впервые выявленной язвенной болезнью.

В группу с тяжёлым течением были отнесены также больные, имевшие в анамнезе осложнения язвенной болезни. Таких больных было 18 чел. (36,0%). У 17 больных (34,0%) были выявлены осложнения в виде язвенного кровотечения и перфорации, по поводу которых больные были прооперированы. У 1 больного (2,0%) выявлен субкомпенсированный пилоробульбарный стеноз. Данный больной имел длительный язвенный анамнез (16 лет) и частые (более 1 раза в год) обострения язвенной болезни. В настоящее время он находится под наблюдением врачей амбулаторной службы.

Язвенное кровотечение имели 9 больных (50,0%, $n=18$), перфорацию язвы – 8 (44,0%, $n=18$). Из 9 больных с язвенным кровотечением в анамнезе 3 имели длительный «язвенный стаж» – 9 и более лет. У 6 больных язвенная болезнь манифестировала язвенным кровотечением. 2 больных из этой подгруппы имели кровотечение из язвы желудка, 7 – из язвы двенадцатиперстной кишки. Пробождение язвы выявлено у 8 больных. Среди этих больных язвенная болезнь выявлена впервые у 7 больных. 1 больной страдал язвенной болезнью в течение 7 лет. Все 8 человек имели пробождение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Всем больным помимо анализа клинического течения заболевания проводились дополнительные обследования: определение кислотности желудочного сока методом внутрижелудочной экспресс – pH-метрии, определение *Helicobacter pylori* в биоптате слизистой оболочки желудка с помощью уреазного теста и серологическим методом. Достоверность уреазного теста усиливалась методом ИФА-диагностики.

При сравнении состояния желудочной секреции у больных исследуемых групп выявлены следующие особенности (табл.1). Гиперацидное состояние чаще выявлялось у больных 1-й группы – 27 больных (54,0%), что на 24% больше, чем во 2-й группе – 15 чел. (30,0%). Ан- и гипоацидное состояние чаще отмечалось у боль-

Кислотность желудочного сока больных исследуемых групп

Кислотность в базальных условиях	1-й группа ($n=50$)		2-й группа ($n=50$)	
	n	%	n	%
Гиперацидное состояние	27	54,0	15	30,0
Нормоацидное состояние	12	24,0	3	6,0
Гипоацидное состояние	8	16,0	20	40,0
Анацидное состояние	3	6,0	12	24,0

ных 2-й группы – 32 чел. (64,0%), что значительно превосходит количество аналогичных больных в 1-й группе. Нормоацидное состояние чаще встречалось в 1-й группе, во 2-й таких больных было всего 3 (6,0%), что в 4 раза меньше по сравнению с 1-й группой ($\chi^2=19,4$; $df=3$; $p=0,001$).

При проведении эндоскопического исследования в начале исследования всем больным проводилось определение *Helicobacter pylori* в биоптате слизистой оболочки желудка уреазным тестом.

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни преобладала высокая степень обсеменённости – 34 чел. (68,0%), что, вероятно, и способствовало тяжёлому течению заболевания. У больных с лёгкой и средней степенью заболевания преобладала средняя степень обсеменённости – 35 больных (70,0%), поэтому сроки эрадикации и лечения, а, следовательно, и временной утраты нетрудоспособности у этих больных были меньше. Низкая (или слабая) обсеменённость выявлялась у 3 больных 1-й группы (6,0%) и у 2 (4,0%) – 2-й ($\chi^2=19,7$, $df=2$, $p=0,001$). Больные с отрицательными данными уреазного теста в группы исследуемых не включались.

Для дополнительного подтверждения инфицированности *Helicobacter pylori* всем больным проведен ИФА на антитела к НР (табл.2).

Во 2-й группе имели титр антител по данным ИФА более 1:20 (сильно положительный) 33 больных (66,0%). В 1-й группе наибольшее количество больных (26 чел. – 52,0%) имели средние титры антител. Причем, по данным уреазного теста, все больные, как 1-й, так и 2-й группы, имели высокую и среднюю степень обсеменённости. У 2 больных (4,0%) 2-й группы, имевших отрицательный результат ИФА-метода, уреазный тест выявил высокую степень обсеменённости, что объяснялось коротким язвенным анамнезом, манифестацией заболевания в виде пробождения (1 чел.). У 2 больных 1-й группы выявлен отрицательный результат ИФА, а по уреазно-

му тесту у лиц с впервые выявленным диагнозом язвенной болезни имелась средняя степень обсеменённости. У всех больных 1-й и 2-й группы, имевших сомнительный результат методом ИФА, уреазный тест выявил среднюю и низкую степень обсеменённости, а также имело место повышение уровня интерлейкинов, что позволило оставить данных пациентов в группе для дальнейшего наблюдения.

По данным ИФА-диагностики высокие титры антител (сильно положительный и положительный результаты) имели 80,0 и 86,0% больных 1-й и 2-й групп соответственно ($\chi^2=16,1$, $df=4$, $p=0,003$).

Для изучения иммунного статуса у исследованных больных проведено определение уровня интерлейкинов ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 и цитокина α -ФНО. Повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, α -ФНО) отмечено у 48 больных (96,0%) 1-й группы и у 31 (62,0%) – 2-й ($p=0,1$). Повышение уровня противовоспалительного интерлейкина ИЛ-4 выявлено у 14 больных (28,0%) 1-й группы и у 5 (10,0%) – 2-й ($p=0,13$). Однако у 2 больных (4,0%) 1-й группы и 19 больных (38,0%) 2-й группы не отмечено повышения интерлейкинов и цитокина α -ФНО ($p=0,007$). Показатель вероятности в последнем случае менее 0,05, что свидетельствует о существовании статистически значимых различий в подгруппах больных с отсутствием изменений уровня интерлейкинов и цитокина α -ФНО. Из вышесказанного можно сделать предварительное за-

Таблица 2

Обсеменённость НР по данным ИФА

Результат	1-я группа ($n=50$)		2-я группа ($n=50$)	
	n	%	n	%
Сильно положительный	14	28,0	33	66,0
Положительный	26	52,0	10	20,0
Слабоположительный	3	6,0	3	6,0
Сомнительный	5	10,0	2	4,0
Отрицательный	2	4,0	2	4,0

Таблица 3

Обсеменённость НР по данным уреазного теста при контрольном исследовании

Степень обсеменённости	1-й группа (n=50)		2-й группа (n=50)	
	п	%	п	%
Высокая (+++)	—	—	—	—
Средняя (++)	—	—	2	4,0
Низкая (+)	5	10,0	11	22,0
Отрицательный результат (—)	45	90,0	37	74,0

ключение, что отсутствие реакции иммунной системы у больных с тяжёлым течением язвенной болезни обуславливает тяжесть течения заболевания, наличие осложнений, удлинение сроков рубцевания язвенного дефекта.

Морфологическая картина биоптатов антрального отдела и тела желудка больных обеих исследуемых групп была представлена поверхностным антрум-гастритом, пангастритом антрального отдела и атрофическим антрум-гастритом.

В группе больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни преобладали больные с поверхностным антрум-гастритом – 86,0%. Атрофический антрум-гастрит выявлен у 14,0% больных. Пангастрит антрального отдела желудка у больных 1-й группы выявлен не был. Лимфоидные фолликулы выявлены в биоптатах у 4,0% больных.

В группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни преобладали больные с атрофическим антрум-гастритом – 62,0%. На втором месте были больные с поверхностным антрум-гастритом – 34,0%. Явления пангастрита антрального отдела желудка выявлены у 4,0% больных. Лимфоидные фолликулы отмечались у 14,0% больных.

При сравнении данных биопсии антрального отдела и тела желудка выявлено, что у 84,0% больных 1-й группы и 96,0% 2-й данные морфологической картины двух этих биоптатов совпадали. Из 8 больных 1-й группы у 2 больных при биопсии антрального отдела выявлен поверхностный антрум-гастрит, а при биопсии тела желудка изменений не отмечено. Кроме того, у 4 больных, у которых имелся поверхностный антрум-гастрит, выявлен атрофический гастрит тела желудка. У 2 больных с поверхностным антрум-гастритом биопсия тела желудка выявила пангастрит.

Только у 2 больных 2-й группы данные биопсии антрального отдела

и тела желудка различались. Так, у 1 больного с атрофическим антрум-гастритом при биопсии тела желудка выявлен поверхностный гастрит, а у 1 больного с антрум-пангастритом выявлен при биопсии тела желудка поверхностный гастрит.

Из сказанного можно сделать заключение, что тяжёлое течение язвенной болезни сопровождается атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка со значительным снижением секреторной функции желудка.

Следует отметить, что при поверхностном гастрите у больных 1-й и 2-й групп выявлялось гипо-, нормо- и гиперацидное состояние желудочно-го сока, при атрофическом гастрите – гипо- и анацидное. При пангастрите у больных 2-й группы выявлены гипер- и нормоацидное состояния.

Изучение клинической эффективности лечения

Клиническая эффективность лечения больных оценивалась по срокам купирования язвенноподобной, системной и рефлюксной диспепсий, сравнением данных уреазного теста до и после лечения, а также сравнением показателей качества жизни до и после лечения.

У больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни купирование болей наблюдалось на 5–15 день лечения, средние сроки $10,8 \pm 0,41$ дней ($n=50$). Рефлюксная и системная диспепсии купированы у этой группы больных на 2–12 день лечения, средние сроки $5,9 \pm 0,39$ дней ($n=50$).

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни купирование болей наблюдалось на 7–29 день лечения, средние сроки $15,3 \pm 0,68$ дня ($n=50$). Рефлюксная и системная диспепсии купированы на 5–30 день лечения, средние сроки $11,8 \pm 0,79$ дней ($n=50$).

При сравнении сроков купирования болей следует отметить, что для 2-й группы больных характерны более длительные боли. Разница составляет в среднем 4,5 дня ($p=0,001$).

Различия в сроках купирования рефлюксной и системной диспепсий составили 5,9 дней ($p=0,001$). Длительные сроки купирования болей и диспепсий во 2-й группе обуславливались наличием осложнений и выраженных функционально-морфологических сдвигов в слизистой оболочке желудка.

Объективным методом контроля лечения служил уреазный тест, проведённый через 1–1,5 месяца после

Таблица 4

Сравнительный анализ показателей качества жизни до лечения в зависимости от степени тяжести язвенной болезни

Название шкалы по SF-36	Больные с лёгкой и средней степенью течения	Больные с тяжёлым течением	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	49,2±2,7	26,4±1,9	0,0000
РФФ	54,0±3,7	11,5±1,8	0,0000
ИБ	32,6±2,4	20,8±1,7	0,0001
ОЗ	45,8±2,6	29,2±1,6	0,0000
ЖА	27,0±2,4	18,3±1,9	0,0043
СФ	40,0±2,3	28,6±1,7	0,0000
РЭФ	58,0±4,6	21,3±2,3	0,0000
ПЗ	41,8±1,9	30,6±1,7	0,0000
СФЗ	42,6±0,8	40,3±0,6	0,0241
СПЗ	35,2±1,01	29,5±0,7	0,0000

Примечание. Полное название шкал в табл.4 и 5 см. в тексте.

завершения эрадикационной терапии (табл.3).

В 1-й группе полная излеченность достигнута у 90,0%, во 2-й – у 74,0% ($p=0,04$). Неполная излеченность – у 10,0 и 22,0% в 1-й и 2-й группах соответственно ($p=0,16$).

Для оценки качества жизни при первичном осмотре больных исследуемых групп и при контрольном проведении ФГДС через 1 месяц после выписки заполнялся общий опросник SF-36. Изучались следующие параметры: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Каждая шкала содержит от 2 до 10 подпунктов. Объединяются все шкалы с помощью двух суммарных измерений: суммарное психологическое здоровье (СПЗ) и суммарное физическое здоровье (СФЗ).

Как представлено в табл.4, в группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни показатели качества жизни до лечения снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания ($p<0,05$).

После проведённого лечения через 1 месяц после выписки из стационара больным исследуемых групп было предложено повторно заполнить анкету по оценке качества жизни SF-36 (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительный анализ показателей качества жизни в зависимости от степени тяжести язвенной болезни после лечения

Название шкалы по SF-36	Больные с лёгкой и средней степенью течения	Больные с тяжёлым течением	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	81,9±2,7	69,9±4,1	0,0315
РФФ	74,0±4,7	66,0±4,9	0,2739
ИБ	75,8±3,2	55,9±3,6	0,0000
ОЗ	72,5±2,8	62,4±2,9	0,0100
ЖА	73,6±2,8	62,6±2,9	0,0049
СФ	81,5±2,9	65,8±3,3	0,0027
РЭФ	80,7±4,4	71,4±4,8	0,1600
ПЗ	78,5±2,0	69,4±2,0	0,0039
СФЗ	48,3±0,8	45,8±1,3	0,0000
СПЗ	52,5±1,1	47,9±1,5	0,0000

Как следует из табл.5, в группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни показатели качества жизни так же, как и до лечения, снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания ($p < 0,05$). У больных с тяжёлым течением язвенной болезни даже после проведённого лечения длительно сохраняются признаки социальной дезадаптации.

Фармакоэкономические затраты определялись методом анализа общей стоимости болезни. Клинико-экономический анализ начинался с идентификации и расчёта прямых и косвенных затрат.

Прямые затраты, обозначенные как DC (Direct costs), определялись как непосредственные расходы, связанные с оказанием медицинской помощи (все издержки, понесённые системой здравоохранения и ОМС). Непрямые затраты (IC – indirect costs) связаны с потерей трудоспособности пациентом на время лечения в стационарах и поликлиниках.

$DC = РСЛ + СПМУ + СЛС + СО + СМП + ССТ$, где РСЛ – расходы на стационарное лечение, СПМУ – стоимость профессиональных медицинских услуг, СЛС – стоимость лекарственных средств, СО – стоимость обследования, СМП – стоимость медицинских процедур, ССТ – стоимость санитарного транспорта.

Сравнительная характеристика прямых расходов на лечение больных исследуемых групп представлена на рис. 2.



Рис.2. Сравнительная характеристика прямых расходов (в рублях) на лечение больных язвенной болезнью в зависимости от степени тяжести

Косвенные затраты рассчитывались по средней стоимости 1 дня временной утраты трудоспособности для работников ХК «Якутуголь» по данным отдела социального страхования по г. Нерюнгри РС(Я) на конец 2005, 2006 гг.

Косвенные затраты на оплату больничных листов пациентов 1-й группы составили 794 995,83 руб., 2-й группы – 123 9527,14 руб.

Показатель стоимости болезни вычислен по формуле:

$$COI = DC + IC,$$

где COI – показатель стоимости болезни, DC – прямые затраты, IC – косвенные затраты.

COI для больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни составляет 1526 954,45 руб., для больных с тяжёлым течением – 2455 219,45 руб. Разница составляет 928 265,0 руб. Общая стоимость лечения тяжёлой степени язвенной болезни в 1,6 раза дороже, чем при лёгкой и средней степени тяжести.

С учётом вышеизложенного можно сделать заключение, что наиболее яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, выраженными проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжёлым течением язвенной болезни.

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни обострения заболевания возникают чаще, характерно наличие осложнений в виде язвенного кровотечения, прободения язвенного дефекта, пилоробульбарного стеноза. В группе с тяжёлым течением язвенной болезни преобладали больные с атрофическим гастритом с гипо- и анацидной кислотностью желудочного сока и с высокой степенью обсеменённости НР. У больных 1-й группы чаще выявлялось повышение уровня

интерлейкинов и цитокина α -ФНО. Отсутствие реакции иммунной системы у больных с тяжёлым течением язвенной болезни обуславливает тяжесть течения заболевания, наличие осложнений, длительность рубцевания язвенного дефекта.

Полная излеченность по результатам уреазного теста в 1-й группе была выше, чем во 2-й.

Во 2-й группе больных показатели качества жизни до лечения снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести. Однако значительных различий по шкале суммарного физического здоровья (СФЗ) не получено. Возможно, это связано с тем, что анкета КЖ заполнялась перед началом лечения, когда субъективное физическое здоровье больных обеих групп существенно не отличалось. Разница показателей по суммарному психологическому здоровью (СПЗ) имеет большие различия, чем СФЗ, так как больные с тяжёлым течением язвенной болезни страдают сильнее психологически. Связано это с выраженной клинической симптоматикой и имеющимися осложнениями.

После лечения во 2-й группе больных показатели качества жизни также снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания. Следует отметить, что нет особых отличий в показателях физического здоровья пациентов до и после лечения. Между тем показатели психологического здоровья после лечения значительно отличаются от таковых до лечения. Это говорит о том, что при язвенной болезни больные больше страдают психологически и их социальная адаптация значительно хуже, чем у здорового населения, что соответствует литературным данным [8].

Фармакоэкономические затраты на лечение больных с тяжёлым течением язвенной болезни в 1,6 раза превышают затраты для лечения больных с лёгкой и средней степенью заболевания. Аналогичные тенденции наблюдаются как для общей стоимости заболевания, прямых и непрямых затрат, так и для отдельных статей.

Литература

1. Аршин Л.И. Структурные и гистохимические изменения слизистой оболочки двенадцатипёрстной кишки при язвенной болезни / Л.И. Аршин, В.С. Горюшинская // Терапевтический архив. – 1986. – Т. 49. – 33. – С. 9–15.
2. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. – М., 1985. – 255с.
3. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни / И.Ю. Колесникова // Клиническая медицина. – 2001. – №6. – С. 44–47.
4. Котлукова Т.В. Фармакоэкономические аспекты лечения язвенной болезни / Т.В. Котлукова, Е.А. Ушкалова // Вестник РУДН. – 2000. – №1. – С. 93–95.
5. Кривошапкин В.Г. Очерки внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.
6. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.
7. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Кайнд. – СПб., 1999 г. – 139 с.
8. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М., 2002 г. – 313 с.
9. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клинико-психологических методов в гастроэнтерологии / Я.М. Рутгайзер // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 6. – С. 38–45.
10. Рутгайзер Я.М. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике / Я.М. Рутгайзер, А.Г. Михайлов // Клиническая медицина. – 1999. – № 3. – С.35–38.
11. Lain L. Has the impact of Helicobacter Pylori therapy on ulcer recurrence in the United State been overstated? A meta – analysis of rigorously designet trials / L. Lain, R. Hopkins, S. Girardi // Am. J. Gastroenterology. – 1998. – Vol. 93. – P. 1409–1415.
12. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – 704 p.
13. Price A.B. The Sydney system: histological division / A.B. Price // J. Gastroenterol., Hepatol. – 1991. – Vol. 6, № 3. – P. 209–222.
14. Reifen R. Helicobacter pylori infection: is there specific symptomatology? / R. Reifen [et al.] // Dig. Dis. Sci. –1994. – Vol. 39. – P. 1488–1492.
15. Ware J.E. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) / J. E. Ware, C.D. Shubouene // Med. Care. – 1992. - Vol. 30. - P. 473–483.
16. Wilhelmsen I. Quality of life and relapse of duodenal ulcer before and after eradication of Helicobacter pylori / I. Wilhelmsen, A. Berstad // Scand. J. Gastroenterol. – 1994. – Vol. 29. – P. 874–879.
17. Wilhelmsen I. Quality of life and Helicobacter pylori eradication / I. Wilhelmsen // Jbid. – 1996. – Vol. 31, suppl. 221. – P. 18– 20.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.423–004-031;611.638/.64]-035.1

В этом сообщении мы хотим осветить показания и противопоказания к оперативному лечению лимфофиброматоза наружных половых органов, разработать определенную методику операций.

Показаниями к операции мы считаем следующее:

1. Врожденное нарушение лимфообращения наружных половых органов.
2. Наличие стойкого прогрессирующего отека.
3. Резкое увеличение размеров и деформация наружных половых органов с хроническим нарушением лимфообращения, сопровождающиеся многократными рецидивами рожистого воспаления.

Противопоказаниями к оперативному лечению являются резко ослабленные больные, больные с гипохромной анемией, раковыми заболеваниями и активной формой туберкулеза легких.

СИВЦЕВ Василий Васильевич – к.м.н., хирург-уролог высшей квалиф. категории, доцент МИ ЯГУ.

В.В. Сивцев

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОФИБРОМАТОЗА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ*

Предлагаемая нами тактика хирургического лечения лимфофиброматоза наружных половых органов разработана в результате критической оценки и анализа методов, имеющих в настоящее время в литературе.

При этом мы стремились найти наиболее оптимальный метод лечения, отвечающим следующим требованиям:

- Физиологичность и простота метода операции.
- Радикальное удаление патологически измененных тканей как профилактика возможного рецидива заболевания.
- Достижение наиболее благоприятного функционального и косметического результатов.

Как известно, при слоновости наружных половых органов в патологический процесс незначительно вовлекаются кожа и подкожная клетчатка промежности и основания мошонки, наружный и внутренний листок крайней плоти, кожа лобковой области и корня полового члена, кавернозные тела полового члена, яички с придатками и семенными канатиками. Нам

кажется, что это можно объяснить ходом лимфатических сосудов, которые на коже полового члена и мошонки вливаются в поверхностные медиальные паховые лимфатические узлы, а лимфатические сосуды внутреннего листка крайней плоти, кавернозных тел, яичек анастомозируют с глубокими лимфатическими сосудами и узлами, которые фактически не поражаются при лимфофиброматозе.

Лечение лимфофиброматоза наружных половых органов может быть только хирургическое. В качестве предоперационной подготовки нами проводилась патогенетическая консервативная терапия по методу А.В.Вишневого, включающая в себя паранефральную новокаиновую блокаду с наложением на половые органы масляно-бальзамической повязки. Это позволяло уменьшить отек, снять раздражение кожных покровов и улучшить трофику тканей, что способство-

* В «ЯМЖ» №4 2007 г. (с.56-57) автор ознакомил с клиническими методами обследования больных данным заболеванием.