

Для этого наряду с общепринятой медикаментозной терапией в лечении 450 пациентов в возрасте 60–85 лет использовали курсы криоафереза (КА) и термической преципитации аутоплазмы (ТП).

Результаты исследования: независимо от видов клинической манифестации атеросклеротического повреждения, включение в комплексную терапию методов КА и ТП позволяет добиться 3 кратного увеличения степени эндотелийзависимой вазодилатации. При этом, эффект КА в первую очередь обусловлен удалением из крови атерогенных липопротеинов (на 46–52%), грубодисперсных белков, провоспалительных цитокинов и продуктов деградации фибриногена. Применение ТП сопровождается удалением термолабильных факторов свертывания, фибриногена и продуктов его деградации, снижением коагуляционного потенциала и вязкости плазмы, антиагрегационным эффектом.

Показана клиническая эффективность КА у пациентов с артериальной гипертензией, стабильной стенокардией, дисциркуляторной энцефалопатией 1 ст. атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей при отсутствии язвенных дефектов. Наиболее выраженный эффект наблюдается у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом II типа. При наличии выраженного повышения коагуляционно-агрегационного потенциала крови вне зависимости от формы осложнений атеросклероза показано применение ТП. Повышение выраженности клинического эффекта КА и ТП на 58% и его длительности 93% в сравнении с общепринятыми методами медикаментозной терапии показана у пациентов с различными формами атеросклеротического поражения сосудов.

Заключение: патогенетически обоснованное дополнение комплексной медикаментозной терапии полуселективными преципитационными технологиями экстракорпоральной гемокоррекции позволяет существенно улучшить функции сосудистого эндотелия у пациентов с клиническими проявлениями атеросклеротического поражения сосудов. Это вносит существенный вклад в результаты лечения пожилых пациентов и повышает качество их жизни.

#### АНАЛИЗ СООТНОШЕНИЯ ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ФЕРРУМ ЛЕК И ФЕНЮЛЬС У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Н.И. Некрасова, А.А. Доркина, П.А. Воробьев

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», Москва

Цель исследования. Оценить клинко-экономическую эффективность препаратов Феррум лек (Lek d.d., Словения) и Фенюльс (Ranbaxu, Индия) при лечении больных пожилого и старческого возраста с железодефицитной анемией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 132 больных железодефицитной анемией в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 69,11 ± 6,39 лет), из них 102 женщины (77,27%) и 30 мужчин (22,73%). Все больные методом проспективной рандомизации были разделены на 2 группы: 1 группа – больные, получающие препарат Феррум лек: 66 пациентов в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 69,23 ± 6,86 лет), из них 50 женщин (75,76%) и 16 мужчин (24,24%); 2 группа – больные, получающие препарат Фенюльс: 66 пациентов железодефицитной анемией в возрасте от 61 до 84 лет (средний возраст 68,94 ± 5,95 лет), из них 52 женщины (78,79%) и 14 мужчин (21,21%). Клинко-экономическая эффективность оценивалась по анализу соотношения затраты/эффективность. Показателями затрат явились средние общие затраты на ведение пациента (лекарственные препараты, медицинские услуги, продолжительность лечения), а также стоимость прироста 1 г/л гемоглобина в крови за время терапии.

Результаты. На основе полученных данных об общих затратах на группу пациентов и показателях эффективности были рассчитаны показатели «затраты–эффективность», как отношение общих затрат на ведение пациентов для всей группы к количеству пациентов в группе у которых достигнут положительный клинический эффект. Показатель «затраты–эффективность» по критерию эффективности «достижение уровня гемоглобина 110 г/л» (руб. на достижение 1 случая положительного результата) составил при применении Феррум лек 3712,4 руб., при применении Фенюльса – 4118,65 руб. Показатель «затраты–эффективность» по критерию эффективности «достижение целевого уровня гемоглобина (Hb = 120 г/л)» (руб. на достижение 1 случая положительного результата) составил при применении Феррум лек 4255,68 руб., а при применении Фенюльса – 5990,76 руб. Средняя стоимость достижения прироста 1 г/л гемоглобина составил при лечении Феррум лек 144,05 ± 62,88 руб. (от 287,7 до 49,8 руб.), а при лечении Фенюльсом – 224,72 ± 157,04 руб. (от 896,6 до 69,61 руб.).

Таким образом, выявлено, что у пожилых больных железодефицитной анемией и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта при лечении препаратом Феррум лек при меньшей затрате денежных средств достигается более выраженный клинический эффект по сравнению с лечением препаратом Фенюльс.

#### ГЕМОДИЛЮЦИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН АНЕМИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д.В. Преображенский, Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев, Т.А. Ермакова, И.Д. Вышинская, Е.В. Тарыкина

Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ,

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

По данным литературы, анемия обнаруживается у 25–60% больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от обследованной популяции и использованных критериев диагностики. Низкие уровни гематоцрита и гемоглобина (Hb) при ХСН могут быть следствием не только уменьшения объема эритроцитов, но также увеличения объема плазмы крови, вызванного задержкой жидкости. Гемодилюция часто встречается у больных с застойной ХСН, однако в клинической практике она редко диагностируется, поскольку для этого требуется использование радиоизотопных методов исследования.

Цель: изучить частоту обнаружения анемии и ее возможные причины (в том числе гемодилюцию) среди госпитализированных больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: обследовано 294 больных с ХСН. Среди больных были 187 женщин и 107 мужчин в возрасте от 37 до 95 лет (средний возраст 72 ± 11 лет). Подавляющее большинство больных (86%) были в возрасте 60 лет и старше. У 126 больных была ХСН I–IIA стадии по классификации Стражеско-Василенко и у 168 больных – IIБ–III стадии. В первую неделю после поступления кровь для исследования брали не менее двух раз. Использовали диагностические критерии анемии, предложенные экспертами ВОЗ (1968), концентрация гемоглобина (Hb) < 120 г/л для женщин и < 130 г/л для мужчин.

Результаты исследования. При поступлении анемия по критериям ВОЗ обнаруживалась у 192 (65%) больных с ХСН, причем у женщин она встречалась несколько чаще, чем у мужчин (68% и 60% соответственно). У больных с ХСН IIБ–III стадии анемия обнаруживалась значительно чаще, чем у больных с ХСН I–IIA стадии (75% против 52% соответственно;  $p < 0,05$ ). Частота анемии не зависела от возраста больных, наличия или отсутствия поражения почек или систолической дисфункции левого желудочка.

Возможная причина анемии была установлена у 53 (18%) больных. В большинстве (82%) случаев причины анемии оставались неизвестными. У 19 больных была диагностирована железодефицитная анемия и у 3 –  $V_{12}$ -дефицитная анемия. У 23 больных можно было предполагать связь анемии с почечной недостаточностью, которая в 2 случаях сочеталась с раком. В отдельных случаях возможными причинами анемии были острое желудочно-кишечное или легочное кровотечение (6), злокачественные новообразования или лейкоз (3), и применение цитостатика метотрексата по поводу ревматоидного артрита (1).

При повторном определении через 5–7 дней концентрация Hb повысилась с 115 ± 45 до 124 ± 71 г/л ( $p \pm 0,05$ ), причем у 139 (47%) больных концентрации Hb увеличились на ± 10 г/л и у 112 (38%) – на ± 15 г/л. Более того, из 192 больных с анемией при поступлении у 76 (40%) концентрации Hb увеличились до нормальных значений для соответствующего пола. Соответственно, по данным повторного определения концентрации Hb, частота анемии у больных ХСН уменьшилась с 65% (192/294) до 39% (116/294)

**Изменения частоты анемии у больных ХСН при повторном определении концентрации Hb на 5–7 дней после поступления**

Больные ХСН	Частота анемии при поступлении	Частота анемии на 5–7 день	p
Все, n = 294	65% (192/294)	39% (116/294)	< 0,05
Стадии I–IIA, n = 126	52% (66/126)	36% (45/126)	< 0,05
Стадии IIB–III, n = 168	75% (126/168)	42% (71/168)	< 0,01

Как значительное увеличение концентрации Hb (на  $\geq 15$  г/л), так и ее нормализация при повторном его определении чаще наблюдались у больных ХСН IIB–III стадии, которые в первые дни после поступления ежедневно получали петлевые диуретики (40–80 мг фуросемида внутрь или внутривенно в день) (51% и 44% соответственно). Достоверно реже значительное увеличение концентрации Hb (на  $\geq 15$  г/л) или ее нормализация обнаруживалась у больных ХСН I–IIA стадии, которые в первые дни после поступления не получали диуретиков или получали небольшие дозы тиазидных диуретиков ( $\leq 25$  мг гидрохлортиазида или 2,5 мг индапамида) 21% и 34%;  $p < 0,05$  в обоих случаях по сравнению с больными ХСН IIB–III стадии. Это дает основание предполагать, что у многих больных, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, имеет место гемодилюция, которая может быть устранена с помощью петлевых диуретиков. Соответственно, по меньшей мере у 40% больных ХСН при поступлении имеет место не истинная анемия, но анемия разведения (или псевдоанемия), при которой не требуется ни использования дополнительных методов диагностики, ни специфического лечения.

**Заключение.** Анемия обнаруживается у 2/3 больных, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН. Возможные причины анемии могут быть определены менее чем в 20% случаев. Примерно у 40% больных с низкой концентрацией Hb, по-видимому, имеет место анемия разведения.

**УСПЕШНОСТЬ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ**

**А.В. Пушкина, Т.П. Вавилова\*, А.И. Мордик**

*\*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
Компания «Фесфарм», Москва*

Количество пациентов пожилого возраста, получающих гемодиализ (ГД) по поводу терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН), увеличивается ежегодно во всем мире, в том числе и в России. Одним из основных осложнений у пациентов с тХПН, получающих лечение ГД, остается анемия, вызванная дефицитом продукции эндогенного эритропоэтина. Адекватная коррекция анемии у больных с тХПН представляет собой важную проблему в плане их медико-социальной реабилитации. Регресс анемического синдрома повышает качество жизни пациентов, позволяет снизить частоту развития сердечно-сосудистых, инфекционных и других осложнений.

**Цель исследования:** изучение эффективности коррекции анемии препаратами рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО) у пациентов пожилого возраста, получающих гемодиализ по поводу тХПН более 5 лет.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов (12 м/18 ж), средний возраст которых составил  $69 \pm 3$  лет, диализный стаж в среднем равнялся  $74 \pm 12$  мес. Контрольную группу (КГ) составили 30 пациентов среднего возраста  $47 \pm 9$  лет (19 м/11 ж) с сопоставимым диализным стажем. Все пациенты получали стандартный бикарбонатный ГД 3 раза в неделю по 4–4,5 часа в амбулаторном (внестационарном) центре. Целевым считался уровень Hb 110 г/л, и для его достижения пациенты получали препараты рчЭПО в индивидуально подобранной дозе. В течение года ежемесячно определяли количество Hb (г/л), Ht (%) и недельную потребность в рчЭПО в ЕД на кг массы тела.

**Результаты.** Согласно полученным данным, среднегодовой уровень Hb у пациентов пожилого возраста составил  $117 \pm 14$  г/л и был статистически достоверно выше ( $p < 0,0007$ ) уровня Hb у пациентов КГ, составившего  $105 \pm 14$  г/л. Процент Ht равнялся  $36 \pm 3\%$  у пожилых пациентов и был также статистически достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов КГ ( $33 \pm 2\%$ ). Вместе с тем, среднегодовая потребность в препаратах рчЭПО не различалась статистически между группами и составила  $43 \pm 24$  и  $49 \pm 24$  ЕД/кг/нед. соответственно.

**Заключение.** Полученные результаты демонстрируют, что применение низких доз препаратов рчЭПО для коррекции анемии у лиц пожилого возраста более эффективно по сравнению с пациентами среднего возраста.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко**

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*

Постановка онкологического диагноза, являясь сильнейшим стрессом, вызывает у человека любого возраста нарушения психоэмоционального состояния, которые в свою очередь оказывают серьезное влияние, как на само лечение, так и на реабилитацию после завершения лечения.

Изучение психоэмоционального состояния онкологических больных пожилого возраста приобретает особую актуальность, так как высокая частота тяжелых сопутствующих заболеваний, снижение функциональных и адаптационно-компенсаторных возможностей организма значительно суживает показания к противоопухолевому лечению.

**Материал и методы исследования.** Проведено обследование 102 пациентов со злокачественными опухолями торако-абдоминальной локализации. Основную группу составили больные от 60 до 80 лет. В группу сравнения вошли пациенты моложе 60 лет с аналогичными онкологическими заболеваниями, сопутствующей патологией. В исследовании больных были использованы MMPI (сокращенный вариант), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты исследования.** По полученным с помощью MMPI данным, зафиксировано незначительное повышение по шкалам: депрессия (2), эмоциональная лабильность (3), психастения (7) и снижение по шкале гипомания (9) у больных обеих групп. Достоверное повышение шкалы ипохондрия (1) отмечается у больных основной группы ( $p < 0,05$ ).

При исследовании по методике HADS в предоперационном периоде у больных обеих групп повышенный уровень тревоги. После операции уровень тревоги в контрольной группе достоверно снижается ( $p < 0,05$ ). Достоверных различий в частоте депрессивных состояний между группами не обнаружено. В то же время выраженность депрессивного состояния в анализируемых группах достоверно отличается.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют, что особенностями психоэмоционального состояния пожилых онкологических больных являются состояние тревоги, депрессии и ипохондрии.

**ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**И.М. Шестопалова, И.Л. Галактионова, М.В. Северов**

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*

Предвидеть лекарственное поражение печени современная медицина пока не может. С целью оценки гепатопротективного действия урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) у больных раком молочной железы (РМЖ), получающих химиотерапию, мы провели данное исследование.