



Такие особенности больных РЗ могут указывать на формирование у них состояния «наученной беспомощности», когда ожидание неудачи в деятельности приобретает для человека большую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем само достижение цели. L.A.Bradley (1985) предположил, что модель наученной беспомощности, первоначально разработанная на животных в лабораторных условиях, может оказаться уместной в ревматологии.

Наученная беспомощность относится к убеждению пациента в том, что невозможно эффективное разрешение ситуации в смысле устранения или уменьшения источника стресса. В крайнем случае боьные приходят к убеждению, что их ситуация является неконтролируемой и у них могут проявиться недостатки, характерные для состояния наученной беспомощности. На эмоциональном уровне могут развиваться тревожность, депрессия и страх событий ежедневной жизни. На мотивационном уровне пациенты могут утратить интерес к любым формам деятельности в повседневной жизни. На когнитивном уровне больные могут отказаться от усилий по приобретению новых навыков, которые могли бы помочь им более эффективно справляться с дистрессом. Взаимодействие этих эмоциональных, мотивационных и когнитивных особенностей усиливает поведенческую модель саморазрушения.

Как только беспомощность становится преобладающей, пациенты перестают придерживаться строгого соблюдения предписанного режима, обращаются к непроверенным лечебным методам и в общем отказываются нести ответственность за заботу о состоянии своего здоровья.

Хотя оптимальная медикаментозная те-

рапия является основным компонентом комплексного лечения РЗ, больные требуют значительно большего. Следует признать важность оценки их эмоционального состояния, необходимо учитывать убеждения пациента, его восприятие существующего заболевания и связанных с ним проблем. Если психосоциальные проблемы не решены или решены неадекватно, это может привести к снижению комплайентности, их отказу от выполнения важнейших аспектов лечебно-реабилитационного режима и, соответственно, к снижению эффективности проводимой терапии.

Междисциплинарные программы помощи пациентам традиционно используют образовательный подход. Программы обучения обычно концентрируются на сущности процесса заболевания, основных видах лечения, применяемых препаратах, защите суставов и сбережению энергии, совладанию с психологическими стрессами. Хотя эти программы являются эффективными в плане увеличения знаний о заболевании, однако они не приводят к снижению активности заболевания, улучшению функциональных возможностей, снижению дозировки медикаментозной терапии или изменению уровня субъективного контроля. В то же время успешное лечение больных ревматическими заболеваниями требует активного вовлечения пациентов в лечебно-реабилитационный процесс, изменения их установок и образа жизни.

Поэтому особое внимание необходимо уделять лечебным вмешательствам, разработанным для увеличения восприятия больными контроля над симптомами их болезни в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (например, метод функционального биоуправления с использованием биологической обратной связи).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК [617.586-002.44-02:616.379-008.64]-074

М.Ю.Шгильман, В.И.Нефедов, И.П.Чумбуридзе, О.А.Явруян – Прогностическое значение исследования уровня интерлейкинов у больных с синдромом диабетической стопы, осложненным гангреной.

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее тяжелых поздних осложнений *сахарного диабета* (СД). Несмотря на достаточный объем информации о патогенезе, диагностике, методах лечения и профилактики СДС, данные о частоте и исходах этой патологии по-прежнему остаются неуточненными. Результаты исследований, проведенных в различных странах, свидетельствуют, что в структуре всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера

больные СД составляют 50–75%. Патогенез развития диабетической стопы сложен: с учетом возрастных изменений в его основе лежат полинейропатия, ангиопатия, остеоартропатия, на фоне которых могут развиваться тяжелые гнойно-некротические процессы. В последнее время в литературе указывается на ведущую роль в регуляции воспалительного процесса цитокинов. Дисбаланс в выработке последних может привести к искажению течения воспалительного процесса.



Нами в целях улучшения результатов лечения больных с гнойно-некротическими формами СДС изучены иммунологические критерии распространения процесса и эффективности проводимой терапии.

Проведено исследование уровня концентрации провоспалительных (IL1₆, IL6) и противовоспалительных (IL4, IL10) интерлейкинов у 215 больных с СДС, осложненным влажной гангреной. В зависимости от распространенности процесса больные распределены на 4 группы: 1-я (n=57) – с гангреной одного или нескольких пальцев; 2-я (n=56) – с гангреной переднего отдела стопы; 3-я (n=53) – с гангреной проксимального отдела стопы и 4-я (n=49) с гангреной стопы и переходом процесса на голень.

Для определения уровня интерлейкинов использовали метод иммуноферментного анализа с помощью наборов реагентов ProCon IL1₆, ProCon IL6, ProCon IL4 и ProCon IL10 ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Интерлейкины определяли при поступлении больных в стационар в сыроворотке крови, взятой из ближайшей к очагу поражения вены и из вены соответствующего отдела на контралатеральной конечности.

При исследовании уровня интерлейкинов у больных с гангреной одного или нескольких пальцев стопы отмечалось равномерное повышение уровня провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов (IL1₆ – 421,7±1,8 пг/мл, IL6 – 433,2±1,2 пг/мл, IL4 – 362,1±1,1 пг/мл, IL10 – 378,1±1,2 пг/мл). У данной категории больных уровень интерлейкинов на контралатеральной конечности соответствовал показателям концентрации интерлейкинов у больных СД без трофических расстройств (IL1₆ – 48,3±1,3 пг/мл, IL6 – 46,3±1,1 пг/мл, IL4 – 57,3±0,6 пг/мл, IL10 – 59,2±0,3 пг/мл).

При распространении некротического процесса на передний отдел стопы имело место более интенсивное повышение уровня провоспалительных интерлейкинов на фоне некоторого увеличения концентрации противовоспалительных интерлейкинов в сравнении с 1-й группой больных (IL1₆ – 473,9±0,6 пг/мл, IL6 – 493,7±1,7 пг/мл, IL4 – 321,4±0,8 пг/мл, IL10 – 331,3±1,2 пг/мл). На контралатеральной конечности отмеча-

лось равномерное увеличение показателей интерлейкинов (IL1₆ – 60,3±1,3 пг/мл, IL6 – 72,3±1,1 пг/мл, IL4 – 84,4±1,7 пг/мл, IL10 – 93,2±2,3 пг/мл).

У пациентов с гангреной проксимальной части стопы выявлены еще более выраженные изменения в интерлейкиновом статусе на стороне пораженной конечности. Определено значительное повышение концентрации провоспалительных интерлейкинов (IL1₆ – 548,2±17,1 пг/мл, IL6 – 561,7±11,4 пг/мл). При этом показатели уровня противовоспалительных интерлейкинов были заметно снижены в сравнении с предыдущими группами больных (IL4 – 91,9±11,3 пг/мл, IL10 – 115,7±8,6 пг/мл). Концентрация интерлейкинов на контралатеральной конечности была равномерно повышена на фоне сравниваемых клинических групп (IL1₆ – 136,3±13,7 пг/мл, IL6 – 128,6±11,9 пг/мл, IL4 – 105,3±21,9 пг/мл, IL10 – 143,5±11,9 пг/мл).

При распространении процесса на голень дисбаланс в интерлейкиновом статусе еще более усугублялся. Уровень провоспалительных интерлейкинов был значительно повышен, а концентрация противовоспалительных интерлейкинов соответствовала субнормальным величинам, достоверно отличаясь от первых трех групп (IL1₆ – 563,1±2,4 пг/мл, IL6 – 571,2±1,9 пг/мл, IL4 – 71,1±0,5 пг/мл, IL10 – 95,7±1,4 пг/мл). При этом показатели провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов на контралатеральной конечности были значительно повышены (IL1₆ – 176,3±11,7 пг/мл, IL6 – 158,6±9,2 пг/мл, IL4 – 183±11,2 пг/мл, IL10 – 164,8±1,6 пг/мл).

Таким образом, распространение гнойно-некротического процесса на проксимальные отделы конечности сопровождается выраженным дисбалансом в интерлейкиновом статусе: избыточная продукция провоспалительных интерлейкинов на фоне снижения уровня противовоспалительных интерлейкинов. Исследование концентрации интерлейкинов у данной категории больных может служить одним из критериев тяжести гнойно-некротического процесса, его распространенности, что позволяет прогнозировать клиническое течение и эффективность проводимого лечения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.24-002-08

А.А.Зайцев, И.А.Гучев, М.Б.Миронов, О.И.Клочков – Анализ знаний военных врачей о лечении внебольничной пневмонии.

Изучали уровень знаний врачей *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ) МО РФ о тактике лечения *внебольничной пневмонии*

(ВП). Была создана специальная анкета, в которой нашли отражение вопросы о лечении и диагностике ВП, а также социометри-