



# Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
А.Я. ЕВТУШЕНКО

**Издатель:**

НП «Издательский Дом  
Медицина и Просвещение»

**Адрес:**

г. Кемерово, 650056,  
ул. Ворошилова, 21  
Тел./факс: 73-52-43  
E-mail: m-i-d@mail.ru

**Шеф-редактор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

А.А. Черных  
И.А. Коваленко

**Директор:**

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в  
Сибирском окружном межрегиональном  
территориальном управлении  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых  
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации  
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

**Отпечатано:**

ООО «АНТОМ», 650004,  
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

**Тираж:** 500 экз.

Розничная цена договорная

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. —  
зам. главного редактора, Луцик А.А. — зам. главного редактора,  
Михайлуц А.П., Разумов А.С. — ответственный секретарь,  
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бурого Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гуккина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

**Спецвыпуск № 9 – 2006**



**ISSN: 1819-0901**  
Medicina v Kuzbasse  
Med. Kuzbasse

**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 9-2006: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ.** Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Прокопьевск, 15 декабря 2006 года. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2006. — 88 с.

*Спецвыпуск содержит материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной медицинским и социальным проблемам пожилого человека.*

**Редакционная коллегия выпуска:**

Зайцев Н.М.  
Тарасов Н.И.  
Ханченков Н.С.  
Баховудинова О.В.  
Токарь С.Е.

**ОАО Санаторий «Прокопьевский»  
Кузбасский кардиологический центр  
Кемеровская государственная медицинская академия  
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей  
Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии  
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области  
Государственное учреждение Кузбасское региональное отделение  
Фонда социального страхования РФ**

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2006 г.  
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте Кемеровской областной научной библиотеки им. Федорова в разделе «ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ ИЗДАНИЯ».  
Адрес в Интернете: [WWW.KEMRSL.RU](http://WWW.KEMRSL.RU)

БЕРЕЗИКОВА О.А., ПАНЧУК М.Н., АНКИНА Т.И.  
 Областной хоспис ДОЗН КО,  
 г. Кемерово

## ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ – ПРИОРИТЕТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По определению, данному ВОЗ в 2002 году, паллиативная помощь – это «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки». В последние годы отмечается изменение возрастной структуры населения в экономически развитых странах в сторону его старения. С 1950 года относительная доля людей в возрасте старше 65 лет удвоилась и составляет в настоящее время 13 %, а к 2020 году возрастет до 20 %.

По мере старения населения меняется картина болезней, от которых люди страдают и которые приводят к их смерти. Все больше людей умирают в результате тяжелых хронических заболеваний. Из этого следует, что потребности в оказании помощи на конечном этапе жизни возрастут. От 2 % до 5 % людей в возрасте старше 65 лет (данные ВОЗ) проживают в домах престарелых. Это в основном люди преклонного возраста, страдающие хроническими заболеваниями, нуждающиеся в паллиативном уходе. В Кемеровской области паллиативную помощь оказывают 4 учреждения здравоохранения в городах Кемерово, Прокопьевск, Новокузнецк.

Традиционно, паллиативную помощь оказывают, главным образом, только больным со злокачественными новообразованиями. Системы здравоохранения должны гибко реагировать на растущие потребности в помощи людям, страдающим другими тяжелыми хроническими заболеваниями или сочетанными хроническими нарушениями, с учетом неопределенности срока наступления смерти.

В Областном хосписе города Кемерово паллиативную помощь получают не только пациенты с онкологической патологией, но и пожилые люди с хроническими жизнеугрожающими заболеваниями не онкологической этиологии. Как показы-

вает практика, потребность в этих койках в сотни раз выше, так как каждому третьему пациенту мы отказываем из-за отсутствия мест. За 9 месяцев 2006 года в «Областном хосписе» ДОЗН КО пролечено 330 больных старше 65 лет, включая пожилых пациентов с хронической патологией не онкологического генеза. Опыт работы Областного хосписа г. Кемерово показывает, что паллиативную помощь следует оказывать по мере возникновения потребности, до того как симптомы станут неконтролируемыми. Она не должна быть исключительным приоритетом специализированных служб паллиативной помощи. Необходимо обеспечить возможность оказания паллиативной помощи в любых условиях, в качестве неотъемлемой части общей системы медицинского обслуживания.

В настоящее время, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо добиться того, чтобы паллиативная помощь стала неотъемлемой частью общего медицинского обслуживания, а не рассматривалась в качестве некой «дополнительной услуги».

ВОЗ рекомендует организаторам и руководителям систем здравоохранения следующее:

- принимать во внимание последствия старения населения и роста потребностей в паллиативной помощи для общественного здравоохранения, а также то, что неудовлетворительный уровень помощи в финальном периоде жизни составляет важную проблему общественного здравоохранения;
- осуществлять на национальном и региональном уровнях проверку качества услуг паллиативной помощи, предоставляемых пожилым людям в домах или пансионатах для престарелых, больницах, хосписах и на дому, включая оценку квалификации сотрудников этих учреждений, а также разрабатывать методы мониторинга процесса улучшения помощи;
- обеспечивать адекватное финансирование, стимулирование и поддержку многопрофильных служб, объективно необходимых для удовлетворения потребностей пожилых людей в паллиативной помощи.

БУХТИЯРОВА Э.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Кафедра скорой и неотложной медицинской помощи,  
г. Новокузнецк*

## ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБРАЩЕНИЙ ПЕНСИОНЕРОВ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

**В** настоящее время как никогда четко проявляется социальная обусловленность здоровья человека. Связь между бедностью и плохим здоровьем очевидна, одно является обязательным следствием другого [1]. Проблемы жизнеустройства людей пенсионного возраста в современном обществе приобретают большую социальную значимость, так как в структуре населения люди пожилого возраста занимают значительное место.

Поэтому проблемы пенсионеров становятся актуальными и важными, особенно в связи с углубляющимся социальным расслоением общества на богатых и бедных, и значительно более масштабным представительством пожилых людей в составе бедняков. Очевидно, что пенсии пенсионеров не хватает на покупку необходимых лекарственных препаратов, полноценное питание и отдых в санаториях и профилакториях.

Частично эти проблемы решают федеральные законы «О государственной социальной помощи», «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» и другие законодательные акты. Тем не менее, медико-социальные проблемы пенсионеров становятся все более актуальными.

**Целью данного исследования** являлось изучение основных причин и закономерностей обращаемости пенсионеров за скорой медицинской помощью.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе Станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Новокузнецка, которая по своей мощности относится к внекатегорийной с количеством обслуживаемых вызовов свыше 150000 в год. Станция обслуживает население крупного промышленного города и сельских населенных пунктов Новокузнецкого района в радиусе 70 км, с общим количеством 628549 чел, из них городского населения — 578402 человек (92 %), сельского — 50147 (7,9 %). Протоколом исследования фактически являлись Карты вызова скорой медицинской помощи (ф. № 110-у) за период с 2000 по 2002 гг. Методом сплошного массива было обработано 559512 карт вызовов СМП, затем методом отбора были выделены все обслуженные вызовы городского населения. По единственному критерию: «Место работы, учебы» выделены группы в зависимости от социального статуса, из которых, в свою очередь, выде-

лена социальная группа пенсионеров. Обработка данных проводилась с применением компьютерных программ: Microsoft Access, Microsoft Excel.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее количество обслуженных вызовов среди различных социальных групп населения г. Новокузнецка за период 2000-2002 гг. — 512981 вызовов. Среди всех обслуженных вызовов наибольшая обращаемость регистрируется в социальных группах дошкольников (в среднем  $410,0 \pm 0,7$  на 1000 соответствующего населения) и пенсионеров ( $390,9 \pm 2,7$ ). Женщины-пенсионерки, проживающие в городе, почти в 2 раза чаще мужчин-пенсионеров обращаются за СМП (42,2 % случаев и 25,4 % случаев, соответственно) при обращаемости женщин пенсионерок в среднем  $265,1 \pm 5,4$  ‰. Среди пенсионеров наибольшее количество вызовов приходится на возраст от 70 до 79 лет при обращаемости в среднем  $160,8 \pm 1,1$  вызовов на 1000 соответствующего населения.

В течение года в социальной группе пенсионеров наибольшее количество вызовов регистрируется в марте — 16927 (9,5 %) при обращаемости в среднем  $37,0 \pm 0,2$  вызовов. В течение недели наибольшее количество вызовов от пенсионеров поступает по понедельникам (35,3 %), обращаемость в среднем  $59,6 \pm 0,4$  вызовов. Пенсионеры чаще обращаются за СМП в период с 8 до 18 часов (39,8 %), чаще в утренние часы, с пиком обращений, обслуженных в 11 часов дня (6,5 % всех вызовов пенсионеров). Среди всех вызовов к пенсионерам с болезнями системы кровообращения в данный промежуток времени 57 % составляют вызова по поводу гипертонической болезни, с наибольшим количеством вызовов данной нозологии в 10 и 11 часов дня, то есть в часы работы поликлиник.

Распределение обслуженных вызовов к пенсионерам по классам болезней показывает, что наиболее часто пенсионеры обращаются в связи с болезнями системы кровообращения ( $209,1 \pm 1,4$  на 1000 городских пенсионеров). Смерти до приезда у городских пенсионеров чаще наступают до приезда бригады СМП (53,2 % случаев) и связаны с болезнями системы кровообращения.

### ВЫВОДЫ:

1. Пенсионеры занимают второе место по интенсивности обращений за СМП с наибольшей

частотой обращений женщин-пенсионерок в возрасте от 60 до 80 лет.

2. Наибольшая интенсивность обращений пенсионеров за СМП зарегистрирована в дни и часы работы поликлиник, по поводу болезней системы кровообращения, больше половины из которых составляет артериальная гипертензия. Представленные выводы свидетельствуют о снижении доступности медицинской помощи для

этой социальной группы населения и необходимости разработки комплекса мер по улучшению кардиологической помощи пенсионерам.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Герасименко, Н.Ф. Охрана здоровья населения в правовой системе Российской Федерации /Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев //Здравоохран. РФ. – 2004. – № 2. – С. 23.

ВИБЛАЯ И.В., ЧЕЧЕНИН Г.И.

*Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,  
НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,  
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
г. Новокузнецк*

## РОЛЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ

**А**ктуальность настоящего исследования обусловлена негативными тенденциями показателей демографической компоненты общественного здоровья населения. Только за последние 3 года в г. Новокузнецке общая численность населения сократилась на 14,5 тыс. (2,5 %) – с 5777731 до 563257 человек. В том числе, когорта детей и подростков (от 0 до 17 лет включительно) сократилась на 3,9 тыс. чел. (3,4 %), со 115000 до 111128 человек, когорта взрослых (с 18 лет) – на 10,6 тыс. чел. (2,3 %), с 462731 до 452129 человек.

В то время как взрослое население в возрасте до 60 лет сократилось всего на 1,8 тыс. чел. (0,5 %), с 262952 до 361181 человек (за счет перехода в категорию взрослых детей, рожденных в 1985-1987 гг., когда показатели рождаемости превышали смертность, обеспечивая естественный прирост населения), численность населения в возрасте 60 лет и старше сократилась на 8831 человек (на 8,9 %), с 99779 до 90948 человек; при этом более выраженное ее сокращение зарегистрировано в 2004 г. (на 6,9 %, до 92880 чел.), чем в 2005 г. (на 2,1 %).

Более детальное исследование состояния общественного здоровья населения в возрасте 60 лет и старше и причин его «естественной» убыли проведено на основе анализа персонифицированных баз данных «Заболеваемость по обращаемости» и «Смертность» в динамике за 3 года (2003-2005 гг.), поддерживаемых в актуальном состоянии в КМИАЦ.

Регистрируется достоверный рост показателей болезненности (общее число заболеваний) на 1000 населения анализируемой возрастной группы (‰): 2003 г. –  $1631,1 \pm 3,2$  ‰; 2004 г. –  $1666,5 \pm 3,5$  ‰; 2005 г. –  $1749,1 \pm 7,5$  ‰; прирост 2003-2005 гг. составил 7,2 %. Одновременно

с этим, показатель заболеваемости (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни на 1000 соответствующего населения), достоверно возросший в 2004 г. на 2,1 % (с  $482,3 \pm 1,6$  ‰ до  $492,5 \pm 1,6$  ‰), в 2005 г. достоверно снизился на 1,6 % (до  $484,7 \pm 1,7$  ‰) и является статистически соответствующим уровню показателя 2003 года.

Обозначенный рост заболеваемости в 2004 г. негативно проявился в выраженном достоверном росте показателя накопленной патологии (разница между болезненностью и заболеваемостью) в 2005 году – на 7 % относительно предыдущего года: 2003 г. –  $1148,8 \pm 1,3$  ‰; 2004 г. –  $1174,1 \pm 1,5$  ‰; 2005 г. –  $1264,3 \pm 1,9$  ‰.

В динамике показателя смертности населения в возрасте 60 лет и старше зарегистрирован достоверный рост на 7,7 % в 2004 г. до  $54,8 \pm 0,8$  ‰ (относительно 2003 г. –  $50,6 \pm 0,7$  ‰) и (несмотря на накопление патологии) следующее достоверное снижение в 2005 г. на 4,6 % до уровня  $52,0 \pm 0,7$  ‰, статистически не превышающего значение показателя 2003 г. ( $t = 1,38$ ), В то же время, между ростом показателей первичной заболеваемости и смертности населения определяется практически полная прямая корреляционная связь ( $r = 0,99$ ).

В качестве заслуги системы здравоохранения отмечено, что, несмотря на рост показателей заболеваемости и смертности населения анализируемого возраста, удалось сдержать рост показателя летальности от заболеваний (% умерших от общего числа зарегистрированных заболеваний), который после роста в 2003 г на 6 %, в 2005 г. зарегистрировался ниже уровня 2003 г. –  $3,1 \pm 0,04$  %; 2004 г. –  $3,3 \pm 0,04$  %; 2005 г. –  $3,0 \pm 0,04$  %, что в какой-то степени обосновывается приоритетным вниманием руководителей системы здравоохранения к категории пожилого населе-

ния — в плане развития геронтологической службы, льготного лекарственного обеспечения и др.

В структуре общего числа заболеваний и причин смерти анализируемой категории населения в течение 2003-2005 гг. основное место занимают болезни системы кровообращения — 32,9 % и 72,1 %, соответственно. Средний уровень летальности в этом классе —  $6,8 \pm 0,06$  %, что более чем в 2 раза превышает средний за три года показатель по всем классам заболеваний —  $3,1 \pm 0,03$  %. В динамике по классу болезней системы кровообращения отмечается выраженный достоверный рост показателя заболеваемости (что в меньшей степени зависит от системы здравоохранения):

2003 г. —  $41,3 \pm 0,6$  %; 2004 г. —  $49,5 \pm 0,7$  %; 2005 г. —  $54,6 \pm 0,8$  %; соответствующий рост показателей болезненности: 2003 г. —  $496,8 \pm 1,6$  %; 2004 г. —  $549,1 \pm 1,6$  %; 2005 г. —  $617,9 \pm 1,6$  %; сдержанный рост показателя смертности, уровень которого в 2005 г. —  $37,2 \pm 0,6$  % статистически не превышает значение показателя 2003 г. —  $36,5 \pm 0,6$  % (2004 г. —  $39,7 \pm 0,6$  %); и благоприятная тенденция к снижению показателей летальности от заболеваний: 2003 г. —  $7,3 \pm 0,1$  % 2004 г. —  $7,2 \pm 0,1$  % 2005 г. —  $6,0 \pm 0,1$  %, что показывает положительную роль системы здравоохранения в сохранении здоровья населения возрастной группы старше 60 лет.

ЗАЙЦЕВ Н.М., АВДОНЧЕНКО Т.С.

ОАО Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Реабилитация пострадавших пожилого возраста в санаторно-курортных условиях имеет большое социальное и общегосударственное значение. Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий одним из направлений высоких медицинских технологий наряду с применением лекарственных препаратов является организация функционально-восстановительного лечения.

Лечебная физкультура в санаторных условиях регламентируется научно обоснованным использованием всех видов двигательной активности, с учетом общего состояния больного, характера изменений деятельности его организма в процессе лечения.

Основное содержание программы физической реабилитации составляли такие формы лечебной физкультуры, как лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, велотренировки. Разработанная нами методика лечебной физкультуры у пожилых людей в условиях санатория имеет свои особенности. По материалам метода подана заявка на изобретение и получено положительное решение.

Акцент в комплексе лечебной гимнастики делался на статические нагрузки. Они занимают немалое место в бытовой деятельности пожилых людей. Поэтому реадаптация к ним пожилых людей, перенесших инфаркт миокарда, посредством тренировок в статическом режиме имеет определенное значение. Применяемые статические (изометрические) упражнения для нижних конечностей необходимы для увеличения толерантности к ходь-

бе — основному виду динамической адаптирующей нагрузки.

В качестве измерения показателя статической выносливости применяли методику ножной изометрической нагрузки с применением напольных весов. Больному в начале курса лечения предлагается надавить поочередно каждой стопой на весы с максимальной силой, которая фиксируется в карте ЛФК. Затем измерение показателей проводили в середине курса лечения и в конце. Для верхних конечностей в качестве измерения показателя статической выносливости применяли динамометрию кисти, измерения проводили также в начале курса лечения, в середине и в конце.

Тренировка в статическом режиме включала в себя:

1. Ежедневные упражнения ног в изометрическом режиме.
2. Ежедневные упражнения для рук в изометрическом режиме.
3. Кроме этого, для тренировки верхних конечностей в изометрическом режиме выполняли упражнения в сжимании мягкой губки, постепенно увеличивая нагрузку, с переходом на мягкой кистевой эспандер.
4. Для тренировки нижних конечностей выполняли упражнения на пружинном степпере с постепенным увеличением нагрузки.

Методически каждое занятие делили на 3 периода:

- а) вводный — комплекс физических упражнений (7 мин.);



- б) основной — занятия на велотренажере и упражнения в изометрическом режиме (20-25 мин.);  
в) заключительный — комплекс физических упражнений (3 мин.).

Занятие проводили через 2 часа после завтрака. Частота занятий — не менее 5 раз в неделю. Все этапы занятий проводили индивидуально или в малых группах, по 3-5 человек. Общая продолжительность на первых занятиях — 15-20 мин., с постепенным увеличением продолжительности до 40-45 мин. Обязательно музыкальное сопровождение.

Тренировочная программа осуществлялась только под строгим контролем с периодической, в течение занятия, оценкой пульса, АД, частоты дыхания, наличия болевых ощущений (в обла-

сти грудной клетки). Благоприятным ответом на физическую нагрузку считали умеренную или выраженную утомляемость, проходящую в течение 5 минут.

Дозированные прогулки начинали с маршрута в 350 метров и к концу лечения пациенты преодолевали дистанцию в 3 км.

Лечебную физкультуру сочетали с климато-бальнеотерапевтическими процедурами. В комбинированном использовании с ними лечебной гимнастики заложен успех санаторно-курортного лечения.

Поэтому не вызывает сомнений необходимость дальнейшего развития и совершенствования реабилитационных программ для данной категории больных в санаторно-курортных условиях.

ЗАХАРЕНКОВ В.В., РАЗУМОВ В.В., ЦАЙ Л.В.  
*НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН,  
г. Новокузнецк*

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ ГУ НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН

**В** клинике института проводится динамическое наблюдение за лицами, прошедшими экспертизу связи заболевания с профессией. Поскольку госпитализация в стационар приводит к защите работника временем, то она сама по себе, а тем более в сочетании с обязательным лечением во время обследования, позволяет рассматривать динамическое наблюдение за работниками как, своего рода, медицинскую реабилитацию и говорить о том, что институт функционирует как своеобразный Центр реабилитации. Проанализировано 1767 случаев госпитализаций в клинику института за период с ноября 2004 года по апрель 2005 года. Из общего числа госпитализированных, впервые поступивших на обследование было 410 человек. Повторно госпитализированных для динамического наблюдения — 1357 человек. Следовательно, на случаи динамического наблюдения пришлось 76,8 % общего количества госпитализированных, что свидетельствует о большом объеме работы, проводимой клиникой ГУ НИИ КППЗ СО РАМН по реабилитации.

В группе динамического наблюдения при его начале соотношение «работающих во вредных условиях труда» и «прекративших работу во вредных условиях труда» было 1176 : 176 случаев (87 % : 13 %). В группе впервые поступивших на обследование соотношение «работающий во вредных условиях труда» и «прекративший работу во вредных условиях труда» оказалось примерно таким же —

294 : 113 случаев (72,2 % : 27,7 %). Таким образом, начало динамического наблюдения преимущественно еще работающего контингента, указывает на своевременность начала проведения реабилитационных мероприятий, что соответствует профилактическому направлению профпатологии.

О своевременности начала реабилитационных мероприятий свидетельствует структура предварительного и заключительного диагнозов. Анализ случаев реабилитационных мероприятий по структуре диагнозов при раздельном его проведении в группе динамического наблюдения и в группе впервые поступивших на обследование также является информативным. В группе динамического наблюдения при его начале структура диагноза по критерию «предварительность» — «заключительность» их соотношения составляли 55,1 % : 44,9 % (747 : 609 случаев). Таким образом, при начале динамического наблюдения 55,1 % обследованных лиц имели лишь начальные отклонения в состоянии здоровья. Из них, 160 случаев (21,4 %) в ходе динамического наблюдения в течение  $2,7 \pm 0,20$  лет остались на стадии предварительного диагноза.

Остальные 587 случаев (78,6 %) за  $7,3 \pm 0,2$  лет наблюдения трансформировались в достоверные профпатологические или общие заболевания — 531 и 56 случаев, соответственно. В группе впервые поступивших на обследование структура диагнозов по критерию «предварительность» — «заключительность» составила 63,3 % : 32,8 %

(191 : 111 случаев), то есть оказалась аналогичной группе динамического наблюдения. Таким образом, более чем у половины обследованных лечение было начато на стадии появления отдельных признаков заболевания или нахождения его на начальной стадии без развития функциональных нарушений. Тем не менее, случаев обратного развития профессиональной патологии не наблюдалось.

Продолжительность динамического наблюдения у работавших на время начало наблюдения и продолжающих еще работать к настоящему времени ( $n = 375$ ) составила  $3,8 \pm 0,2$  года; у вышедших на пенсию за время наблюдения ( $n = 801$ ) —  $7,1 \pm 0,2$  лет; у бывших уже на начало наблюдения пенсионеров ( $n = 176$ ) —  $4,3 \pm 0,3$  лет. В целом, по всему контингенту динамического наблюдения продолжительность его составила  $6,2 \pm 0,1$  лет. Средний возраст пациентов в динамической группе при настоящем обследовании составил всего  $52,1 \pm 0,1$  года.

Структура профессиональной патологии обследованных: 689 случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной

системы (42,4 %), 516 случаев нейросенсорной тугоухости — 31,8 %, 419 случаев пылевой патологии органов дыхания — 25,8 %. Принципиальных различий в нозологической структуре профессиональных заболеваний в группе впервые поступивших на обследование и в группе динамического наблюдения не было.

Таким образом, сроки начала обследования на предмет профессиональной патологии и проведения реабилитационных мероприятий являются запоздалыми, когда развившиеся в организме изменения становятся уже необратимыми. Этого и следовало ожидать, учитывая значительную стажированность обследуемых контингентов, от  $21,7 \pm 0,2$  до  $23,2 \pm 0,4$  лет. Таким образом, диспансеризация работающих контингентов с особыми условиями труда и одновременное проведение комплекса реабилитационных мероприятий является действенным путем снижения потерь человеческого потенциала, что диктует необходимость дальнейшей научной разработки по совершенствованию критериев начала реабилитационных мероприятий и рационального трудоустройства.

КОЧЕТКОВА О.Ю., ЩЕБЕНЬКОВ В.Н.  
Городская больница № 2 «Ветеранов войн»,  
г. Прокопьевск

## СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 2 ВETERANOV VOJN G. PROKOP'JEVSKA

В последние годы в медицинской литературе большое внимание уделяется вопросам повышения качества жизни пациентов. Это особенно актуально для больных пожилого и старческого возраста. Качество жизни в этом возрастном периоде неизменно снижается, как ввиду появления многочисленных хронических заболеваний, так и ввиду особенностей психического статуса пожилого человека, социальной дезадаптации. Наличие инвалидности в этой возрастной группе возрастает до 85 %. Поэтому данной категории больных необходима не только медицинская, но и социальная реабилитация. Необходимо восстановить пожилого человека для семьи и широкого общества, сохранить способность к самообслуживанию, передвижению, активной общественной и трудовой деятельности, вернуть способность приносить пользу себе и окружающим.

В городской больнице № 2 Ветеранов войн г. Прокопьевска вопросам социальной реабилитации пожилых пациентов придается большое значение. Проводится работа по многим направлениям. Во-первых, это работа с психологом, который

имеется в штате больницы. Благодаря проводимым им тестированиям и тренингам, у пациентов возрастает антистрессовая устойчивость, растет уверенность в себе и позитивный настрой к лечению, медработникам. Занятия с психологом проводятся и для медперсонала, что помогает создать благоприятный психологический климат в отделениях.

Во-вторых, это постоянно поддерживаемая и контролируемая взаимосвязь с социальными службами — беседы с социальными работниками, обучение их навыкам ухода за пожилыми больными. Сведения об одиноко живущих престарелых горожанах, не имеющих прикрепленного к ним соцработника, а также проживающих в неблагополучных домашних условиях, передаются в центры социального обеспечения. По согласию больного и родственников оказывается содействие в подготовке документов для оформления в дом инвалидов, дом сестринского ухода.

В настоящее время на базе Хосписа в ГБ № 2 выделены палаты для пребывания больных по социальным показаниям.



Отлажена у нас и связь с поликлиникой для переадресации больных, требующих долечивания амбулаторно. Ежедневно сведения о выписных больных передаются в поликлиники по месту жительства. Процент переадресации составляет 93 %, что обеспечивает своевременное посещение больного участковым терапевтом на дому, выполнение рекомендаций после стационарного лечения, выписку рецептов на жизненно необходимые лекарственные препараты для предотвращения прерывания их приема.

Среди пролеченных в 2005 году в ГБ № 2 мужчин 32 %, женщин 68 %. Инвалидность I-I-II групп имеют 82 %. Одинок проживают 34 %. Затруднения самообслуживания имеют 16 %, затруднения передвижения — 23 %.

Для этой категории больных в палатах, комнатах гигиены установлены приспособительные устройства — поручни, скамейки, ступеньки. Питание большинства оздоравливающихся осуществляется на месте в палатах с учетом индивидуальных особенностей. Для передвижения используются коляски и каталки.

Чтобы избавить больного от высиживания очередей в поликлиниках на прием к узким специалистам, 2 раза в год, весной и осенью, в нашей больнице проводится диспансерный день с осмотром главными специалистами города. Ведь для многих пациентов пожилого возраста даже обычный визит в поликлинику проблематичен. Для облегчения решения вопроса о плановой госпитализации в Хоспис и упрощения формальностей с документами, врачами Хосписа ежеквартально организуются выездные бригады для осмотра онкобольных на дому и отбора пациентов на плановое лечение.

Создана библиотека, комната отдыха для больных с наличием телевизора, музыкальных инструментов, граммофона для общения с другими па-

циентами, приобщения к российским и мировым новостям. Местом отдыха служит и территория больницы, спланированная по типу парка с цветущими клумбами, скамейками для отдыха. В 2006 году на территории больницы открыт фонтан.

В знаменательные и праздничные дни организовываются концерты с участием музыкальных коллективов города. В канун Дня Победы ветераны получают поздравления от главы города Валерия Анатольевича Гаранина, который лично посещает больницу и вручает подарки.

Не редкость в нашей больнице встречи пациентов с советом ветеранов. Администрация больницы принимает участие в пленумах, посвященных вопросам медицинского обслуживания ветеранов, отвечает на интересующие их вопросы. Нас посещают и иностранные делегации. А Хоспис имеет международный сертификат соответствия.

В больнице практикуются современные нетрадиционные методы лечения, такие как спелеотерапия, ароматерапия, фиточай, давно любимые нашим больным. Процедуры имеют музыкальное сопровождение, принимаются группами, что оказывает, помимо непосредственного лечебного воздействия, расслабляющее, отвлекающее действие, способствует общению между больными.

По окончании периода госпитализации больные доставляются домой транспортом больницы, что позволяет им быть менее зависимыми от родственников, самостоятельно решать с лечащим врачом вопрос о прекращении стационарного лечения, чувствовать себя полноценными членами современного общества.

**Вывод:** Таким образом, в больнице создается целый комплекс мер, направленных на улучшение социальной адаптации и медицинской реабилитации, призванный улучшить здоровье пожилых людей и инвалидов.

МАРЦИЯШ А.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

**К**ак известно, основная задача врачевания — это сохранение или восстановление здоровья людей не только в физическом, но и в психическом и социальном аспектах. Этой, и только этой, цели должны отвечать все виды врачебной деятельности в выявлении, лечении и профилактике болезней. Вместе с тем, в оценке эффективности лечебно-профилактических мероприятий обычно принимают во внимание преимущественно показатели физического состояния пациента,

упуская из вида, что для пациента не меньшее, а может быть и большее, значение имеет ощущение своего жизненного благополучия не только в физическом, но и в психическом и социальном аспектах [2, 3, 4].

Опираясь на гуманистические позиции, можно сказать, что цель врачебной деятельности состоит не только в продлении и поддержании жизни, но и в том, чтобы сделать ее по возможности более счастливой и продуктивной, во всяком слу-

чае, не омрачать ее. Определенно, если жизнь связана с длительными и часто повторяющимися госпитализациями, дискомфортными диагностическими и лечебными процедурами, физическими ограничениями, чувство удовлетворения жизнью часто отсутствует или минимально. Поэтому предлагается не только учитывать общую продолжительность жизни, но и выделять в ней счастливые и не очень счастливые периоды [5]. В данном случае речь идет о понятии «качество жизни», которое до последнего времени широко использовали в социальных науках. Теперь оно начинает фигурировать и в медицинских исследованиях.

Понятие качества жизни, по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием [1, 6]; способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни в различных аспектах [8]; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы [7, 9]. Понятие включает также способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, сексуальную функцию, душевный комфорт.

Значение определения качества жизни связано с двумя основными обстоятельствами. Во-первых, прямая связь интенсивности болезни и качества жизни существует не всегда, так как она во многом определяется субъективными представлениями больного о тяжести своего заболевания, а также о возможных ее (болезни) последствиях. Во-вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и его пациентом может не совпадать [7].

На уровень качества жизни влияют многие факторы. Его нарушения могут быть следствием самой болезни, ее диагноза, лечения и профилактики, наблюдения и контроля за проводимым лечением.

Негативное влияние болезни на качество жизни очевидно при клинически выраженных проявлениях, которые вызывают как субъективные, так и объективные изменения в состоянии здоровья пациента. В данном случае степень снижения качества жизни пропорциональна степени интенсивности заболевания. Несколько иная ситуация наблюдается при бессимптомно протекающих заболеваниях, например при артериальной гипертензии I степени, «немой» ишемии, компенсированных пороках сердца. В такой ситуации не диагностированная болезнь не влияет на качество жизни. Иногда, только после установления диагноза у пациента могут появляться какие-либо ощущения, симптомы, которые вызывают модификацию поведения.

Рациональное лечение, устраняющее симптомы заболевания и повышающее функциональные

возможности организма пациента, наиболее часто повышает качество жизни. Вместе с тем, лечение может оказаться и неблагоприятным, снижающим качество жизни фактором. Так, коррекция факторов риска, необходимость приема лекарственных средств, посещения врача вызывают модификацию поведения пациента.

В медицинской практике исследование качества жизни используется в различных целях:

- для оценки эффективности препарата или метода лечения в клинических исследованиях;
- для определения прогноза заболевания;
- для анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи;
- в медицинском аудите;
- для выявления психологических проблем и наблюдения за ними у больных в системе общей практики.

Вместе с тем, для больного важна не только и не столько динамика симптомов, особенно лабораторных и инструментальных показателей, сколько улучшение самочувствия и чувства удовлетворения жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах.

Предложен целый ряд подходов для оценки качества жизни [1, 4]. Однако в настоящее время отсутствует универсальная методика его определения. Хотя делаются попытки создания идеальной модели, все-таки более рациональным считается использование нескольких вопросников и тестов [4].

Первые работы по определению качества жизни появились в конце 40-х годов [10]. Эти исследования были узко специализированы и предназначались для оценки эффективности терапии у больных с неоперабельным раком.

В большинстве опросников для оценки качества жизни имеется ряд недостатков: они в большей части ориентируются на физические функции, при этом недостаточное внимание уделяется социальному и эмоциональному аспектам качества жизни; многие из них применимы только к одному заболеванию или одной медицинской проблеме.

В настоящее время в мировой практике наиболее широко применяются такие опросники, как «Ноттингемский профиль здоровья» (НПЗ; «Nottingham Health Profile»), «Профиль воздействия болезни» (ПВБ; «Sickness Impact Profile»). Их валидность и чувствительность в настоящий момент не вызывают сомнений, и они служат эталоном при разработке новых опросников по качеству жизни [4].

Другие общие опросники – «Показатель здоровья МакМастера», «Показатель психологического благополучия», «Показатель общего здоровья», «Шкала самочувствия», «Активность в повседневной жизни», «Восприятие качества жизни» – ис-

пользуются не так широко, хотя их надежность также проверена.

Заболевания сердечно-сосудистой системы приводят к изменению качества жизни больных, степень снижения которого в определенной мере связана с представлением больного о тяжести заболевания и его последствиях [1].

В лаборатории клинической психологии ВКНЦ АМН СССР была разработана методика [1], позволяющая оценивать качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда. В отличие от предыдущих индексов, которые направлены на оценку тех или иных изменений в жизни, данная анкета в большей степени отражает отношение больного к этим изменениям. Данная методика позволяет судить как о снижении качества жизни в целом, так и о причинах такого снижения.

Исследуя показатели удовлетворенности жизнью больных, перенесших инфаркт миокарда, А.Г. Гладков и соавт. отметили взаимосвязь между выраженностью психоэмоциональных расстройств и качеством жизни [1]. Этим данным не противоречат результаты, полученные В.П. Зайцевым и соавторами. При обследовании большой группы больных, перенесших в прошлом инфаркт миокарда, выявлена взаимосвязь показателей качества жизни и данных теста многостороннего исследования личности (ММРП).

Таким образом, у больных, перенесших инфаркт миокарда, часто встречаются нарушения межличностных отношений, неудовлетворенность положением в обществе, снижение мотивации к труду и качества жизни.

Вместе с тем, необходимо отметить, что многие аспекты межличностных отношений у больных сердечно-сосудистой патологией остаются спорными.

Дискуссионным и до настоящего времени нерешенным остается вопрос о взаимосвязи между уровнем толерантности к физической нагрузке и качеством жизни больных инфарктом миокарда [3].

Изучение психики у пациентов данной категории не только представляет научный интерес, но и имеет практическое значение, так как позволяет уменьшить экспертные ошибки, а коррекция психоэмоциональных нарушений будет способствовать повышению показателей трудоспособности больных.

Нами проводится изучение качества жизни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, с использованием медико-социологической анкеты. Предварительные результаты позволили определить основные причины снижения качества жизни данной категории пациентов. Так, среди при-

чин, снижающих качество жизни в обследуемой группе, отмечено: на первом месте стоит «необходимость ограничивать физические усилия». Эту причину называют 100 % пациентов. На втором месте — «необходимость ограничивать трудовую деятельность» — 90,4 % пациентов. На третьем месте — «необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» — 85,7 % пациентов. Результаты данного исследования отличаются от результатов, полученных другими исследователями [1].

В заключение следует отметить, что проблема изучения качества жизни до конца не изучена. До настоящего времени мало изучена динамика психологического статуса и качества жизни в зависимости от темпов стационарной реабилитации. Очень мало сведений о сопоставлении качества жизни и клинико-функциональных данных на стационарном и постгоспитальном этапах болезни [3].

Изучение указанных аспектов этой проблемы представляется важным для оптимизации реабилитации больных, уменьшения вероятности экспертной ошибки, а также снижения стойкой и временной утраты трудоспособности.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями /Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. //Кардиология. — 1982. — № 2. — С. 100-103.
2. Померанцев, В.П. Диагноз, лечение и качество жизни /Померанцев В.П. //Клин. мед. — 1989. — № 9. — С. 3-8.
3. Качество жизни у больных инфарктом миокарда /Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. //Кардиология. — 1996. — № 3. — С. 70-73.
4. Сыркин, А.Л. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца — стабильной стенокардией напряжения /Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриница С.В. //Клин. мед. — 1998. — № 6. — С. 52-56.
5. Метелица В.И. //Профилактическая фармакология в кардиологии /под ред. В.И. Метелицы, Р.Г. Оганова. — М., 1988. — С. 231-244.
6. Айвазян, Т.А. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью /Айвазян Т.А., Зайцев В.П. //Кардиология. — 1989. — № 9. — С. 43-46.
7. Беленков, Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью /Беленков Ю.Н. //Кардиология. — 1993. — № 2. — С. 85-88.
8. Wenger, N.K. Quality of life: can it and should it be assessed in patients with heart failure? /Wenger N.K. //Cardiology. — 1989. — N 76. — P. 381-398.
9. Psychosocial outcome one years after a first miocardial infarction /Wiclund I., Sanne H., Vedin A., Wilhelmsson C. //J. Psych. Res. — 1984. — N 28. — P. 309-321.
10. Karnofsky D.A. //Cancer (Philad.). — 1948. — P. 634-656.

## ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**В** последние годы в экономически развитых странах наблюдается возрастное «постарение» населения. Этот демографический сдвиг делает актуальным ряд проблем медико-санаторного характера, решение которых невозможно без правильной организации лечебного процесса у лиц старшего возраста.

40 % от общего количества отдыхающих в нашем санатории составляют лица пожилого и старческого возраста, старше 60 лет, учитывая, что санаторно-курортное лечение (СКЛ) эффективнее в районах, близких к месту постоянного проживания данной категории лиц из-за склонности развития метеопатических реакций.

Врачами санатория строго соблюдаются принципы лечения геронтологических больных. Больным данной возрастной группы назначаются физиобальнеопроцедуры по основному заболеванию, определяющему в данный момент тяжесть состояния пациента, после наблюдения в период адаптации, обследования и консультаций специалистов. Физиобальнеолечение проводится согласно правилу малых доз, то есть с укороченной экспозицией, уменьшением интенсивности воздействия, сочетанием с другими видами лечения, интервалом между процедурами, меньшим количеством. Это связано с резким снижением компенсаторных реакций организма в пожилом возрасте. Применяются в основном местные методики, так как у пожилых пациентов выражена ответная бальнеореакция. Лечение проводится нами под контролем ЭКГ, АД, пульса. Мы исключаем процедуры общего воздействия, представляющие для организма значительную нагрузку.

Анализируя свой опыт работы с пожилыми пациентами за многолетний период, мы убедились в целесообразности применения локальной магнитотерапии, лазеротерапии, биоптронтерапии, ингаляций, спелеотерапии, интервальной нормобарической гипокситерапии, щадящего массажа,

4-х камерных ванн или полуванн, ЛФК, психотерапии, фитотерапии. Нашим пациентам мы рекомендуем, соблюдение лечебно-охранительного режима: полноценный отдых до и после приема процедур, нормальный сон накануне и отсутствие любых физических нагрузок в день приема лечения (нагрузочные методы обследования, такие как рентгенологическое, ультразвуковое обследование, кардиомониторирование, поездки в город). В общий комплекс лечения пожилым пациентам нами включаются занятия ЛФК в геронтологической группе, дозированная ходьба, климатолечение — воздушные ванны и аэроионизация у водопада в летний период. Не последнюю роль в лечении лиц пожилого возраста играет диетотерапия. Пищевой рацион имеет значение в долголетию и состоянии здоровья. В диетическое питание включены богатые кальцием продукты, фрукты, овощи, используются морепродукты. Энергетическая ценность суточного рациона — до 2700 ккал.

Приезд в санаторий для пожилых больных воспринимается как психологическая нагрузка, поэтому сотрудниками санатория оказывается особая забота и внимание в процессе лечения данных пациентов. Основным элементом психологической коррекции в нашем лечении отводится психотерапии.

Эффект лечения геронтологических больных зависит от авторитета врача, от веры больного в возможность улучшения состояния, а также фиксация внимания на хотя бы небольших положительных сдвигах, что повышает эффективность СКЛ.

Одним из важных принципов, который должен учитывать врач в лечении людей старших возрастов, что организм пожилого человека обладает определенными резервами, которые должны быть широко использованы в борьбе с преждевременным старением и улучшением качества жизни.

ОВЧИННИКОВА И.П., КУВШИНОВА Т.И., ВАСИЛЬЕВА Л.Л., ХОМЧЕНКО Г.Н.  
*Кемеровский областной медицинский колледж,  
Кемеровский государственный университет,  
Центральная районная больница Кемеровского района,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ ПЕНСИОНЕРОВ

**М**ы изучили стереотипы пищевого поведения, особенности фактического питания и состояние здоровья работающих пенсионеров-женщин. Для этого была разработана анкета, рассчитаны рационы питания. В анкетировании приняли участие 100 человек.

Продукты-источники животных белков представлены в рационах недостаточно. Мясные продукты ежедневно используют в питании 20 %, 11 % едят их через день, 16 % – 2 раза в неделю, более половины – 1 раз в неделю или реже. 26 % респондентов употребляют молочные продукты ежедневно, 17 % – 1 раз в неделю или реже. Яйца ежедневно или через день едят 11 % опрошенных. Плохо складывается ситуация с потреблением рыбы и морепродуктов. 84 % употребляют их реже, чем раз в неделю.

Расчет суточных рационов показал, что среднее потребление общих белков составило 74 %, а животных – 52 % от количества, рекомендуемого «Нормами физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии».

Жирами растительного происхождения рационы обеспечены полнее – в среднем на 94 %, животного – на 80 %. 98 % респондентов ежедневно употребляют растительное масло, хотя 7 человек отметили недостаточное его применение. Масло сливочное ежедневно употребляют 31 %, через день – 19 %, 25 % – 1 раз в неделю и реже. При этом 26 человек отметили дефицит этого продукта в своем питании.

Обращает на себя внимание углеводистая направленность питания. Все ежедневно употребляют хлеб, булочки, батоны, сахар и кондитерские изделия, причем в количествах, превышающих рекомендуемые.

При изучении потребления овощей и фруктов оказалось, что картофель ежедневно используют в питании 68 %, 25 % – через день. Другими овощами респонденты обеспечены значительно хуже. Фрукты использовали в питании еще меньше – 63 % реже, чем раз в неделю. Особое значение

для поддержания здоровья и активного долголетия принадлежит полноценному и регулярному снабжению организма всеми необходимыми микронутриентами: витаминами и жизненно важными минеральными веществами. В питании изученной нами группы пенсионеров наблюдался недостаток практически всех витаминов. Рассчитанные рационы содержали в среднем 60 % тиамина, 66 % рибофлавина, 73 % витамина РР, 79 % пиридоксина, 29 % фолиевой кислоты, 37 % цианкобаламина и 39 % аскорбиновой кислоты. Витамином А респонденты обеспечены на 32 %, в-каротином – на 42 %, токоферолом – на 96 %.

Таким образом, выявлен дефицит всех изученных витаминов. Ситуацию могло бы несколько улучшить круглогодичное применение витаминных препаратов, но результаты опроса показали, что лишь 6 % респондентов принимают витамины постоянно, 34 % не принимают их никогда, 60 % – иногда. Не лучше обстояли дела и с поступлением минеральных веществ. Рационы содержали 52 % кальция, 75 % фосфора, 68 % магния, 59 % железа, 33 % хрома, 12 % йода и 9 % селена от рекомендуемого. 69 % женщин имеют избыточную массу тела, причем 72 % из них страдают ожирением. Лишь пятеро ежедневно занимаются физкультурой, при этом продолжительность занятий явно недостаточна для поддержания хорошей физической формы – менее 15 минут в день.

При попытке оценить состояние здоровья только 3 сочли себя здоровыми. Остальные отметили у себя наличие хронических заболеваний. 76 страдают болезнями желудочно-кишечного тракта, 83 – опорно-двигательного аппарата, 81 – сердечно-сосудистыми заболеваниями, 43 – мочеполовыми органами, 27 – эндокринными расстройствами. На каждую из опрошенных в среднем пришлось по 3,7 хронических заболеваний.

Считаем, что такое состояние здоровья связано с неправильно организованным питанием, недостатком защитных компонентов пищи, которые могли бы предотвратить развитие заболеваний.



БАХОВУДИНОВА О.В., ХАНЧЕНКОВ Н.С., ЗАЙЦЕВ Н.М., ТАРАСОВ Н.И.  
ОАО Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Старение является естественным процессом, с рядом характерных взаимодействующих физиологических, психологических и социальных факторов. В последнее время медицина и государство уделяют большое внимание пожилым людям в связи с ожидаемым приростом их числа в ближайшие годы. По некоторым оценкам, например, только в США количество населения старше 60 лет достигнет к 2030 году 70 миллионов человек, а лица старше 85 лет составляют самую быстрорастущую группу населения. Лечение лиц пожилого возраста является сложной и важной проблемой. Наличие в большинстве случаев сопутствующей патологии может кардинально влиять на тактику лечения, сводя ее порой к симптоматической терапии. Рекомендации по изменению образа жизни (снижение массы тела, увеличение физической активности, отказ от курения) не всегда подходят пожилым людям. Кроме того, многочисленными исследованиями было доказано, что физические упражнения играют решающую роль в поддержании здоровья пожилых людей и замедлении процессов старения.

**Цель настоящей работы** — оценить эффективность и значение санаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в пожилом возрасте, сравнить показатели эффективности реабилитации с группой пациентов, не достигших пожилого возраста.

Всего в исследование были включены 389 человек, перенесших первичный инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда диагностировали согласно критериям ВОЗ (1970 г.), на основании характерного приступа ангинозных болей длительностью более 30 минут, с типичными изменениями ЭКГ. 68 человек в возрасте от 60 до 77 лет ( $68,5 \pm 4,5$  лет) и 242 человека в возрасте 31-59 лет ( $45 \pm 7$  лет).

Пациенты разделены на четыре группы. Пациенты первой группы ( $n = 300$ ) по возрасту подразделены в подгруппы А (51 пожилой пациент) и Б (249 пациентов, не достигших пожилого возраста). Пациенты первой группы проходили санаторный этап реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда. Пациенты второй группы санаторный этап реабилитации не получали, не имея для этого медицинских противопоказаний. Подгруппу 2А составили 17 пожилых пациентов, в подгруппе 2Б — 72 пациента, не достигших пожилого возраста.

Исследуемые группы больных не имели достоверных различий по полу и локализации первичного инфаркта миокарда. В группе пожилых пациентов достоверно чаще встречалась сердечная недостаточность II класса по Killip (у 15,8 % в группе 1А и у 29 % в группе 2А). В группе пациентов трудоспособного возраста аналогичный показатель составил 5,2 % в группе 1Б и 14,5 % в группе 2Б. При суточном мониторировании ЭКГ желудочковые нарушения ритма 3 класса и выше (по Killip) зарегистрированы во всех группах пациентов на постстационарном этапе реабилитации. Наиболее часто желудочковые аритмии встречались в группе 1А, где этот показатель составил 19 %, в остальных группах — не более 6 %. Наличие аневризмы сердца было выявлено только в группе пациентов, получавших санаторный этап реабилитации, и составил 21,6 % в группе 1А и 11,2 % в группе 1Б. Наличие приступов стенокардии II-III функционального класса на момент выписки из стационара было выявлено во всех группах более чем у трети пациентов и не имело достоверных отличий между группами. Выраженная дисфункция левого желудочка ( $ФВ < 40$  %) была выявлена на стационарном этапе в группе 1А (21,6 %) и в группе 1Б (11,2 %). Таким образом, наличие приступов стенокардии II-III класса, выраженная дисфункция левого желудочка и сердечная недостаточность II класса не были противопоказанием для приема пациентов на санаторный этап реабилитации.

Длительность стационарного этапа одинакова в группе пожилых пациентов (1А и 2А) и составила в среднем 21,5 койко-день, в группе пациентов трудоспособного возраста (1Б и 2Б) этот показатель составил в среднем 19,5 койко-дней. На постстационарном этапе лечения все пациенты продолжали получать стандартную медикаментозную терапию. Основой восстановительной программы на санаторном этапе явились различные методы физической реабилитации, предложенные Л.Ф. Николаевой и Д.М. Ароновым, и включали лечебную физкультуру, дозированную ходьбу и велотренировки. Кроме этого, пациенты получали массаж, лазеротерапию, фитотерапию, аэроионотерапию, сухие углекислые ванны, ингаляции и спелеотерапию (при наличии сопутствующих заболеваний бронхо-легочной системы). Пациенты 2 группы не имели возможности получать комплексное лечение, а контролируемыми

физическими тренировками на амбулаторном этапе занималась лишь треть пациентов.

Анализ амбулаторных карт показал, что среднее количество дней нетрудоспособности в 1 группе пациентов, получавших санаторный этап реабилитации, было выше и составило в среднем 121,5 дней. Во 2 группе этот показатель составил в среднем 93,5 дня. При оценке отдаленных результатов (двухгодичное наблюдение) в подгруппах достоверных отличий не выявлено. Так, более 70 % пациентов 1 группы за первый год не имели ни одной повторной госпитализации по поводу обострения ИБС, тогда как во 2 группе таких пациентов не было, и 88 % из них имели хотя бы одну госпитализацию. К труду вернулись 76,5 % пациентов в обеих группах. Выход на инвалидность в группе пожилых и трудоспособных пациентов составил 7,8 % и 8,4 % и достоверных отличий не имел. Однако частота повторных инфарктов миокарда за два года наблюдения в 1 группе составила 7,2 %, тогда как во 2 группе — 11,9 %. Кроме того, за 2 года наблюдения после перенесенного первичного инфаркта миокарда у пациентов обеих групп были выявлены острые нару-

шения мозгового кровообращения, их частота в 1 группе составила 3,4 %, во 2 группе — 10 %.

Таким образом, в нашем исследовании показано, что в относительно однородной группе пациентов, перенесших первичный инфаркт миокарда, включение в программу реабилитации санаторного этапа доказало свою эффективность. Несмотря на увеличение сроков нетрудоспособности, получение полноценного курса реабилитации в отдаленном периоде достоверно снижает риск развития повторных сердечно-сосудистых катастроф (повторные инфаркты миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения), значительно снижаются частота повторных госпитализаций и выход на инвалидность. В нашем исследовании не было выявлено достоверных различий по отдаленным результатам реабилитации между пациентами пожилого и трудоспособного возраста. Наличие же у пожилых пациентов более тяжелого класса постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, желудочковых аритмий только подчеркивает важность и необходимость расширения показаний для санаторного этапа реабилитации этой группы пациентов.

ГЕРАСИМОВА И.В., ТОРОПЧИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Н.В.,  
 ДУДОШНИКОВА И.А., ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово,  
 Новосибирский государственный медицинский университет,  
 г. Новосибирск

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТРАЛИНА (СЕРЛИФТА) У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Ц**елью исследования явилась оценка эффективности лечения сертралином (серлифтом) у пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В условиях гериатрического отделения МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово обследованы 56 женщин. Критерии включения: возраст 60-74 лет, наличие ИБС, подтвержденной суточным мониторингом ЭКГ, стенокардия в пределах ФК II, ХСН не выше II-а стадии, гипертоническая болезнь III ст. В основную группу включены 36 женщин, получавших сертралин (серлифт) в дозе 25 мг в сутки. Группу сравнения составили 20 больных, не получавших серлифт. Обе группы получали стандартное лечение: β-адреноблокаторы (БАБ), ин-

гибиторы АПФ (ИАПФ), дезагреганты. Оценка психического статуса проводилась по шкалам депрессии Монтгомери-Асберга и госпитальной шкале тревоги и депрессии. Уровень тревожности оценивался по шкалам Спилберга-Ханина. Всем больным проводилось исследование основных и ряда дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска, а также ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма. Повторные исследования больных проводили через восемь недель.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных, получавших сертралин (серлифт), отмечалось субъективное улучшение самочувствия, настроения, показателей шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга и госпитальной шка-

лы тревоги и депрессии, тенденция к уменьшению выраженности реактивной тревоги, а также уменьшилось количество ангиальных приступов.

#### ВЫВОД:

У пожилых женщин с ИБС и признаками тревожно-депрессивных состояний прием сертрали-

на (серлифта) в дозе 25 мг в сутки в течение восьми недель достоверно уменьшает выраженность и частоту синдрома депрессии. При этом, по данным суточного мониторирования ЭКГ, отмечается уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда и улучшение показателей вариабельности сердечного ритма.

ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В., КОНОВАЛОВА А.А., СОЛОМАТИНА Е.Б.

*Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,*

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*г. Кемерово,*

*Новосибирский государственный медицинский университет,*

*г. Новосибирск*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

**Ф**еномен турбулентности сердечного ритма как способ оценки функции барорефлекса и степени сердечно-сосудистого риска в последние годы привлекает особое внимание исследователей. При этом, несмотря на интенсивную разработку критериев турбулентности, количество исследований турбулентности весьма ограничено.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение показателей турбулентности сердечного ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ у больных мужчин пожилого возраста, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) с высоким сердечно-сосудистым риском.

Группа обследованных была представлена 55 мужчинами с АГ III ст., риском 4, в среднем возрасте  $68,4 \pm 2,3$  лет. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ВНОК (2004). Всем больным проводилась оценка качества жизни (КЖ) по шкале оценки SF-36, уровня депрессии с помощью опросника Бека, реактивной и личностной тревожности по шкале оценки Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, тест с 6-минутной ходьбой, изучение биологического возраста по методу В.П. Войтенко, ЭКГ, ЭХоКГ, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, а также изучение турбулентности сердечного ритма с оценкой начала турбулентности (ТО) и наклона турбулентности (TS) по данным суточного мониторирования ЭКГ. Группу сравнения составили 25 мужчин с АГ в возрасте  $46,3 \pm 3,8$  лет.

Выявлено, что пожилые больные с высоким сердечно-сосудистым риском отличались от группы сравнения увеличением показателей ТО и уменьше-

нием TS ( $P < 0,05$ ). В дальнейшем пожилые мужчины были разделены на две подгруппы в зависимости от значения ТО в ночное время. Было выявлено, что патологические значения ТО в ночное время ассоциируют с достоверным ( $P < 0,05$ ) увеличением индекса массы тела (ИМТ), среднесуточной частотой сердечных сокращений (ЧСС), снижением циркадного индекса, уменьшением мощности низко- и высокочастотной составляющих спектра вариабельности сердечного ритма, удлинением QT по данным стандартной ЭКГ, увеличением минутного объема кровотока (МОК), и индекса массы миокарда левого желудочка сердца (iММЛЖ).

Методом корреляционного анализа были получены достоверные обратные корреляционные связи ТО в ночное время с биологическим возрастом больных, уровнем систолического артериального давления, циркадным индексом ЧСС. Наклон турбулентности сердечного ритма был прямо связан со всеми спектральными показателями суточной вариабельности сердечного ритма и обратно — с уровнем личностной тревожности людей и их биологическим возрастом. Уравнение многофакторного регрессионного анализа, включившее в качестве независимых переменных 12 параметров клинико-функционального статуса пожилых больных, выявило, что на снижение ТО ночью независимое влияние оказывает индекс массы миокарда левого желудочка сердца.

**Вывод:** анализ турбулентности сердечного ритма у пожилых больных АГ способен уточнять степень тяжести их клинического статуса, и может быть полезен при стратификации сердечно-сосудистого риска.

ДУДОШНИКОВА И.А., БОДАК Н.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово

## СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**З**аболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре патологии у лиц пожилого и старческого возраста. В настоящее время заслуживают внимания нарушения ритма и проводимости у больных ИБС и артериальной гипертензией с поражением клапанного аппарата.

**Целью исследования** явилось выявление у лиц пожилого возраста, находившихся в отделении гериатрии МУЗ ГКБ № 2, нарушений ритма, проводимости и изменений сегмента ST с поражением клапанного аппарата.

Было проанализировано 200 больных обоего пола в возрасте от 56 до 72 лет. Проведено обследование на шестиканальном электрокардиографе, на системе анализа суточного мониторирования ЭКГ и АД с использованием аппарата «Кардиотехника-04», эхокардиографе с импульсно-волновым доплером «Sim 5000 PLUS».

В результате исследования было установлено, что ИБС страдали 100 человек, артериальной гипертензией — 40 человек. У 130 человек (65 %) выявлена кальцификация клапанного аппарата, 80 мужчин и 50 женщин, средний возраст 67 лет. Кальцификация аортального клапана была обнаружена у 78 человек (60 %), митрального клапана — у 39 человек (30 %), сочетанное поражение аортального и митрального клапанов имелось у 13 человек (10 %). Кальцификация клапанов в 40 % случаев сопровождалась формированием стеноза. Аортального клапана в 50 % случаев: I ст. — 60 %; II ст. — 35 %; III ст. — 5 %. Митрального клапана в 30 % случаев: I ст. — 63 %, II ст. — 28 %; III ст. — 9 %. В 30 % случаев кальцифика-

ция клапанов сердца сопровождалась регургитацией различной степени выраженности. У 90 % больных с кальцификатами имела место гипертрофия миокарда левого желудочка, у 81 % — увеличение размеров левого предсердия.

Были проанализированы суточные мониторы у больных с ИБС с пораженным клапанным аппаратом и без. У больных первой группы в 100 % случаев отмечались нарушения ритма и в 60 % случаев у второй группы. Фибрилляция предсердий выявлена у 38 % больных первой группы. Суправентрикулярные нарушения ритма выявлены у первой группы и 32 % у второй. Желудочковые экстрасистолы имели место в 80 % в первой группе и у 5 % — второй. Во второй группе желудочковые экстрасистолы высоких градаций зарегистрированы не были.

Проанализирована динамика сегмента ST в течение суток. Чаще всего (70 % случаев) ишемические изменения сегмента ST встречались у лиц с пораженным клапанным аппаратом. У лиц без поражения клапанов ишемия встречалась реже, в 42 % случаев.

Таким образом, больные с поражением клапанного аппарата более подвержены различным нарушениям ритма и изменениям сегмента ST ишемического типа. Следовательно, проведение суточного мониторирования ЭКГ, АД и ЭХОКГ являются необходимыми и обязательными методами исследования с учетом большой диагностической значимости у лиц пожилого возраста, которые позволяют дифференцированно подходить к лечению аритмий у данной категории больных.

ЗАЙЦЕВ Н.М., РАЙДЕР М.А., БАХОВУДИНОВА О.В., КУЛИКОВА Н.А.  
ОАО Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**С**ахарный диабет (СД) является одним из важнейших факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Частота заболеваемости ишемической болезнью сердца, ост-

рым инфарктом миокарда (ОИМ) у больных СД намного выше, а доля летальности в структуре общей сердечно-сосудистой смертности у больных СД достигает 75 %. Причина высокой сердечно-

сосудистой смертности обусловлена сочетанием нескольких факторов риска быстрого развития и прогрессирования атеросклероза и сердечной недостаточности: гипергликемии, артериальной гипертензии и дислипидемии. Одна из причин плохого прогноза у больных с ОИМ и сердечной недостаточностью, развившейся на фоне СД – усугубление дисфункции миокарда на фоне диабетической кардиомиопатии.

Применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и  $\beta$ -блокаторов – основа лечения ХСН. В течение длительного периода было распространено мнение, что наличие СД, особенно у больных с ХСН, является противопоказанием для применения  $\beta$ -блокаторов. Возможность снижения смертности у больных с ХСН и СД за счет применения  $\beta$ -блокаторов была доказана только при исследовании карведилола.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение влияния комбинированной терапии небилетом и вазилипом на показатели липидного и углеводного обмена, её эффективность и безопасность у больных, перенесших инфаркт миокарда, ассоциированный с СД 2 типа.

В исследование включены 43 пациента, в том числе 29 мужчин (67,4 %) и 14 женщин (32,6 %). Все пациенты переведены на санаторный этап восстановительного лечения в подострой стадии инфаркта миокарда и имели СД 2 типа с длительностью заболевания от 1 года до 24 лет в стадии компенсации и субкомпенсации с исходным уровнем сахара крови натощак  $7,4 \pm 1,2$  ммоль/л. 98 % пациентов имели артериальную гипертензию 3 стадии, 68 % – избыточную массу тела.

У пациентов имелись признаки коронарной и сердечной недостаточности I–III ФК по классификации NYHA. У 84 % пациентов исходно был повышен уровень общего холестерина, в среднем

этот показатель составлял  $6,7 \pm 0,3$  ммоль/л. Критериями оценки результатов исследования являлись клинические данные, тест 6-минутной ходьбы, толерантность к физической нагрузке по ВЭМ, уровень сахара крови натощак и уровень общего холестерина.

На фоне соблюдения стандартной гипогликемической диеты и приема подобранной в стационаре дозы сахароснижающих препаратов, а также антиангинальной и гипотензивной терапии (нитраты, иАПФ, дезагреганты, диуретики) пациентам назначался небилет в дозе 2,5–5 мг в сутки и вазилип в дозе 20 мг в сутки.

Через 3 недели проводимой терапии у 79 % пациентов купировались клинические признаки сердечной недостаточности, приступы коронарных болей стали реже. Расстояние, которое пациенты могли пройти за 6 минут, достоверно увеличилось ( $406,7 \pm 94,3$  м при исходном  $196,6 \pm 93,1$  м), толерантность к физической нагрузке по результатам проведенной велоэргометрии возросла на 6,7 %. У 38 % пациентов был достигнут целевой уровень общего холестерина и этот показатель в группе через 3 недели приема вазилипа составил  $5,04 \pm 0,2$  ммоль/л. Уровень сахара в крови натощак достоверно не изменился и составил  $7,0 \pm 1,3$  ммоль/л.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение небилета эффективно и безопасно при лечении пациентов, перенесших ОИМ, ассоциированный с СД 2 типа и сердечной недостаточностью. Включение в комбинированную терапию данной группы пациентов вазилипа при 3-х недельном применении показало выраженную гиполлипидемическую активность, а также клинически значимое снижение коронарной и сердечной недостаточности, что свидетельствует об улучшении качества жизни пациентов.

КРИВОНОСОВ Д.С., ТАРАСОВ Н.И., БАРБАРАШ Л.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*Кемеровский кардиологический диспансер,*

*г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Целью настоящего исследования** явилось изучение результатов ранней реваскуляризации миокарда методами ферментативного тромболитика и чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) у

больных пожилого возраста с ОКС с подъемом сегмента ST.

В исследование включены 599 больных пожилого и старческого возраста, поступивших в инфарктное отделение в остром периоде инфаркта



миокарда с признаками субэпикардального повреждения по ЭКГ. Пациенты, в зависимости от лечебной тактики, разделены на 3 группы: группа 1 – 37 пациентов подвергнутых ЧТКА; группа 2 – 60 пациентов, которым проводилась системная тромболитическая терапия (СТЛТ). Группу сравнения составили 502 пациента, которым не проводили СТЛТ или ЧТКА.

Эндоваскулярная и ферментативная реваскуляризации миокарда у пациентов пожилого возраста ОКС с подъемом сегмента ST способствует снижению госпитальной летальности на 85,4 % и 36,8 %, соответственно. Преимуществами эндоваскулярной реваскуляризации перед ферментативной, кроме уменьшения летальности, яв-

ляются снижение частоты рецидивов ИМ (на 68,9 %) и ранней постинфарктной стенокардии (на 39,3 %) на госпитальном этапе. Кроме того, использование эндоваскулярной и/или ферментативной реваскуляризации миокарда способствует уменьшению и предотвращению клинических признаков острой левожелудочковой недостаточности.

Ранняя реваскуляризация миокарда с признаками субэпикардального повреждения у пациентов пожилого возраста интервенционными и ферментативными методами позволяет существенно оптимизировать клиническое течение госпитального периода, не сокращая, однако, сроков стационарного лечения.

КРИВОНОСОВ Д.С., ТАРАСОВ Н.И., ЛОБАНОВ М.А., БАРБАРАШ Л.С.  
 ГУ НПЛРХСуС с клиникой РАМН,  
 Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово

## ЭКСТРЕННОЕ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

**Ц**елью исследования явилось изучение безопасности и эффективности экстренной эндоваскулярной реваскуляризации коронарных артерий с использованием внутрисосудистых стентов у больных инфарктом миокарда пожилого возраста.

В исследование включили 46 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 6 часов от начала развития симптомов. Всем больным, с учетом показаний и противопоказаний, выполняли экстренную чрезкожную транслюминальную коронарную ангиопластику (ЧТКА) с последующей установкой стента симптом ответственной артерии (СОА). В зависимости от возраста, пациенты были разделены на 2 группы: А (n = 36) – в возрасте от 38 до 60 лет и В (n = 10) – от 61 до 82 лет. Оценивали тяжесть поражения коронарного русла (ТПКР) методом Петровского-Иоселиани, учитывали эффективность лечения, осложнения раннего и отдаленного периодов инфаркта миокарда (ИМ), частоту новых коронарных событий, повторных госпитализаций, летальных исходов в течение 1 года после ЧТКА.

Анализ результатов коронарографии, выполненной в остром периоде ИМ, выявил различия по ТПКР (29,8 % в группе А и 55,98 % в группе В), свидетельствующие о достоверно более тяжелом поражении коронарного русла у пациентов старше 60 лет. У пациентов обеих групп достигнуто восстановление кровотока СОА (ТМІ-3). В течение госпитального периода в группе А наблюдали один рецидив ИМ вследствие тромбоза стента, потребовавшего повторного эндоваскулярного вмешательства. В группе В за этот период повторных коронарных событий не было. В течение последующего года 5 пациентов (13,9 %) группы А были повторно госпитализированы: 4 – по поводу ИМ и один – с прогрессирующей стенокардией; одна пациентка умерла от кардиогенного шока. В группе В повторный ИМ диагностировали у 2 пациентов (20 %), летальных исходов не было.

Таким образом, ЧТКА при остром ИМ была одинаково эффективна и безопасна в сравниваемых группах, а частота неблагоприятных событий после экстренного коронарного стентирования по результатам одногодичного наблюдения достоверно не различалась: 13,9 % (А) и 20 % (В), и не зависела от возраста пациентов.

ЛЕБЕДЕВА Н.Б., ТАРАСОВ Н.И., БАРБАРАШ О.Л.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**В** последнее время накапливается все больше доказательств того, что такие психологические факторы, как депрессия, тревога, симптомы психологического стресса, являются независимыми факторами риска ИБС. Вместе с тем, несмотря на высокую заболеваемость и смертность от ИБС среди женщин и доказанную клиническую и прогностическую значимость психологических факторов при ИМ у мужчин, психологические особенности женщин с ИМ мало изучены.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение психофизиологических особенностей женщин с ОИМ в сравнении с мужчинами.

В исследование включены 120 женщин с ОИМ, находившихся на лечении в инфарктном отделении Кемеровского кардиологического центра. Средний возраст составил  $66,1 \pm 0,9$  лет. Исследование показателей психоэмоционального статуса проводилось на 5-7 сутки от развития ИМ (начало формирования подострого периода по ЭКГ) с использованием опросника Дженкинса для определения типа коронарного поведения, шкалы депрессии Цунга, шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

По результатам шкалы Цунга, на 5-7 сутки после развития ИМ признаки депрессии были выявлены у 29 пациенток (24,2 %) – средний балл  $44,7 \pm 0,7$ ,  $\sigma 7,0$ ; через год после развития ИМ – у 11 пациенток (10,2 %) – средний балл  $42,6 \pm 0,7$ ,  $\sigma 6,7$  ( $p = 0,002$ ).

Вместе с тем, определялось увеличение среднего балла депрессии по мере утяжеления течения ИМ: в подостром периоде ИМ – от  $39,9 \pm 2,1$  баллов в группе больных I класса тяжести до  $46,1 \pm 1,0$  баллов в группе больных IV класса тяжести; через год после развития ИМ – от  $38,1 \pm 2,8$  до  $43,6 \pm 1,0$ , соответственно.

Так, на 5-7 сутки ИМ не выявлено различий в среднем балле депрессии у пациенток, имеющих и не имеющих эпизоды ишемии миокарда по данным СМ-ЭКГ, с низкой (ФВ < 40 %) и нормальной ФВ по данным ЭХО-КГ.

В то же время, у пациенток с наличием ишемии миокарда через год после развития ИМ, как в подостром периоде ИМ, так и через год, средний балл депрессии оказался в два раза выше ( $p = 0,04$ ) по сравнению с пациентками без эпизодов ишемии миокарда.

Кроме того, выявлено, что пациентки, госпитализированные повторно в течение года после ИМ, отличались от пациенток без госпитализаций более высоким баллом депрессии, а у пациенток, умерших в течение года наблюдения, средний балл депрессии на 5-7 сутки ИМ, оказался достоверно выше по сравнению с пациентками, оставшимися в живых ( $49,5 \pm 2,2$  и  $44,3 \pm 0,7$  баллов, соответственно,  $p = 0,02$ ).

В подостром периоде ИМ высокий балл ЛТ выявлен у 108 больных (90 %), умеренно повышенный – у 12 (10 %). Через год количество пациенток с высокой ЛТ уменьшилось до 85 (78,7 %), число пациенток с умеренно повышенной ЛТ увеличилось до 23 (21,3 %).

При выявлении взаимосвязи между тяжестью ИМ и уровнем тревожности выявлено, что по мере утяжеления ИМ, как в подостром периоде ИМ, так и через год после перенесенного ИМ, наблюдалось достоверное увеличение уровня ЛТ, с  $50,0 \pm 2,6$  до  $58,8 \pm 1,1$  ( $p = 0,024$ ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода в оценке прогноза у женщин с ИМ с использованием показателей психоэмоционального статуса.

ЛЕБЕДЕВА Н.Б., ТАРАСОВ Н.И., БАРБАРАШ О.Л.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## ТИП КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

**И**звестно, что психологические особенности личности являются как предикторами ИБС, так и факторами, определяющими прогноз при этом заболевании. Однако значи-

мость этих факторов, возможности их выявления и коррекции, а также гендерные особенности до сих пор обсуждаются. Одним из широко представленных в литературе с 1959 года психологи-



ческим фактором риска является концепция типа коронарного поведения А, предложенная Friedman M., Roserman R. Однако если в настоящее время можно считать доказанным, что тип поведения А является предиктором развития ИБС у мужчин, то его прогностическая роль у женщин и влияние на исходы ИБС до конца не определены.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение течения ИМ у женщин в зависимости от типа коронарного поведения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 120 женщин, находившихся на лечении по поводу острого инфаркта миокарда в Кемеровском кардиоцентре. Средний возраст составил  $66,1 \pm 0,9$  лет.

Для идентификации типа коронарного поведения использовали сокращенный вариант широко распространенного в проспективных исследованиях опросника Дженкинса (Jenkins, 1967). Клинический статус оценивался традиционно.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В настоящем исследовании 59 пациенток (49,2 %), согласно опроснику Дженкинса, были отнесены к типу коронарного поведения А, столько же к типу АБ и только 2 пациентки (1,7 %) — к типу коронарного поведения Б. В связи с малым количеством пациенток, относящихся к типу поведения Б, они были объединены с пациентками типа АБ.

При анализе взаимосвязи основных факторов риска и типа коронарного поведения выявлено, что курящих среди лиц типа поведения А было больше, чем среди лиц типа АБ: 5 из 6 куривших относились к типу А. При этом средний балл типа коронарного поведения для куривших пациенток оказался достоверно ( $p = 0,02$ ) ниже, чем у некурящих, как в подостром периоде ИМ, так и через год после ИМ ( $p < 0,001$ ). Кроме того, следует отметить, что чем дольше пациентки ку-

рили, тем более низкий регистрировался средний балл типа коронарного поведения ( $r = -0,33$ ,  $p = 0,002$ ). Обе пациентки с коронарным типом Б не курили.

Далее в настоящем исследовании оценена взаимосвязь между уровнем типа коронарного поведения и тяжестью ИМ. Достоверных различий по уровню типа коронарного поведения у пациенток с различным классом тяжести ИМ выявлено не было. Тем не менее, у пациенток типа коронарного поведения АБ достоверно ( $p = 0,012$ ) чаще встречался ИМ передней локализации: 46 пациенток (38,3 %) типа коронарного поведения АБ по сравнению с 10 пациентками (8,3 %) типа коронарного поведения А.

В последующем оценивалось наличие у обследуемых пациенток с ИМ взаимосвязи среднего балла типа коронарного поведения в подостром периоде и через год после развития ИМ с наличием осложнений, а также «конечных точек» в подостром периоде. Так, во все сроки обследования не выявлено различий в среднем балле типа коронарного поведения между пациентами, имевшими и не имевшими различные типы осложнений и «конечные точки».

Таким образом, можно думать, что тип коронарного поведения не оказывает значительного влияния на течение ИМ и постинфарктного периода у женщин. Тогда как известно, что у мужчин тип коронарного поведения А является одним из факторов, утяжеляющих течение ИМ.

Далее оценены прогностические индексы для выявления типа поведения А на 5-7 сутки ИМ в отношении риска развития «конечных точек» в течение года после развития ИМ. Отмечена высокая прогностическая ценность отрицательного результата типа А в отношении развития смерти, повторного инфаркта миокарда и прогрессирования стенокардии. В то же время, чувствительность и специфичность типа коронарного поведения А не позволяет рекомендовать этот метод для прогнозирования «конечных точек» у женщин с ИМ.

МАРЦИЯШ А.А., АНДРЕЕВА В.И., ГРИДНЕВА Т.Д.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

**И**шемическая болезнь сердца (ИБС) относится к числу самых распространенных заболеваний в индустриально развитых странах. С учетом рекомендаций специальной ко-

миссии Европейского общества кардиологов (1998), сформированы программы реабилитации больных ИБС. Однако возможные осложнения проводимой терапии и хирургической реваскуляризации,

высокая стоимость лечения и снижение качества жизни пациентов диктуют необходимость поиска новых способов лечения, реабилитации и вторичной профилактики больных ИБС с целью улучшения качества жизни [1, 2].

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что для эффективной терапии больных инфарктом миокарда (ИМ), а также после оперативного лечения ИБС, необходима коррекция нарушений ритма и проводимости, расстройств микроциркуляции, внутрисердечной гемодинамики, нарушенных адаптивных механизмов к природным физическим факторам. Комбинированное применение физиотерапевтических факторов и медикаментозных средств при решении этих задач имеет преимущества перед монотерапией [3, 4]. Под влиянием сочетанного воздействия улучшается нейрогуморальная регуляция коронарного кровообращения, системная и регионарная гемодинамика, наблюдается периферический вазодилатирующий эффект, снижается постнагрузка, удлиняется диастола, улучшается доставка кислорода к тканям и нормализуется иммунологическая реактивность организма. Вместе с тем, в существующих программах реабилитации больных ИБС, в том числе и после хирургического лечения, недостаточно внимания уделяется физиотерапевтическим факторам, а используются преимущественно физические тренировки и психотерапия [5].

**Цель исследования** — обосновать необходимость проведения вторичной профилактики больных, перенесших инфаркт миокарда, с использованием магнитолазерной терапии.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительные клинико-функциональные результаты использования однократного курса магнитолазерной терапии (МЛТ) у больных ИБС предполагают изучение возможности применения данного метода в качестве средства вторичной профилактики ИБС при повторных курсах. Магнитолазерную терапию проводили серийным аппаратом «УЗОР». Методика лечения заключалась в следующем: 1 поле: область средней трети грудины; 2 поле: верхушка сердца; 3 поле: левая подлопаточная область; 1-я, 2-я и 3-я процедуры — 80 Гц, 4-я, 5-я, 6-я и 7-я процедуры — 150 Гц, 8-я, 9-я и 10-я процедуры — 80 Гц. Время воздействия на 1 поле — 1 минута. Воздействие на биологически активные точки проводили ежедневно по 30 секунд, 80 Гц, напряженность магнитного поля — 40-50 мТл.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 42 больных, получивших на санаторном этапе магнитолазерную терапию, 22 (52,4 %) получили повторный курс магнитолазерной терапии

на поликлиническом этапе через 6 месяцев от перенесенного инфаркта миокарда. Эти пациенты составили основную группу, а 20 больных, получавших только медикаментозную терапию, — контрольную. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, тяжести течения заболевания. Исходно в группах наблюдения достоверных различий не выявлено.

Окончание курса лечения характеризовалось достоверным уменьшением количества приступов стенокардии на 74 % у больных, получающих повторный курс лазеротерапии, и на 13,5 % у больных, не получающих повторного курса ЛТ. Через 12 месяцев в обеих группах также отмечено достоверное уменьшение количества приступов стенокардии, на 49 % и 24 %, соответственно. Больные, получающие повторный курс лазеротерапии после курса лечения, имели на 53 % достоверно меньшее количество приступов стенокардии и на 50 % через 12 месяцев в сравнении с не получающими повторного курса.

Количество принимаемого нитроглицерина достоверно уменьшилось на 22,8 % после курса лечения у больных, получающих повторный курс лазерной терапии (ЛТ), в то время как достоверного уменьшения количества принимаемого нитроглицерина у больных, не получающих повторного курса ЛТ, не выявлено за весь период наблюдения. Больные, получающие повторный курс ЛТ после курса лечения и через 12 месяцев, имели достоверно меньшее количество принимаемого нитроглицерина, на 21,9 % и 54 %, соответственно, в сравнении с не получающими повторной ЛТ.

Количество эпизодов ишемии уменьшилось в обеих группах как после курса лечения, так и через 12 месяцев, однако в группе больных, получавших повторный курс ЛТ, после курса лечения отмечено достоверное уменьшение количества эпизодов ишемии. Количество желудочковых экстрасистол достоверно уменьшилось в группе получавших повторный курс ЛТ после курса лечения на 36,2 %, через 12 месяцев на 48 %. В группе не получавших повторный курс лазеротерапии достоверное уменьшение на 18,8 % зарегистрировано только через 12 месяцев. Вместе с тем, в группе получавших повторный курс ЛТ как после курса ЛТ, так и через 12 месяцев было достоверно меньше желудочковых экстрасистол (ЖЭ), на 49 % и 67,6 %, соответственно, в сравнении с не получавшими повторной лазеротерапии.

Толерантность к физической нагрузке увеличилась в группе больных, получающих повторный курс лазеротерапии после курса на 10 % и через 12 месяцев. Вместе с тем, больные, не получавшие повторного курса, имели достоверный прирост ТФН только через 12 месяцев на 14,4 %. При проведении теста шестиминутной ходьбы в группе больных, получавших повторный курс ЛТ,

выявлен достоверный прирост дистанции ходьбы после курса на 19,7 % и через 12 месяцев на 39,7 %. В группе не получавших повторного курса достоверный прирост дистанции ходьбы выявлен только через 12 месяцев, на 20,6 %.

Вместе с тем, как после курса лечения, так и через 12 месяцев в группе получавших повторный курс МЛТ дистанция ходьбы была больше на 14 % и 16,2 %, соответственно, в сравнении с не получавшими повторного курса МЛТ. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) достоверно увеличивалась в обеих группах наблюдения как после курса лечения, так и через 12 месяцев. Параллельно увеличению ФВ ЛЖ уменьшались конечный диастолический объем (КДО) и конечный систолический объем (КСО).

Уровень реактивной тревожности (РТ) достоверно уменьшался в группе получавших повторный курс МЛТ после курса лечения на 19,8 %, через 12 месяцев на 18,6 %, соответственно. В группе не получавших повторно курса МЛТ уменьшение было недостоверным. Суммарный показатель качества жизни (КЖ) достоверно увеличивался в группе получавших повторный курс МЛТ после курса на 18,4 % и через 12 месяцев на 21 %. В группе не получавших повторного курса МЛТ достоверное увеличение суммарного показателя КЖ выявлено только через 12 месяцев на 17 % от исходного уровня.

Из 22 больных, получавших повторный курс магнитолазерной терапии, через 12 месяцев летальных исходов 2 (9 %), повторных инфарктов и госпитализаций, обусловленных обострением заболевания, не было, в то время как в группе контроля было 2 умерших (10 %), 2 инфаркта ми-

окарда (10 %) и 3 повторных госпитализации в связи с обострением заболевания (15 %). Курсы магнитолазерной терапии, оказывающие многофакторное действие на организм, по-видимому, способны предупреждать развитие острого коронарного синдрома. Кроме того, в группе двукратного лечения к трудовой деятельности через 12 месяцев вернулись 85 % больных, в то время как в группе контроля лишь 61 %.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимость проведения повторного курса магнитолазерной терапии больным, перенесшим инфаркт миокарда, обусловлена достоверным улучшением клинических и функциональных показателей, а также качества жизни в сравнении с больными, не получающими повторных сеансов лазеротерапии.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Аронов, Д.М. Кардиологическая реабилитация в России - проблемы и перспективы /Аронов Д.М., Оганов Р.Г. // Рос. кардиолог. журн. - 2001. - №3. - С.4-9
2. Волков, В.С. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях /Волков В.С., Поздняков Ю.М. - 1995. - С. 176.
3. Козлов, В.И. Лазеротерапия с применением АЛТ «Мустанг» /Козлов В.И., Буйлин В.А. - М.: Апект Пресс, 1995. - 143 с.
4. Лазеры в клинической медицине. Руководство для врачей /под ред. С.Д. Плетнева. - М.: Медицина, 1996. - 432 с.
5. Тарасов, Н.И. Инфаркт миокарда. Реваскуляризация миокарда, прогноз, осложнения, перекисное окисление липидов, принципы фармакотерапии, физическая реабилитация /Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Барбараш Л.С. - Кемерово, 2001. - 327 с.

МАРЦИЯШ А.А., КРИКУНОВА З.П., ТАРАСОВ Н.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ

**С**анаторный этап реабилитации больных перенесших инфаркт миокарда является актуальным вопросом в настоящее время. Известно, что лечение не всегда приводит к улучшению общего состояния, а иногда сопровождается снижением качества жизни больных.

**Целью исследования** явилась оценка восстановительного лечения больных ИБС на санаторном этапе.

На санаторном этапе обследовано 69 больных. Все больные перенесли острый инфаркт миокарда, и в срок до 30 дней ( $22 \pm 2,2$ ) были переведены из отделения острой коронарной патологии

на долечивание в кардиологический санаторий «Меркурий». 42 больных (60,8 %) на санаторном этапе получали лечение по традиционной схеме, которая включала прием нитратов, дезагрегантов,  $\beta$ -блокаторов, ингибиторов АПФ. Кроме того, проводилась лечебная физкультура. 27 пациентов (39,2 %), кроме медикаментозной терапии и ЛФК, получали неинвазивную гелий-неоновую лазеротерапию и антиоксидант Аевит.

Результаты настоящего исследования позволили выявить у больных, находящихся на долечивании в кардиологическом санатории, низкое качество жизни (КЖ), обусловленное «необходимостью



лечиться», «необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» и «необходимостью ограничений физических усилий». По данным Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ), низкое качество жизни отмечено по показателям: «сон», «энергичность», «социальная изоляция», «физическая активность» и «болевы́е ощущения». Кроме низких показателей КЖ, пациенты, находящиеся на санаторном этапе восстановительного лечения, имели высокую реактивную (РТ) и личностную (ЛТ) тревожность, низкую фракцию выброса (ФВ) левого желудочка и невысокую толерантность к физической нагрузке (ТФН).

В данном исследовании у пациентов выявлена тесная корреляционная зависимость КЖ и РТ:  $r = 0,574$ ;  $P < 0,05$ . КЖ и ТФН  $r = 0,711$ ;  $P < 0,05$ . Также выявлена зависимость КЖ и показателей анкеты НПЗ: «сон» ( $r = 0,911$ ;  $P < 0,05$ ), «энергичность» ( $r = 0,823$ ;  $P < 0,05$ ), «социальная изоляция» ( $r = 0,820$ ;  $P < 0,05$ ), «физическая активность» ( $r = 0,704$ ;  $P < 0,05$ ) и «болевы́е ощущения» ( $r = 0,683$ ;  $P > 0,05$ ).

Кроме низких показателей КЖ, по данным вариабельности ритма сердца (ВРС), пациенты находились в состоянии неудовлетворительной адаптации, что проявлялось не только в высоких значениях АМо и ИНРС, но и в низких значениях DX и ДВ. Данное состояние свидетельствует о значительной централизации управления ритмом сердца, усилении активности подкорковых нервных центров.

Выявление у пациентов, находящихся на санаторном лечении данного состояния, обусловило необходимость поиска методов его коррекции.

Учитывая преимущества и недостатки медикаментозной терапии мы воспользовались немедикаментозным методом, низкоинтенсивным лазерным излучением, получившим в последнее время широкое распространение в различных областях медицины, а также антиоксидантным препаратом Аевит.

Проведение курса лечения позволило констатировать у больных 1-й группы недостоверное повышение суммарного показателя КЖ, снижение уровня РТ, ЛТ. Вместе с тем, по данным НПЗ отмечена положительная достоверная динамика по параметрам «болевы́е ощущения», «физическая активность», кроме того, достоверно повысилась ТФН и ФВ. Данные показателей ВРС характеризовали соответствующее состояние как состояние умеренной симпатикотонии. Однако по истечении 6-ти месяцев после проведенного лечения

у больных данной группы отмечено достоверное улучшение КЖ, снижение уровня РТ, данные НПЗ также имели достоверную положительную динамику по параметрам «энергичность», «болевы́е ощущения», «социальная изоляция» и «физическая активность». Улучшение качества жизни произошло за счет уменьшения ограничений, связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью ограничений в проведении досуга. Данному состоянию также соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ. Через 6 месяцев, по данным ВРС, существенной динамики не выявлено.

Изучаемые показатели, характеризующие состояние больных 2-й группы после проведенного курса лечения, несколько отличались от данных предыдущей группы. Так, суммарный показатель КЖ, уровень РТ имели достоверную положительную динамику. Кроме того, по данным НПЗ также зарегистрирована достоверная положительная динамика по параметрам «энергичность», «болевы́е ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» и «физическая активность». Улучшение качества жизни больных данной группы произошло за счет уменьшения ограничений, связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению, необходимостью ограничений в проведении досуга. Этому состоянию пациентов соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ.

Данные вариационной пульсометрии и спектрального анализа ритма сердца после первой процедуры свидетельствовали о тенденции к снижению симпатических влияний и повышению тонуса ПНС. Однако произошло достоверное увеличение АМо на 11,6 %, что свидетельствует о развитии функционального напряжения. Окончание курса лечения, по данным ВРС, характеризовалось вегетативным равновесием, что позволяет предполагать усиление деятельности автономного контура регуляции ритма сердца. Относительное равновесие между центральным и автономным механизмами управления можно характеризовать как состояние удовлетворительной адаптации.

Через 6 месяцев у пациентов данной группы по показателям, характеризующим КЖ, и данным ВРС сохранилась достоверная положительная динамика, что позволяет считать комплекс восстановительного лечения, используемый у данных пациентов, эффективным.

ОГАРКОВ М.Ю., ПОЛИКУТИНА О.М., КАЗАЧЕК Я.В., БАРБАРАШ О.Л.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

**Ц**елью исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии, а также основных факторов риска ССЗ у жителей Горной Шории – малочисленной популяции коренного населения юга Кемеровской области.

Путем экспедиционных выездов обследована выборка из 1215 человек в возрасте от 18 лет, проживающих в сельских районах Горной Шории. Все обследуемые разделены на 2 группы в зависимости от этнической принадлежности: шорцы – 550 человек, не шорцы – 665 человек. Эпидемиологические исследования проводились по стандартным методикам.

При анализе среднего уровня САД в зависимости от пола, возраста и национальности выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение САД у женщин шорской национальности в возрасте 18-29, 30-39, 50-59, 60-69 лет. У мужчин достоверные различия по среднему уровню САД обнаружены в возрасте 60-69 лет: в этом возрасте среднее САД у не шорцев достоверно превышало соответствующие показатели у шорских мужчин. Средний уровень ДАД оказался достоверно выше у женщин-шорок по сравнению с не шорцами в возрасте 18-29, 30-39 лет и у мужчин-шорцев 30-39, 50-59 лет. Среди обследованных АГ выявлена: у женщин шорок – 53,6 %, у женщин не шорок – 51,9 %, у мужчин шорцев – 40,6 %, у мужчин не шорцев – 40,6 %. При анализе распространенности различных форм АГ у женщин достоверных различий не выявлено; у мужчин не шорцев в возрасте 40-49 лет преобладает ИСАГ

(11,8 % против 1,5 %), а у шорцев в этом же возрасте – ИДАГ (10,3 % против 2,9 %) ( $p < 0,05$ ).

Среди мужчин шорцев курят 69,8 %, среди не шорцев – 67,8 % ( $p > 0,05$ ); среди женщин-шорок курят 16,7 %, среди не шорок – 13,4 %. У курящих мужчин-шорцев выявлен более высокий уровень САД по сравнению с не курящими (соответственно,  $139,1 \pm 1,7$  и  $136,5 \pm 2,2$ ,  $p < 0,05$ ). АГ у курящих мужчин и женщин шорской национальности встречается чаще, чем у не курящих шорцев.

ИК у женщин во всех возрастных группах достоверно выше у не шорок. У мужчин ИК выше у не шорцев в возрасте 30-39, 40-49 лет, чем у шорцев. Выявлена зависимость частоты встречаемости АГ от величины ИК: при ИК  $> 25$  увеличивается распространенность АГ у шорцев и у не шорцев ( $p < 0,05$ ). Обнаружено повышение среднего уровня САД у лиц с повышенной массой тела. При анализе липидов крови (ОХС, ТГ, ХС-ЛПНП) у мужчин и женщин не шорской национальности в средних и старших возрастных группах обнаружены более высокие средние показатели, чем у шорцев. Уровни ХС-ЛПВП оказались достоверно более высокими у шорцев.

Таким образом, при проведении данного исследования обнаружена высокая частота АГ среди жителей Горной Шории и ее тесная взаимосвязь с высокой распространенностью факторов риска в данном регионе. Полученные данные, с учетом этнических особенностей, необходимы для проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактике ССЗ.

ПЕРВОВА Н.Г., СУМИН А.Н., ФЕДИНА Н.С.  
*Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,  
 Станция скорой медицинской помощи,  
 г. Ленинск-Кузнецкий,  
 Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**В** лечении инфаркта миокарда (ИМ) большое значение имеют сроки госпитализации пациента, поскольку реперфузионные вмешательства наиболее эффективны в первые часы заболевания. На эти сроки могут влиять разные факторы — организация работы догоспитальной службы, позднее обращение пациентов, трудности диагностики заболевания. Несмотря на то, что ИМ имеет вполне очерченную клиническую картину и морфологические признаки, диагностика его часто оказывается несвоевременной и весьма затруднительной, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Это предъявляет дополнительные требования к догоспитальному этапу, на котором возможны различные модели оказания помощи больным ИМ (бригады парамедиков, линейные бригады (ЛБ), специализированные кардиологические бригады (КБ)).

**Целью работы** было оценить качество диагностики и лечения на догоспитальном этапе у больных ИМ, а также последующий ход стационарного лечения в разных возрастных группах.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1999 по 2002 год 658 больных (226 женщин и 432 мужчины) были пролечены с крупноочаговым ИМ в отделении кардиологии, из них 617 больных (93,8 %) были обслужены бригадами скорой медицинской помощи (СМП). В зависимости от возраста были выделены следующие группы: 1-я группа до 60 лет ( $n = 225$ , 82,4 % мужчин и 17,6 % женщин, ср. возраст  $50,1 \pm 0,4$  лет), 2-я группа 60-69 лет ( $n = 203$ , 66,5 % мужчин и 33,5 % женщин, ср. возраст  $64,8 \pm 0,2$  лет) и 3-я группа старше 70 лет ( $n = 230$ , 48,7 % мужчин и 51,3 % женщин, ср. возраст  $75 \pm 0,3$  лет).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Преимущественно все больные с ИМ в стационар были доставлены бригадами СМП 86,8 %, 97 % и 96,5 % по группам, соответственно ( $p < 0,05$ ). Во всех группах чаще всего больных обслуживали КБ, чем ЛБ (соответственно по группам 50 %, 53,2 % и 50 %, против 27,6 %, 34 % и 35,7 %), но также во всех группах были случаи,

когда ЛБ вызывала на себя КБ, что составило 22,4 %, 12,8 % и 14,3 %, соответственно ( $p = 0,68$ ).

К больным моложе 60 лет бригады СМП достоверно быстрее доезжали до адреса (соответственно,  $8,66 \pm 0,48$  мин,  $9,35 \pm 0,51$  мин и  $10,59 \pm 0,52$  мин;  $p < 0,05$ ), быстрее их обслуживали на адресе (соответственно,  $18,34 \pm 1$  мин,  $19,87 \pm 0,8$  мин и  $21,56 \pm 0,94$  мин;  $p < 0,05$ ) и также для транспортировки до стационара достоверно меньше требовалось времени (соответственно,  $12,73 \pm 0,43$  мин,  $14,55 \pm 0,43$  мин и  $15,74 \pm 0,47$  мин;  $p < 0,05$ ). Учитывая все это, также следует отметить, что общее время, затраченное на обслуживание вызова бригадами СМП у больных моложе 60 лет, достоверно меньше (соответственно,  $39,76 \pm 1,52$  мин,  $43,83 \pm 1,4$  и  $47,73 \pm 1,42$  мин;  $p < 0,05$ ).

Время ангинозного статуса (от момента появления болевого синдрома до приезда бригады СМП) и длительность ангинозного статуса (до полного купирования боли) в старших возрастных группах были меньше, чем у более молодых пациентов (соответственно,  $306,55 \pm 49,7$  мин,  $292,21 \pm 43,9$  мин и  $268,9 \pm 37$  мин;  $p = 0,82$ ;  $314,71 \pm 49,6$  мин,  $299,17 \pm 43,8$  мин и  $279,26 \pm 36,9$  мин;  $p = 0,84$ ).

ЭКГ записывалась во всех группах примерно в половине случаев (соответственно, 51,3 %, 57,1 % и 57,8 %;  $p = 0,25$ ). Несмотря на то, что адекватная помощь (применение наркотических анальгетиков, антикоагулянтов и транспортировка на носилках) была оказана практически половине больных (соответственно, 48,2 %, 46,2 % и 42,7 %;  $p < 0,05$ ), купировать полностью болевой синдром удалось лишь в 39 %, 51,2 и 35,2 % случаев, соответственно ( $p < 0,05$ ).

Больные старше 70 лет в приемное отделение ГНКЦ чаще доставлялись без оказания какой-либо помощи (соответственно, 12,3 %, 10,3 % и 16,5 %;  $p < 0,05$ ). С установленным диагнозом ИМ больные достоверно чаще доставлялись во 2-й группе (соответственно, 30,3 %, 47,8 % и 34,7 %;  $p < 0,05$ ).

В дальнейшем, на стационарном этапе, по исходной тяжести поражения миокарда группы были довольно однородны. Об этом свидетельству-

ет уровень максимальной КФК в группах (соответственно,  $1257,7 \pm 83,3$ ,  $1288,61 \pm 117,15$  и  $1127,27 \pm 83,9$  г/л;  $p = 0,43$ ), фракция выброса левого желудочка (соответственно,  $47,3 \pm 0,7$  %,  $47,2 \pm 0,66$  % и  $46,46 \pm 0,8$  %,  $p = 0,67$ ), уровень систолического и диастолического АД при поступлении (соответственно,  $139,8 \pm 6,4$ ,  $131,54 \pm 1,9$  и  $142,2 \pm 7,6$  мм рт. ст.;  $83,32 \pm 1,18$ ,  $85,52 \pm 2,86$  и  $82,37 \pm 1,32$  мм рт. ст.;  $p = 0,44$  и  $p = 0,48$ ) и сходные значения прогностического индекса Норриса (соответственно,  $2,77 \pm 0,06$ ,  $2,99 \pm 0,2$  и  $2,77 \pm 0,06$ ,  $p = 0,37$ ).

Тем не менее, у пациентов старших возрастных групп выше была степень недостаточности кровообращения по Киллипу — это 2 и 3 классы (соответственно, 9,2 %, 14,3 % и 19,1 %; 3,1 %, 6 % и 9,5 %;  $p < 0,05$ ), выше значения прогностического индекса Пила ( $2,47 \pm 0,05$ ,  $2,93 \pm 0,08$  и  $2,75 \pm 0,06$ ,  $p < 0,05$ ), и заметно выше госпитальная летальность (8,3 %, 25 % и 21,3 %,  $p < 0,05$ ). Нельзя это объяснить различными терапевтическими подходами — в терапии примерно одинаково часто были использованы тромболитическая терапия стрептокиназой (30,3 %, 28,1 % и

30 %,  $p = 0,12$ ), бета-блокаторы, гепарин и аспирин. Более частое использование ингибиторов АПФ, вазопрессоров, антиаритмических препаратов в старших возрастных группах можно объяснить более выраженной сердечной недостаточностью у пациентов.

Таким образом, можно отметить, что в большинстве случаев больные доставляются в стационар бригадами СМП, половина из них обслуживается КБ. К больным моложе 60 лет быстрее выезжают бригады СМП и быстрее обслуживают, чем пожилых больных, хотя время ангинозного статуса и длительность болевого синдрома не отличаются. Молодым больным оказывается более адекватная помощь, чем пожилым, хотя диагноз ИМ чаще выставляется больным пожилого возраста. Тем не менее, несмотря на примерно одинаковое использование тромболитической терапии стрептокиназой и использование других препаратов, на госпитальном этапе у пациентов старших возрастных групп выше степень недостаточности кровообращения, значения прогностического индекса Пила и значительно выше госпитальная летальность.

ПОЛИКУТИНА О.М., ОГАРКОВ М.Ю., КАЗАЧЕК Я.В., БАРБАРАШ О.Л.

*Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС И ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

**Ц**елью исследования явилось изучение распространенности ИБС, а также основных факторов риска ее возникновения у жителей Горной Шории — малочисленного коренного населения юга Кемеровской области.

Путем экспедиционных выездов была обследована выборка из 1215 человек в возрасте от 18 лет, проживающих в сельских районах Горной Шории. Все обследуемые разделены на 2 группы в зависимости от этнической принадлежности: шорцы — 550 человек, не шорцы — 665 человек. Эпидемиологические исследования проводились по стандартным методикам.

Распространенность ИБС в обследованной популяции составила 8,4 %: ИМ — 0,2 %, безболевая форма ИБС — 4,7 %, СН — 3 %, СН с ишемическими кодами на ЭКГ — 0,5 %. Среди шорского населения распространенность ИБС составила 6,2 %: безболевая форма — 3,6 %, СН — 2,4 %, СН с ишемическими кодами на ЭКГ — 0,2 %. Среди представителей не шорской национальности ИБС выявлена у 10,4 %: ИМ — у 0,2 %, безболевая форма ИБС — у 5,6 %, СН — у 3,7 %, СН с ишемическими кодами — у 0,9 %. Распространенность

ИБС увеличивается с возрастом, как у шорцев, так и у не шорцев.

Национальные различия распространенности ИБС выявлены у женщин в 50-59, 60-69 лет. В этом возрасте ИБС у женщин не шорской национальности встречается достоверно чаще, чем у женщин-шорков. Распространенность ИБС среди всех женщин не шорской национальности выше, чем среди шорков (9,2 % и 5,2 %,  $p < 0,05$ ). Национальные различия распространенности ИБС у мужчин выявлены в 40-49, 50-59 лет: в этих возрастных группах ИБС достоверно чаще встречается у мужчин не шорской национальности, чем у шорцев. Распространенность ИБС среди мужчин не шорской национальности выше, чем среди шорцев (7,3 % и 11,9 %,  $p > 0,05$ ).

Распространенность АГ (по классификации ВОЗ, 1999) оказалась высокой как у лиц шорского, так и не шорского населения. В общей популяции АГ обнаружена у 46,6 %. обследованных, распространенность АГ среди мужчин составила 39,5 %, среди женщин — 52,6 %. Среди женщин-шорков АГ встречается в 53,6 %, у женщин не шорков — в 51,9 %; у мужчин-шорцев — в 40,6 %, у не шорцев — в 38,3 %.

Распространенность курения среди мужчин шорцев составляет 69,8 %, у не шорцев – 67,8 % ( $p > 0,05$ ); среди женщин-шорок курят 16,7 % обследованных, среди не шорок – 13,4 % ( $p > 0,05$ ). В группе курящих и не курящих выявлены достоверные различия по распространенности ИБС: среди не курящих женщин не шорок ИБС встретилась в 6,8 % случаев, а среди курящих – в 24,4 % ( $p < 0,05$ ).

При анализе уровней липидов крови выявлены более высокие показатели средних уровней

ОХС, ХС-ЛПНП, ТГ у представителей не шорской национальности, по сравнению с шорцами. Средний уровень ХС-ЛПВП, наоборот, оказался выше у шорцев, в том числе у лиц старших возрастных групп. Согласно полученным данным, обнаружена сравнительно низкая частота распространенности ИБС у шорцев при высокой распространенности среди них артериальной гипертензии и других факторов риска, что подтверждает влияние этнического фактора на распространенность ССЗ.

ПРОТАСОВА Т.В., ШАФ Е.С., ГЕРГЕРТ И.А., ДИНОВА Е.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Областной клинический госпиталь для ветеранов войн,  
г. Кемерово*

## АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИЗОСОРБИДА-5-МОНОНИТРАТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**С**тарение населения – один из наиболее важных естественных процессов в современном мире. В процессе физиологического старения развиваются естественные иволютивные процессы во всех органах и системах, у подавляющего большинства лиц развиваются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Больные пожилого и старческого возраста зачастую принимают большое количество препаратов различных фармакологических групп, многие из которых могут оказывать нежелательное отрицательное влияние, приводя к полипрагмазии и снижая комплаентность лечения. Существующее в настоящее время большое количество препаратов из группы нитратов затрудняет выбор оптимального медикамента для конкретного больного.

**Цель** – сравнить эффективность изосорбида-5-мононитрата и изосорбида динитрата, возможность развития и выраженность побочных реакций при приеме препаратов, оценить приверженность к лечению больных пожилого и старческого возраста.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 40 пациентов (21 мужчина и 19 женщин) в возрасте от 65 до 87 лет (средний возраст  $76,3 \pm 0,5$  лет), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ОКГВВ в связи с прогрессирующей стенокардией, стенокардией III-IV функциональных классов (ФК). Сформированы 2 равные группы больных.

Больным I группы был назначен изосорбида динитрат (кардикет) в дозах 40-120 мг/сутки, больным II группы – изосорбида-5-мононитрат (моночинкве) в дозах 20-80 мг/сутки. Препараты

назначались как по симметричной, так и по асимметричной схемам, с учетом индивидуального суточного ритма болевого синдрома. Пациенты обеих групп получали  $\beta$ -блокаторы и антиагрегганты, что является стандартным подходом к лечению ИБС. Наблюдение за больными проводилось в течение 21 дня.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставлена антиангинальная активность кардикета в средней дозе 80 мг/сутки и моночинкве в средней дозе 50 мг/сутки. Препараты практически не отличались по эффективности: у всех больных наблюдался клинический эффект – уменьшение количества ангинозных приступов в течение суток, повышение толерантности к физическим нагрузкам, положительная динамика показателей ЭКГ.

При этом эффективная доза изосорбида-5-мононитрата была в 1,5-2 раза ниже, чем изосорбида динитрата. Улучшение отмечалось к 5-8 дню приема препарата. Прием изосорбида-5-мононитрата достоверно реже вызывал появление побочной реакции (головной боли) по сравнению с изосорбида динитратом (4 % и 10 %, соответственно). В последующем 10 пациентам II группы со стенокардией III-IV ФК была назначена ретардированная форма изосорбида-5-мононитрата (моночинкве 50 мг) 1 раз в сутки. На фоне однократного приема антиангинальная активность препарата сохранялась.

### ВЫВОДЫ

Изосорбида-5-мононитрат является эффективным антиангинальным препаратом, который хорошо переносится больными пожилого и старчес-



кого возраста. Наибольшая приверженность к лечению отмечена в группе пациентов, принимавших пролонгированную форму изосорбида-5-мо-

нитрата, что связано с удобством приема препарата, и имеет немаловажное значение для пациентов старших возрастных групп.

ПРОТАСОВА Т.В., ШАФ Е.С., ГЕРГЕРТ И.А.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 Областной клинический госпиталь для ветеранов войн,  
 г. Кемерово

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**А**ртериальная гипертензия (АГ) остается в настоящее время одной из самых актуальных медицинских проблем. Гипотензивные препараты у пациентов пожилого возраста полностью реализуют свое действие в среднем через 1 месяц, поэтому подбор гипотензивной терапии может быть длительным, что отрицательно сказывается на приверженности пациентов к лечению. Пациенты пожилого и старческого возраста не всегда считают необходимым или забывают принимать гипотензивные препараты.

**Цель исследования** – выявление приверженности к применению гипотензивных препаратов у пациентов, страдающих АГ, на поликлиническом и госпитальном этапах.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 100 пациентов, проходящих лечение в кардиологическом стационаре ОКГВВ по поводу АГ. Средний возраст больных  $69,9 \pm 6,8$  лет; стаж АГ: 1-5 лет – 19 %, 6-10 лет – 32 %, более 10 лет – 49 %.

У всех пациентов отмечена полиморбидность: у 93 больных имелись различные сопутствующие заболевания и состояния: ИБС – у 44 %, хроническая сердечная недостаточность II стадии – у 39 %, ожирение – у 18 %, сахарный диабет – у 16 %, заболевания пищеварительной системы – у 60 %, хронический пиелонефрит – у 29 %, другие заболевания (остеохондроз, остеоартроз, ХОБЛ, узловой зоб) – у 31 % больных. Среди факторов риска АГ выявлены: курение – 37 %, повышение индекса массы тела (ИМТ) – 40 %, гиперлипидемия – 62 %. Проведено анкетирование пациентов для выявления приверженности к лечению.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализируя результаты опроса, мы отметили, что большинство пациентов информированы о

своем заболевании и необходимости постоянного приема гипотензивных препаратов. Регулярно принимали антигипертензивные препараты 69 % пациентов, нерегулярно – 27 %, эпизодически – 4 %. Больные принимали антигипертензивные препараты следующих классов: диуретики – 62 %, ингибиторы АПФ – 44 %,  $\beta$ -адреноблокаторы – 33 %, антагонисты кальция – 19 %, препараты центрального действия – 20 %. В стационаре рекомендации врача по медикаментозному лечению АГ выполняли 90 % пациентов.

При амбулаторном лечении полностью выполняли рекомендации, полученные от врача стационара, только 69 % женщин и 45 % мужчин. Среди причин невыполнения рекомендаций по медикаментозному лечению АГ на амбулаторном этапе наиболее часто указывали на следующие: отсутствие материальных средств – 30 %, отсутствие желания «нагружать печень» – 25 %, отсутствие медикаментов в аптечной сети – 13 %.

В то же время, только 14 больных выполняли рекомендации по изменению образа жизни («хлопотно, некомфортно», «нет объективной возможности») и/или приему гиполипидемических препаратов («высокая цена»).

Терапию оценивали как эффективную 86 % пациентов, малоэффективную – 11 %, неэффективную – 3 %. 78 % пациентов не отмечали нежелательных эффектов от проводимой терапии.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами выявлена достаточно высокая приверженность к гипотензивной терапии, однако имеются резервы для ее повышения. Хорошая переносимость препарата, его невысокая цена и назначение препаратов, включенных в льготный список, в значительной степени повышает приверженность больных к лечению АГ, что может уменьшить вероятность развития осложнений и количество повторных госпитализаций.

СКУДАРНОВА О.А., СУМИН А.Н., ХАЙРЕДИНОВА О.П.,  
БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В., ПОПОВА Т.А.

*Научно-клинический Центр охраны здоровья шахтеров,  
г. Ленинск-Кузнецкий,  
Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ОТДЕЛЕНИИ НЕИНВАЗИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ

**В** последние годы наметилась отчетливая тенденция к увеличению среднего возраста пациентов кардиологических отделений. Это связано как с общим постарением населения России, так и с внедрением новых технологий в лечении инфаркта миокарда, что улучшило выживаемость пациентов. В силу ограниченности ресурсов пожилые пациенты не всегда получают адекватный необходимый объем обследования и терапии, что может отрицательно сказываться на результатах лечения, однако насколько велика значимость этой проблемы, не до конца понятно.

**Целью исследования** являлась оценка особенностей диагностики и лечения пожилых больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ).

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ сплошной выборки из 122 историй болезни пациентов, пролеченных в кардиологическом отделении ФГ ЛПУ «НКЦОЗШ» с 1 января 2006 года по 30 июня 2006 года. Критериями включения в исследование были: затяжной болевой синдром в грудной клетке в сочетании с отсутствием подъема сегмента ST на ЭКГ, записанной в приемном отделении.

Всем больным при поступлении в стационар был выставлен диагноз ОКСБПСТ. Особенностью пациента было то, что они проходили лечение в отделении неинвазивной кардиологии, и в подавляющем большинстве — в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Дальнейший анализ проводился в 3-х возрастных группах: до 60 лет ( $n = 55$ , средний возраст  $50,3 \pm 0,7$  лет), от 60 до 70 лет ( $n = 22$ , возраст  $64,7 \pm 0,6$  лет) и старше 70 лет ( $n = 40$ , возраст  $76 \pm 0,8$  лет). По историям болезни отслеживали получаемую медикаментозную терапию, объем диагностических процедур и выставленный окончательный диагноз.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

В анамнезе у пациентов пожилого и старческого возраста достоверно чаще, чем у более молодых пациентов, встречались: стенокардия напряжения (соответственно, 58 %, 88 % и 87 %;  $p =$

0,0009), сердечная недостаточность (соответственно, 63 %, 93 % и 95 %;  $p = 0,002$ ) и гипертоническая болезнь (67 %, 88 % и 100 %;  $p = 0,0003$ ). По наличию ранее перенесенных инфарктов миокарда (ИМ) группы достоверно не различались (53 %, 56 % и 63 %;  $p = 0,1097$ ).

Средний срок пребывания в ПИТ во всех трех группах был примерно одинаковым ( $p = 0,58$ ), и составил 48 часов. Во время пребывания в стационаре пациентам проведено стандартное обследование, рекомендованное при ОКСБПСТ. Динамика ЭКГ и кардиоспецифических ферментов прослежена в 100 % случаев во всех возрастных группах. Чем старше были пациенты, тем достоверно реже проводилась нагрузочная проба — велоэргометрия (29 %, 11 % и 3 %;  $p = 0,0025$ ). Процент проведения эхокардиографии (ЭХО-КГ) в группах не различался (18 %, 22 % и 7 %;  $p = 0,207$ ).

Независимо от возраста, все больные получали одинаковую медикаментозную терапию: бета-блокаторы (74 %, 81 % и 72 %;  $p = 0,692$ ), ингибиторы АПФ (81 %, 88 % и 92 %;  $p = 0,298$ ), дезагреганты (соответственно, 92 %, 88 % и 95 %;  $p = 0,646$ ), гепарин (92 %, 92 % и 95 %;  $p = 0,889$ ), метаболические препараты (соответственно, 27 %, 29 % и 19 %;  $p = 0,437$ ) и статины (0 %, 3 % и 2 %;  $p = 0,407$ ). Только антагонисты кальциевых каналов (2 %, 14 % и 15 %;  $p = 0,0434$ ) и нитраты (78 %, 88 % и 97 %;  $p = 0,0219$ ) пациенты второй и третьей групп получали достоверно чаще.

Практически не назначались препараты низкомолекулярных гепаринов и клопидрогель (НМГ — по 2 пациента во второй и третьей группах, клопидрогель никто не получал), использование этих препаратов не оплачивается системой ОМС.

Все больные, поступившие в стационар с подозрением на ОКС, в результате лечения были выписаны из отделения, летальных исходов за первые 6 месяцев 2006 года не было. При выписке из стационара больным были выставлены следующие диагнозы: впервые возникшая стенокардия (16 %, 0 %, 7,5 %;  $p = 0,091$ ), прогрессирующая стенокардия (66 %, 78 %, 85 %,  $p = 0,041$ ), Q-необразующий инфаркт миокарда (2 %, 15 %, 5 %;  $p = 0,0588$ ), а также некоронарные заболевания, став-

шие причиной болей в грудной клетке (26 %, 7 %, 2,5 %;  $p = 0,106$ ).

Средний срок пребывания в отделении составил:  $7 \pm 0,5$ ;  $10 \pm 1$ ; и  $8 \pm 0,7$  суток, достоверных различий между группами не наблюдалось ( $p = 0,15$ ). Процент направленных на КВГ после выписки из стационара в группе молодых пациентов был несколько выше, чем во второй и третьей группах (16 %, 7 % и 2 %;  $p = 0,07$ ).

Таким образом, в ходе проведенного исследования показано, что больные с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST пожилого и старческого возраста имели более выраженное

поражение сердечно-сосудистой системы, чем лица среднего возраста, что проявлялось большей частотой стенокардии в анамнезе, сердечной недостаточности и наличием артериальной гипертензии. В рамках программы ОМС больные всех возрастов получали примерно одинаковый объем обследования и лечения, расширенный объем обследования (ВЭМ и ЭХОКГ) несколько чаще получали больные среднего возраста. Современные дорогостоящие виды лечения и диагностики (низкомолекулярные гепарины, клопидрогел, коронароангиография) в настоящее время в рамках программы ОМС мало доступны больным всех возрастов.

СПОЕВА В.Н.

*Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИПОЛЬЗОВАНИЯ КАРДИОСТАТИНА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Цель** — оценить эффективность применения кардиостатина при дислипидемии у больных с ишемической болезнью сердца.

### МЕТОДЫ

Препарат кардиостатин назначался в комплексной терапии 30 больным при дислипидемии Ia и Ib типов с ишемической болезнью сердца (ИБС): стенокардия — 25 человек; ПИКС — 14 человек; гипертоническая болезнь — 27 человек; сахарный диабет — 2 человека и у 2-х пациентов в анамнезе ОНМК. Пациенты получали сопутствующую терапию: нитраты, бета-блокаторы, дезагреганты, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, сахароснижающие средства.

Пациенты имели максимальное содержание общего холестерина (ОХС) в крови — 10,2 ммоль/л; максимальное содержание липидов низкой плотности (ЛПНП) — 5,21 ммоль/л; минимальное содержание липидов высокой плотности (ЛПВП) — 0,76 ммоль/л; максимальное содержание триглицеридов (ТГЛ) — 3,32 ммоль/л. Все пациенты имели уровень трансаминаз (АСТ, АЛТ) и креа-

тинфосфокиназы (КФК) в пределах нормы. Все пациенты принимали кардиостатин в дозе 20-40 мг в течение 12 недель.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне лечения удалось снизить ЛПНП на 29 %; ТГЛ на 9 % и повысить ЛПВП на 11 %. Целевой уровень ЛПНП (2,6 ммоль/л) достигли 20 больных из 30 наблюдаемых (66,6 %). Из них, 8 человек (26,6 %) на дозе 20 мг и 12 человек (40 %) на дозе 40 мг. За 12 недель наблюдения не произошло клинически значимого повышения АСТ, АЛТ и КФК; не повысился уровень глюкозы у больных сахарным диабетом; не произошло ни одного коронарного события. В одном случае потребовалась отмена препарата в связи с развитием желудочно-кишечных расстройств в виде запоров.

### ВЫВОДЫ

Препарат кардиостатин хорошо переносится. Может быть рекомендован как эффективное холестеринснижающее средство при дислипидемии у больных ИБС.

СУМИН А.Н., БАЙДИНА О.М., БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В.,  
 ПОПОВА Т.А., ХАЙРЕДИНОВА О.П.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово,  
 Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,  
 г. Ленинск-Кузнецкий*

## ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТАРШЕ 70 ЛЕТ

**Т**яжесть состояния пожилых больных инфарктом миокарда определяется не только степенью поражения миокарда, но и возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы и скелетной мускулатуры, что наиболее выражено в группе больных старше 70 лет.

Поэтому выглядят обоснованными мероприятия, направленные на улучшение функционального состояния скелетных мышц у этой группы больных уже на стационарном этапе лечения. Однако из-за тяжести таких пациентов проведение обычных программ физической реабилитации крайне затруднительно. Мы решили использовать длительные пассивные тренировки с помощью электростимуляции скелетных мышц, разработанные нами первоначально для лечения больных с декомпенсированной сердечной недостаточностью.

**Цель исследования** — изучить влияние курса пассивных мышечных тренировок на клинико-функциональное состояние больных инфарктом миокарда старше 70 лет.

Обследованы пациенты старше 70 лет, находившиеся в остром периоде инфаркта миокарда на стационарном лечении в отделении кардиологии № 2 ФГ ЛПУ НКЦОЗШ. Выделены 2 группы больных: основная (n = 27, средний возраст 75,6 ± 3,2 года) и контрольная (n = 21, средний возраст 74,4 ± 3,4 года).

Пациентам основной группы, после стабилизации состояния (обычно на 3-4 день), проводился курс электростимуляции скелетных мышц по 2 часовых сеанса в день в течение 10 дней. При этом стимулировали мышцы передней брюшной стенки, переднюю и заднюю группы мышц бедра, мышцы голени с помощью аппарата «Миоритм-040». Пациенты основной группы проходили курс обычной стационарной реабилитации для больных инфарктом миокарда. За 1-2 дня до выписки из стационара проводились динамические тесты (отжимание на скамейке, баттерфляй, притягивание каната к груди, сгибание и разгибание ног) и статические тесты для сгибателей и разгибателей нижних конечностей (удержание груза, равного 50 % от максимального) на многофункциональном тренажере «Multi-Fitness-Center».

Также оценивали силу дыхательных мышц (СДМ) путем измерения давления на выдохе с помощью манометра, силу мышц кистей с помо-

щью кистевой динамометрии (КДМ), проводили тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), ВЭМ, ЭхоКГ с оценкой показателей систолической и диастолической функции левого желудочка.

Дополнительно изучалось психологическое состояние пациентов с помощью психологических тестов: ШД (шкала депрессии), САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, при этом оценивались средняя ЧСС в течение дня и ночи, ишемические изменения ЭКГ, проводился анализ нарушений ритма и расчет временных и частотных показателей variability ритма сердца за сутки (VLF, LF, HF, tP, nLF, SDNN, pNN50, rMSSD).

Сравнивая основную и контрольную группы, в основной группе можно отметить более высокую толерантность к физической нагрузке как при ВЭМ (34,5 ± 24,3 и 20,6 ± 18,2 W; p = 0,058), так и при ТШХ (213,4 ± 100,8 и 136,4 ± 80,3 м; p = 0,01). В основной группе также отмечена существенно большая СДМ по сравнению с контрольной (59,7 ± 28 и 33,6 ± 29,5 мм рт. ст.; p = 0,006).

Также, по результатам статико-динамических тестов, в основной группе, по сравнению с контрольной, отмечалась большая сила стимулируемых мышц (жим от груди 14,4 ± 12,3 и 9,2 ± 11,8 кг; p = 0,16, жим к груди 21,8 ± 13,2 и 13,9 ± 14,3 кг; p = 0,058, статический тест для сгибателей нижних конечностей 9 ± 11,2 и 5 ± 7,9 кг; p = 0,21).

В основной группе, по сравнению с контрольной, были достоверно выше показатели по результатам теста баттерфляй (31,4 ± 18,5 и 17,8 ± 17,6 кг; p = 0,019) и динамического теста для разгибателей нижних конечностей (23,4 ± 19,2 и 11,2 ± 13,2 кг; p = 0,03). Также в основной группе была выше выносливость мышц нижних конечностей, что проявилось как в большем удержанном весе (для сгибателей 4,8 ± 5,7 и 2,4 ± 4 кг; p = 0,13; для разгибателей 11,6 ± 9,9 и 5,6 ± 6,6 кг; p = 0,034), так и в большем времени удержания груза (для разгибателей 49 ± 50,7 и 29,2 ± 50,5 сек; p = 0,22; для сгибателей 7 ± 9,9 и 1,8 ± 4,1 сек; p = 0,13).

Основные показатели ЭхоКГ достоверно в группах не различались, хотя и отмечалась тенденция

к их улучшению в основной группе. Улучшение функционального состояния основной группы благоприятно сказалось и на психологическом статусе пациентов. Так, по тесту САН у этих больных показатели были лучшими, по сравнению с контролем, по шкале «Активность» ( $4,1 \pm 1,3$  и  $3,5 \pm 1,4$ ;  $p = 0,21$ ), и достигли статистической достоверности по шкалам «Самочувствие» ( $4,4 \pm 1,1$  и  $3,3 \pm 1,7$ ;  $p = 0,017$ ) и «Настроение» ( $5,4 \pm 1,2$  и  $3,9 \pm 1,9$ ;  $p = 0,007$ ). Среди этих больных в основной группе отмечался более низкий уровень

депрессии и реактивной тревожности, хотя эти различия и не достигли статистической достоверности.

Таким образом, данные проведенного исследования показали, что улучшения функционального и психологического состояния пожилых больных инфарктом миокарда без развития процессов неблагоприятного ремоделирования можно добиться, используя курс пассивных физических тренировок с помощью электростимуляции скелетных мышц по предложенному нами протоколу.

ТАРАСОВ Н.И., ГЗОГЯН М.Н., ТЕПЛЯКОВ А.Т., МАКАРОВ С.А.,  
ХОРОШАЯ Л.Н., СПОЕВА В.Н., БАРБАРАШ Л.С.

*Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ $\alpha 1$ -, $\beta 1$ -, $\beta 2$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОМ КАРВЕДИЛОЛОМ С ИНГИБИТОРОМ АПФ КВИНАПРИЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2

**Ц**елью исследования явилось изучение влияния комбинированной терапии  $\alpha 1$ -,  $\beta 1$ -,  $\beta 2$ -адреноблокатором карведилолом с ингибитором АПФ квинаприлом, в сочетании с длительными дозируемыми контролируемые физическими тренировками на липидный обмен в процессе 12-месячной реабилитации больных инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета (СД) типа 2.

В данной работе проанализированы 42 пациента (из 106), которые, в свою очередь, были разделены на 2 группы: группа А ( $n = 22$ ) – пациенты ИМ с СД, и группа Б ( $n = 20$ ) – пациенты ИМ без СД. Все пациенты получали стандартную терапию (в том числе, комбинацию карведилола и квинаприла) в индивидуально подобранных дозировках. Кроме того, при поступлении в стационар всем пациентам, по показаниям, назначались липидснижающие препараты (статины) в дозе 10 мг/сутки, а пациенты с СД дополнительно получали сахароснижающую терапию (манинил) в индивидуально подобранных дозировках.

Исследование липидограммы проводили всем больным на 2-3 сутки стационарного периода, через 3, 6 и 12 месяцев в биохимической лаборато-

рии с использованием набора реактивов «Ольвекс», на полуавтоматическом анализаторе RA-50 для количественного определения холестерина в сыворотке крови ферментативным методом по общепринятой методике

Через 12 месяцев проспективного наблюдения уровень ОХ в группе с СД уменьшился на 5,3 %, в группе без СД – на 5,4 %. Уровень триглицеридов в 1-й группе уменьшился на 30,4 %, во 2-й группе – на 25 %. Показатель ЛПВП в группе с СД увеличился на 12,5 %, в группе без СД – на 11,2 %. Уровень ЛПНП в группе с СД уменьшился на 10,1 %, в группе без СД – на 10,3 %. Показатель ИА в 1-й группе уменьшился на 2,2 %, во 2-й группе – на 9,3 %.

Таким образом, 12-месячная курсовая терапия карведилолом и квинаприлом не оказывала отрицательного влияния на показатели липидного профиля в крови у больных ИМ, ассоциированном с СД типа 2. Наряду с этим, уровень триглицеридов достоверно снижался, как у больных с СД (в большей степени), так и у больных без СД, что является дополнительным положительным эффектом у пациентов с ИБС.



ТАРАСОВ Н.И., КРИВОНОСОВ Д.С., БАРБАРАШ Л.С.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## ИНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**И**зучали возможность повышения эффективности достижения компенсации острой и хронической сердечной недостаточности (СН) с использованием сенситизатора кальция левосимендана (ЛС).

Из 80 пациентов, включенных в исследование, у 34-х (группа А) применяли внутривенную инфузию ЛС по схеме, рекомендованной заводом-изготовителем, в комбинации с традиционной терапией для лечения СН. В группе В (46 пациентов) применяли только традиционные лекарственные препараты.

Эффективность лечения оценивали по первичным (госпитальная летальность, полугодовая смертность, частота декомпенсаций СН, повторных госпитализаций) и вторичным (тест шестиминутной ходьбы, ФВ ЛЖ) конечным точкам в течение 6 месяцев.

Анализ полученных данных свидетельствовал о различиях смертельных исходов в группах А и В, которые составили 0 % и 13 % в стационаре; 8,3 %

и 20 % в течение 6 месяцев. Частота повторных обострений СН и госпитализаций была также достоверно различной в группах А (0,6; 0; 0-1) и В (1,4; 1; 1-2). Значение ФВ ЛЖ в течение госпитального периода увеличилось на 18,3 % (14,6; 7,5-25,7) в группе А и на 10,1 % (8,6; 5,1-12,1) в группе В. Через шесть месяцев наблюдали снижение ФВ в обеих группах на 3,4 % (4,2; 0-6,7) и 0,2 % (0; 2,7-3,1), соответственно. Дистанция, проходимая при ТШХ, увеличилась к концу госпитализации на 53,7 % и 32,2 % в группах А и В.

Применение ЛС в комбинированном лечении сердечной недостаточности способствует достоверному снижению госпитальной летальности и постгоспитальной смертности, снижению частоты обострений ХСН и повторных госпитализаций, повышению толерантности к физической нагрузке. ФВ ЛЖ достоверно возрастает непосредственно после введения ЛС и снижается в течение 6 месяцев, что может определять показания для повторного использования препарата.

ТАРАСОВ Н.И., ГЗОГЯН М.Н., ТЕПЛЯКОВ А.Т., МАКАРОВ С.А.,  
 ХОРОШАЯ Л.Н., СПОЕВА В.Н., БАРБАРАШ Л.С.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ДОЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2

**Ц**елью исследования явилось изучение эффективности влияния дозированных контролируемых физических тренировок (ДКФТ) на качество жизни (КЖ) у больных, перенесших Q-образующий инфаркт миокарда (ИМ), протекающий на фоне сахарного диабета (СД) типа 2.

Проанализированы 42 пациента (из 106), которые, в свою очередь, были разделены на 2 группы: группа А (n = 22) – пациенты ИМ с СД и группа В (n = 20) – пациенты ИМ без СД. Все пациенты получали стандартную терапию в индивидуально подобранных дозировках, а пациенты с СД дополнительно получали сахароснижающую терапию (маннил) в индивидуально подобранных дозировках.

Реабилитация пациентов проходила в условиях стационара, кардиологического санатория в течение 21 дня, на амбулаторном этапе и, помимо антиишемической медикаментозной терапии, включала в себя программу ускоренной физической реабилитации, лечебную физкультуру, тест шестиминутной ходьбы, дозированную ходьбу, соблюдение диеты и ФТ на велотренажере. Физические тренировки выполнялись на всех этапах реабилитации (стационарный, санаторный, амбулаторный).

КЖ оценивали в течение года наблюдения (исходно – до назначения терапии, через 3-, 6- и 12 месяцев, соответственно) с помощью специфической методики (вопросника) для оценки КЖ больных с хронической сердечной недостаточностью.

тью (ХСН) – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Вопросник включал в себя 21 вопрос, которые охватывали различные аспекты КЖ у больных ХСН. Ответ на каждый вопрос давался с использованием 6-пунктовой шкалы Линкера (0-5). Вопрос отражал КЖ в течение последнего месяца и заполнялся самим пациентом. Общий показатель КЖ получался в результате суммирования показателей всех ответов. Наихудшему КЖ соответствовало общее значение 105, а наилучшему – 0.

Исходно показатели КЖ не значительно различались в исследуемых группах и на 15,5 % преоб-

ладали в группе больных с СД. Через 12 месяцев эти значения достоверно ( $p < 0,01$ ) улучшились, снизившись как в группе больных с СД ( $с 28,3 \pm 0,6$  до  $16,8 \pm 0,5$ ), так и в группе больных без СД ( $с 23,9 \pm 0,7$  до  $10,8 \pm 0,4$  баллов, соответственно).

Таким образом, ДКФТ у больных, перенесших ИМ, способствуют улучшению показателей КЖ, что доказывает необходимость обучения больных ИМ основным принципам тренировочных занятий естественной ходьбой, как одного из наиболее оптимальных методов для вторичной профилактики ИБС, протекающей на фоне сахарного диабета типа 2.

ТОРОПЧИНА Н.А., ГЕРАСИМОВА И.В., МИТРОФАНОВА Н.В.,  
ДУДОШНИКОВА И.А., ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово,  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
г. Новосибирск*

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМВАСТАТИНА (СИМВОРА) В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН

**Ц**елью исследования явилась оценка эффективности лечения дислипидемий симвастатином (симвором) у пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В условиях гериатрического отделения МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово наблюдались 52 женщины в возрасте 60-74 лет с наличием ИБС, подтвержденной суточным мониторингом ЭКГ, стенокардией в пределах ФК II, ХСН не выше IIa стадии, гипертонической болезнью III ст.

У всех больных исходно отмечалось повышение холестерина 7,0-8,0 ммоль/л, повышение ЛПНП в среднем до 4,5 ммоль/л и снижение ЛПВП менее 1,0 ммоль/л. 32 женщины из обследованной группы в течение восьми недель получали симвастатин (симвор) в дозе 20 мг в сутки. Группу сравнения составили 20 больных, не получавших симвастатин (симвор). Всем больным проводилось исследование основных и ряда дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска, а также ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, качества жизни по шкале SF-36. Повторные обследования

больным выполнили через восемь недель, в течение которых пациенты получали стандартное лечение ИБС:  $\beta$ -адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы АПФ (ИАПФ), дезагреганты, а также гиполипидемическую диету с увеличением количества продуктов, содержащих ненасыщенные жирные кислоты (растительные масла, продукты моря).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов основной группы снижение холестерина составило в среднем 20 %, ЛПНП – 15 %, повышение ЛПВП – 5 %, выявлено улучшение реологических свойств крови и показателей качества жизни по шкалам оценки SF-36. У лиц группы сравнения отмечалось снижение общего холестерина и ЛПНП лишь на 5 %, повышение ЛПВП не наблюдалось. Побочные действия препарата не выявлены.

### ВЫВОДЫ

Прием симвастатина (симвора) достоверно снижает уровень сердечно-сосудистого риска, улучшает показатели качества жизни по шкале оценки SF-36 по шкалам физической боли, психического здоровья и энергичности.

ТРУШИНА О.А., ПОЛИКУТИНА О.М., ЦЫГАНКОВА Т.Н., ЧИСТЮХИН О.М.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## ЗНАЧЕНИЕ ЧРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ФОРМ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

**Ц**елью исследования явилось определение эффективности чрезпищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭКС) в комбинации с медикаментозной терапией в купировании пароксизмальных и постоянных форм трепетания предсердий (ТП).

Купирование пароксизма трепетания предсердий (ПТП) — достаточно сложная задача. Причины сравнительной устойчивости ПТП заложены в его основе: ТП, по мнению ряда авторов, практически всегда связано со структурными изменениями миокарда предсердий и, прежде всего, ПП. Поэтому, чтобы подавить ПТП, необходимо прервать движение импульса по большому кругу тасго ге-ептгу, располагающемуся вокруг полых вен в ПП. ЧПЭКС может использоваться для купирования ПТП или его перевода в фибрилляцию предсердий (ФП). Как правило, такое использование ЧПЭКС обоснованно, и является эффективным при ТП I типа (частота предсердных волн в пределах 240-340 в минуту) с регулярным АВ проведением, например 2 : 1, и менее эффективно в случае ТП II типа (частота волн сокращений в предсердиях 340-430 в минуту), либо когда ТП чередуется с участками ФП.

Применяется частая ЭКС, превышающая частоту волн Р-Р на 20-30 %, плавно повышая ее частоту, таким образом разрывая цепь ге-ептгу в предсердиях. В случае, когда восстановить синусовый ритм не удается, проводится попытка перевода ТП в ФП, которая легче поддается медикаментозным воздействиям, для этого используется сверхчастотная стимуляция с частотой 500 импульсов в минуту и более.

Поскольку любая смена ритма существенно увеличивает риск тромбоэмболических осложнений, всем больным перед проведением ЧПЭКС проводится ЧП-ЭХОКГ для выявления наличия тромбов в полости сердца.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдались 21 пациент (16 мужчин и 5 женщин) с пароксизмальной (18) и постоянной (3) формами ТП, их средний возраст составил  $47 \pm 9$  лет. По исходным ЭКГ и ЧП-ЭКГ было выде-

лено 2 группы больных: с I типом ТП — 15 больных (71 %), со II типом — 6 пациентов (29 %). По данным ЭХО-КГ, с нормальными размерами предсердий было 13 человек (61 %), с умеренно расширенными — 7 (33 %), и значительно расширенными (ЛП более 5 мм, ПП — 4,5–5,5 мм) — 1 человек.

Среди этиологических факторов были выявлены: заболевания сердца у 15 человек (71 %), хронические заболевания легких — у 2 (9 %), эндокринная патология — у 3 больных (14 %), идиопатическая форма — у 1 человека (0,05 %).

### ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

ЧПЭКС проводилась по стандартной методике. У 11 человек (52 %) сразу восстановился синусовый ритм, у 9 (43 %) — синусовый ритм восстановился через ФП в течение 1-2 дней, у 1 больного со значительно расширенными предсердиями (на фоне ревматического порока, протезированного митрального клапана) купировать ТП не удалось. Рецидивов ТП наблюдаемых больных в течение стационарного пребывания не наблюдалось.

Выявлялась корреляция между длительностью ПТП и эффективностью ЧПЭС: среди 8 больных с длительностью ПТП более 1 недели синусовый ритм восстановился у 1 больного (12 %); у 7 больных (88 %) ТП переведено в ФП; у 6 больных с ПТП II типа при ЧПЭКС во всех случаях не удалось восстановить синусовый ритм, ТП было переведено в ФП.

### ВЫВОДЫ

Положительный результат наблюдался в 95 % случаев, в том числе у больных с умеренно расширенными размерами предсердий. Из этого можно сделать вывод, что ЧПЭКС является эффективным, доступным, относительно безопасным и недорогим методом в лечении ТП. Наряду с традиционной медикаментозной терапией, ЧПЭКС занимает свое достойное место. ЧПЭКС явилась наиболее эффективной при ТП I типа, у больных с нормальными или умеренно расширенными размерами предсердий и меньшей давностью возникновения пароксизма ТП.

ФОМИНА Н.В., АЛТАРЕВ С.С., БАРБАРАШ О.Л.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ВЛИЯНИЕ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТЕЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В настоящее время не вызывает сомнения то обстоятельство, что сезонные ритмы физиологических функций организма являются инструментом адаптации организма к окружающей среде, особенно в тех поясах, где смена времени года ярко выражена. Исследованы сезонные колебания частоты возникновения острых заболеваний, обострений хронических патологических процессов, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (Н.К. Малиновская, 2000), аффективные расстройства, невротическая депрессия (Л.В. Хараян, 1982). По мнению С.И. Степановой (1986), возникает сезонный физиологический десинхроноз, в свою очередь связанный с нарастанием или убыванием уровня амплитуды суточных ритмов организма.

Исследования последних десятилетий выявили влияние на организм человека и другого годового ритма — индивидуального годовичного цикла (ИГЦ). Первым месяцем ИГЦ принято считать месяц, в котором родился человек, а последним — месяц перед датой рождения. Так, у практически здоровых лиц в конце ИГЦ наиболее неблагоприятными периодами для развития нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда являются непосредственно предшествующий и следующий за днем рождения периоды (Барбараш О.Л. и др., 2002).

Исследуемая выборка включала в себя 35002 человек, умерших за период с 01.01.1998 г. по 31.12.2001 г. по данным Кемеровского ЗАГСа. Из настоящей базы данных были выбраны случаи смерти вследствие ИБС (всего 4570), 2073 женщин и 2497 мужчин.

На основании данных о дате смерти и дате рождения умершего были определены сезон года и порядковый номер месяца индивидуального годовичного цикла (ИГЦ), когда регистрировался смертельный случай. При этом ИГЦ был разделен на триместры: первый триместр ИГЦ включал первые три месяца от дня рождения, второй — 4-6 месяцы, и т.д. (Шапошникова В.И., 1996).

Было установлено, что зимой на 18 % возрастало количество смертей от ИБС по отношению к летнему периоду года, данные различия были достоверны ( $p = 0,001$ ).

Разбив исследуемую выборку на группы в зависимости от возраста, мы обнаружили, что с возрастом человека сезонные влияния усиливаются.

Причем во всех возрастных группах более неблагоприятными оказались зимние месяцы, наименее неблагоприятными — летние и осенние.

Так, если в возрастной группе до 60 лет различия в регистрации смертельного исхода в различные сезоны года не имели достоверных различий, то степень достоверности отличия частоты смертей в зимний и летний сезоны года увеличивались от возрастной группы 60-69 лет к группе старше 70 лет.

Исследование индивидуально годичных колебаний частоты смертельных случаев выявило тенденцию к увеличению количества смертельных исходов в IV триместре ИГЦ ( $p = 0,07$ ). У лиц в возрасте до 60 лет достоверно большее количество случаев смерти регистрировалось в IV триместре ИГЦ. В возрастной группе от 60 до 69 лет в I триместр количество смертельных исходов возрастало на 21,9 % по сравнению с III триместром. В возрастной группе старше 70 лет влияние ИГЦ на частоту смертей от ИБС не выявлено.

При оценке влияния половой принадлежности на распределение смертельных исходов ИБС в зависимости от триместра ИГЦ не получено статистически значимых различий по триместрам. Однако, сделав поправку на возраст, мы обнаружили, что у мужчин влияние ИГЦ на показатели смертности гораздо более очевидно, чем у женщин. У женщин только в возрастной группе младше 60 лет было получено достоверное увеличение частоты смертельных случаев ИБС в IV триместре ИГЦ, по сравнению со II триместром. Подобные результаты были получены и при анализе смертельных исходов у мужчин младше 60 лет. Кроме того, у мужчин в возрастной группе от 60 до 69 лет в I триместре на 34,5 % возрастала частота смертельных случаев, данный показатель достоверно отличался от более благоприятного III триместра ИГЦ. Как у мужчин, так и у женщин в возрастной группе старше 70 лет различия не были обнаружены.

Выявленные влияния годовых ритмов на течение ишемической болезни сердца позволяют сделать вывод о том, что кроме классических сердечно-сосудистых факторов прогноза необходимо учитывать зоны риска годовых ритмов. Для женщин любого возраста «зоной риска» в первую очередь является зимний период года, а для муж-

чин — период вокруг дня его рождения. Однако в возрастной группе старше 70 лет, как у мужчин, так и у женщин, начинают преобладать сезонные влияния на организм человека. Вероятно, это объясняется тем, что с возрастом снижаются адаптационные возможности организма к условиям резко континентального климата, особенно в зимний период, характеризующийся очень низкой

среднемесячной температурой, низкой солнечной активностью.

По нашему мнению, при составлении программ санаторно-курортного, восстановительного лечения у пациентов пожилого возраста необходимо учитывать биоритмологические особенности течения хронических заболеваний, так как от этого будут зависеть результаты вмешательств.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., КОСТИН В.И.  
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ АРИТМОГЕННОСТИ МИОКАРДА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Цель** — оценить влияние различных комбинаций антиангинальных препаратов и антидепрессантов на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у пожилых пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 112 пожилых пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией, средний возраст составил  $76,5 \pm 3,5$  лет. Пациенты были разделены на 4 группы. Пациентам 1 группы ( $n = 35$ ) проводилась терапия  $\beta$ -блокаторами (атенолол и метопролол). Пациенты 2 группы ( $n = 24$ ) получали  $\beta$ -блокаторы и amitриптилин. Пациенты 3 группы ( $n = 26$ ) принимали  $\beta$ -блокаторы и стимулотон. Показатели ВСР исследовались по результатам холтеровского мониторинга. Анкетирование пациентов проводилось до лечения и через 6 месяцев терапии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне терапии  $\beta$ -блокаторами и различными антидепрессантами было отмечено достоверное уменьшение уровня депрессии и тревоги, улучшение качества жизни пациентов. Достоверные улучшения ВСР отмечены во всех группах, однако в группе со стимулотоном показатели SDANN и SDNN оказались значимо более высокими. Ста-

стистически значимое увеличение SDANN отмечено в 1 группе на  $2,3 \pm 0,1$  %, во 2 группе — на  $1 \pm 0,1$  %, в 3 группе — на  $12 \pm 0,2$  %. Так, показатели SDNN через 6 месяцев лечения в 1 группе достоверно увеличились на  $4,5 \pm 0,1$  %, во 2 группе — на  $4,9 \pm 0,3$  %, в 3 группе — на  $17,2 \pm 2,5$  %.

Нормализация психоэмоционального состояния оказывает активирующее действие на парасимпатическую нервную систему, уменьшает симпатические влияния, что в конечном итоге находит отражение в увеличении показателей ВСР. Показано, что стимулотон повышает реактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы в ответ на стресс. В нашем исследовании не отмечено статистически значимого ухудшения показателей ВСР при терапии amitриптилином в малых суточных дозах.

### ВЫВОДЫ:

1. Атенлол и метопролол улучшают показатели вариабельности сердечного ритма (SDNN, SDANN) у пожилых пациентов со стабильной стенокардией.
2. Из используемых в исследовании комбинаций  $\beta_1$ -блокаторов и различных антидепрессантов, стимулотон достоверно улучшает показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов пожилого возраста.



ШАФ Е.С., БАРБАРАШ О.Л.

*Областной клинический госпиталь ветеранов войн,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Старение – биологически разрушительный процесс, неизбежно развивающийся с возрастом, ограничивающий адаптационные возможности организма и характеризующийся развитием возрастной патологии и увеличением вероятности смерти. Возрастные изменения организма необходимо оценивать с учетом не только календарного, но и биологически-функционального возраста (БВ) [3]. БВ – это мера системной дезинтеграции организма, развивающейся в процессе старения [2]. Известно, что заболевания могут приводить к увеличению БВ в среднем на шесть лет [1], сердечно-сосудистая патология также способствует повышению функционального возраста сердечно-сосудистой системы [2].

Доля лиц в популяции старше 65 лет неуклонно растет, наряду с этим увеличивается количество больных ИБС [4, 5, 9]. В США по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ) ежегодно госпитализируются 675000 больных, из них 55 % старше 65 лет. Течение ОИМ в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности: реже наблюдается типичная болевая симптоматика, чаще выявляются признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), чаще диагностируется ОИМ без зубца Q. Известно, что возраст больных оказывает существенное влияние на прогноз после ИМ – чем старше больной, тем хуже прогноз. По данным литературы, летальность в группе больных старше 80 лет превышает 50 %, а смертность в течение года у пациентов старше 65 лет выше 30 % [6, 7, 8, 10, 11]. Поэтому важной представляется оценка особенностей течения ОИМ у данной категории больных для выработки оптимальной стратегии лечения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 52 больных с ОИМ старшей возрастной группы, из них 34 мужчины (65,4 %) и 18 женщин (34,6 %). Возраст больных от 65 до 92 лет (средний возраст 77,3 ± 0,5 лет). Среди лиц до 75 лет преобладали мужчины, но после 75 лет число мужчин и женщин практически выровнялось.

БВ определяли у 27 пациентов. Оценивали индекс ФБВ : ДБВ, где ДБВ – должный БВ, характеризующий стандарт темпа старения в популяции, а ФБВ – фактический БВ, определяемый

в соответствии с рекомендациями В.П. Войтенко с соавторами [2].

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Q-образующий ИМ диагностирован у 31 пациента (59,6 %), Q-не образующий ИМ – у 21 (40,4 %). Передний ИМ выявлен у 40 (76,9 %), задний – у 12 больных (23,1 %). Первичный ИМ диагностирован у 21 пациента (40,4 %).

Характеристика болевого синдрома: локализация боли за грудиной установлена у 27 пациентов (51,9 %), в прекардиальной области – у 18 (34,6 %), безболевая форма ИМ – у семи (13,5 %). Иррадиация боли под левую лопатку имела место у 14 пациентов (26,9 %), в левую руку – у шести (11,5 %), другая иррадиация (в шею, нижнюю челюсть, позвоночник) – у шести (11,5 %), отсутствие иррадиации – у 19 (36,5 %).

Лишь у семи больных (13,5 %) ОИМ развился без предшествующей стенокардии, длительность предшествующей стенокардии составила в среднем 12 ± 0,8 лет, максимально – 34 года. У 26 больных (50 %) развитию ИМ предшествовало снижение толерантности к физической нагрузке, учащение приступов стенокардии, возникновение стенокардии покоя. В 12 случаях (23,1 %) пациенты не описывали эпизода затяжной коронарной боли, а отмечали лишь учащение приступов стенокардии.

Выраженность резорбционно-некротического синдрома: температурная реакция выявлялись у семи человек (13,5 %), изменения крови (увеличение числа лейкоцитов, СОЭ) – у 22 (42,3 %). Повышение КФК в среднем в 6,2 ± 1,2 раза отмечалось у 23 больных (44,2 %), повышение ЛДГ в среднем в 2,3 ± 0,5 раза – у 20 больных (38,5 %). В девяти случаях (17,3 %) развития Q-образующего ИМ и у 12 больных (23,1 %) с Q-не образующим ИМ отсутствовало повышение уровня ферментов крови.

Сроки формирования подострого периода по ЭКГ в среднем составили 8,5 ± 2,3 суток.

Развитие ИМ осложнилось формированием аневризмы у 9 пациентов (17,3 %), желудочковыми нарушениями ритма в первые 48 часов – у 10 (19,2 %), кардиогенным шоком – у трех (5,8 %), отеком легких – у трех (5,8 %), развитием атрио-вентрикулярной блокады – у двух (3,9 %), острого нарушения мозгового кровообращения – у

одного (1,9 %), тромбоэмболическими осложнениями — у двух больных (3,9 %). Рецидивирующий ИМ развился у 24 больных (46 %), причем Q-образующий ИМ рецидивировал в 48,3 % случаев (15 больных), Q-не образующий ИМ — в 42,8 % случаев (9 больных).

Артериальная гипертензия имела место у 40 человек (76,9 %), сахарным диабетом страдали восемь пациентов (15,4 %).

Смертность составила 23 % (12 человек): умерли 5 женщин (41,7 %) и 7 мужчин (58,3 %), средний возраст умерших —  $80 \pm 2,3$  лет. Сахарным диабетом (СД) из них страдали четыре пациента (33,3 %). Среди умерших у восьми пациентов (66,7 %) развился повторный ИМ. По структуре среди летальных исходов ФВ < 45% отмечалась у шести умерших (50 %), желудочковые нарушения ритма — у пяти (41,7 %). Сроки развития смерти до двух суток имели место у трех пациентов (25 %).

При оценке БВ в исследуемой группе средний показатель индекса ФБВ : ДБВ составил  $1,012 \pm 0,03$ . В подгруппе ИМ без предшествующей клиники ИБС этот показатель был равен  $0,935 \pm 0,09$ ; в случае наличия клиники ИБС, предшествующей развитию ИМ, индекс ФБВ : ДБВ составил  $1,05 \pm 0,04$  ( $p < 0,01$ ). При развитии первичного ИМ индекс ФБВ : ДБВ =  $0,99 \pm 0,04$ ; при повторном ИМ —  $1,06 \pm 0,08$  ( $p < 0,05$ ). В подгруппе неосложненного ИМ с нормальной ФВ соотношение ФБВ : ДБВ было равно  $0,93 \pm 0,04$ ; в подгруппе больных с осложненным ИМ и/или ФВ < 45 индекс был равен  $1,04 \pm 0,04$  ( $p < 0,01$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при оценке особенностей течения ОИМ в старшей возрастной популяции выявлено преобладание лиц мужского пола над женским, и нивелирование роли половой принадлежности с увеличением возраста. Установлено преобладание Q-образующего ИМ над Q-не образующим, что, в сущности, расходится с данными литературы и обусловлено, очевидно, малой выборкой больных. В большинстве случаев развитию ОИМ предшествует переход стенокардии в нестабильную форму.

Для этой возрастной группы больных характерна атипичная болевая симптоматика (безболевыми формами, особенности иррадиации, умеренная выраженность болевого синдрома имеют место в большинстве случаев); слабо выражен резорбционно-некротический синдром, выявлена высокая распространенность как ранних, так и поздних осложнений ОИМ, и рецидивирующий характер ОИМ пожилых, высокий уровень смертности, корреляция летальных исходов с возрастом пациентов, выраженностью ХСН, желудочковыми нарушениями ритма в первые 48 часов и наличием СД. При оценке БВ более высокая степень постарения отмечена у пациентов с наличием ИБС в анамнезе, при развитии повторного ИМ, в группе осложненного ИМ и с низкой ФВ.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Войтенко, В.П. Системные механизмы развития старения /Войтенко В.П., Полоухов А.Я. — Ленинград, 1986.
2. Геронтология и гериатрия: ежегодник. — Киев, 1984. — С. 133-137.
3. Горбачев, В.В. Практическая кардиология /Горбачев В.В. — Минск, 1997. — Том 2. — С. 275-283.
4. Карпов, Ю.А. Особенности течения и лечения ИБС у больных пожилого возраста /Карпов Ю.А. //Международ. мед. журн. — 1999. — № 3-4. — С. 139-143.
5. Шпак, Л.В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных ИМ /Шпак Л.В //Кардиология. — 1990. — № 4. — С. 86-88.
6. Brown, S.L. Low cholesterol concentration and severe depressive symptoms in elderly people /Brown S.L., Salive M.E., Harris T.B. //Brit. Med. J. — 1994. — V. 308. — P. 1328-1332.
7. DeMarco E., Rebuzzi A.G., Quaranta G. et al. //Eur. Heart J. — 1998. — V. 19. — P. 5-14.
8. Eisenberg P.R., Sherman L.A., Jaffe A.S. //J. Am. Coll. Cardiol. — 1987. — V. 10. — P. 527-529.
9. Friedman, M. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project /Friedman M., Thorensen C.E. //Am. Heart J. — 1986. — V. 112. — P. 653-665.
10. Stason W.B., Sanders C.A., Smith H.C. //J. Am. Coll. Cardiol. — 1987. — V. 10. — P. 18A-21A.
11. The Sixty Plus Reinfarction Study Research Group //Lancet. — 1980. — V. 2. — P. 989-993.



БУТИНА Л.В., ЯКУШЕВА Т.С.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ДОФАМИН И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Р**анее считалось, что когнитивные функции являются закономерным явлением в пожилом возрасте. Сейчас популяционные исследования показали, что определенные когнитивные нарушения выявляются при различных заболеваниях, возникающих в пожилом возрасте, таких как болезнь Паркинсона, цереброваскулярные расстройства или депрессия с поздним началом.

Наиболее уязвимы при этих заболеваниях — память, зрительно-пространственные и исполнительные функции, внимание, мышление. Они влияют на повседневную активность пациента, требуют диагностики, наблюдения и лечения.

Показано, что легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте в 25 % случаев трансформируются в деменцию, их можно рассматривать как начальную стадию тяжелого заболевания. Выявлена взаимосвязь между когнитивными нарушениями в пожилом возрасте и дофаминэргической системой, а именно с дофаринэргическими рецепторами, которые с возрастом уменьшаются в количестве.

Из дофаринэргических препаратов наиболее перспективными в отношении положительного когнитивного эффекта являются агонисты Дофамина, к которым относится Проноран, а так называемые «сосудистые» и «метаболические» средства для лечения когнитивных функций не имеют надежной доказательной базы.

**Цель исследования** — определение влияния и эффективность агониста Дофамина — Пронорана (Пирибедила) на когнитивные функции в комплексной терапии больных пожилого и старшего возраста; оценка степени их тяжести на основе клинических и нейропсихологических данных.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексное клинико-неврологическое обследование.

Нейропсихологическое обследование с использованием шкал:

- КШОПС (краткая шкала оценки психического статуса),
  - ТРЧ (тест — рисование часов).
- Назначение Пронорана при выявлении когнитивных нарушений.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследованы 46 пациентов в возрасте от 60 до 82 лет. Из них, 6 человек с болезнью Паркинсона; 40 человек с церебро-васкулярной болезнью и дисциркулярной энцефалопатией. У 42 пациентов отмечался синдром умеренных когнитивных расстройств (УКР). Критериями оценки синдрома УКР являлись: предъявление жалоб на снижение памяти, внимания, умственной работоспособности, повышенная утомляемость.

Результаты КШОПС от 25 баллов до 27 баллов при любом ТРЧ менее 9 баллов. Проноран назначался в дозе 50 мг один раз в день в виде монотерапии или в сочетании с сосудистыми и ноотропными препаратами (в зависимости от поставленного диагноза). Лечение так же сочеталось со средствами физической реабилитации, широко использовался метод кинезитерапии. Проводились лечебная гимнастика, механотерапия, гидрокинезитерапия, все виды массажа, дозированная ходьба с биомеханикой шага.

Оценка эффективности проводилась через 6-12 недель от начала лечения (по клиническим данным, по КШОПС и ТРЧ).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Проноран достоверно улучшает показатели выполнения тестов на память, логическое мышление, внимание; улучшает двигательную активность пациентов, и общее самочувствие. Особенный эффект отмечался через 3 месяца от начала лечения (86 % пациентов). Препарат сочетается со всеми лекарственными препаратами и методами физической реабилитации, в 95 % случаев отмечена хорошая переносимость препарата.

ВАСЕНИНА Е.Д., КУДРЯВЦЕВА Г.Ю., НАЗИМКИНА Е.В.,  
ВОЛОДИНА Н.Н., КОМИСАРОВА С.Д.  
МЛПУ Городская клиническая больница № 2,  
г. Новокузнецк

## ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ «ГИМНАСТИКА ДЛЯ МОЗГА» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Увеличение количества людей преклонного и старческого возраста в современном обществе повышает интерес к гериатрии и болезням, сопровождающимся интеллектуальной дисфункцией. Нарушение когнитивных функций у пожилых людей встречается даже при отсутствии грубых очаговых неврологических нарушений. Это связано не только с первичным поражением тех или иных корковых структур ишемического или дегенеративного генеза, но и с нарушением связей между корковыми зонами и подкорковыми структурами, приводящими к их разобщению (disconnection syndrome).

Методы коррекции этих нарушений, основанные на интегрировании деятельности головного мозга, включают в себя, в том числе, особый комплекс упражнений, заимствованный из образовательной кинезиологии и адаптированный для занятий со взрослыми пациентами (автор метода к.м.н. Г.Ю. Кудрявцева). Теоретической базой применения подобных упражнений послужили исследования в области физиологии о роли движения для развития мозга, об интеграции работы полушарий головного мозга, о роли мозолистого тела и значении стресса для нарушения способности к обучению.

Нарушение памяти и невозможность сосредоточиться — частые жалобы у пожилых людей. Снижение концентрации внимания и снижение умственной работоспособности входят в структуру когнитивных нарушений у этих пациентов и часто служат основой патологии кратковременной и долговременной памяти. В более ранних публикациях, посвященных «Гимнастике для мозга», доказано существенное улучшение показателей произвольного внимания и умственной работоспособности в группе пациентов, занимающихся по этой методике, в сравнении с контрольной группой.

**Цель исследования** — изучение влияния комплекса специальной тренировки «Гимнастика для мозга» на показатели умственной работоспособности и внимания у пожилых пациентов, преимущественно с дисциркуляторной энцефалопатией.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2002 года организовано проведение комплекса упражнений «Гимнастика для мозга» в кабинете

лечебной физкультуры МЛПУ ГКБ № 2 г. Новокузнецка: освоена методика проведения гимнастики, подготовлены методические рекомендации, кабинет оснащен наглядными иллюстрациями.

По данной методике занимались 770 человек старше 60 лет, из них 83 пациента старше 80 лет. В исследование были включены основная группа из 22 человек и контрольная группа из 23 человек.

Всем больным проводился стандартный курс сосудистой, ноотропной и дезагрегантной терапии. Для оценки результатов использовались счет по таблицам Шульте и анкетирование для оценки качества жизни.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, полу, клиническим характеристикам и стадиям заболевания. С пациентами основной группы проводились занятия комплекса упражнений «Гимнастика для мозга».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

После курса занятий в течение 17-20 дней среднее время по таблицам Шульте у пациентов основной группы улучшилось на 8,5 секунд, тогда как у пациентов контрольной группы этот показатель практически не изменился. Количество «застываний» в основной группе уменьшилось в среднем на 63 % против 44 % в контрольной группе. При оценке качества жизни по 5-бальной системе пациенты основной группы отметили улучшение до 4 баллов (при исходных 2), тогда как в контрольной — только до 3.

### ВЫВОДЫ

Комплекс упражнений «Гимнастика для мозга» содействует компенсации нарушенных высших мозговых функций (произвольное внимание и умственная работоспособность). Поэтому ее рекомендуется включать в лечебно-реабилитационные мероприятия не только при хронической ишемии головного мозга, но и при других заболеваниях нервной системы: при деменции различного типа, при отдаленных последствиях травматических и воспалительных заболеваний, а также у здоровых людей для тренировки памяти и внимания с целью профилактики нарушений высших мозговых функций.



ЗАЙЦЕВ Н.М., ХНЫКИНА Т.Н.  
 ОАО Санаторий «Прокотьевский», г. Прокотьевск

## ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Л**огопедическая помощь в процессе реабилитации пожилых людей, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, значительно затруднена вследствие их возрастного психофизиологического состояния.

Наиболее часто встречающимся нарушением речи у таких больных является афазия. Это нарушение не является изолированным и только речевым дефектом, это – системное нарушение речи, взаимосвязанное с дефектами других психических процессов (восприятия, памяти, мышления и т.д.). Афазия приводит к дезинтеграции практически всей психической сферы и наносит огромный ущерб заболевшему человеку, поскольку больной выбывает из окружающей его социальной среды, из трудовой деятельности.

Поэтому при любых формах афазии коррекция больных пожилого возраста начинается, прежде всего, с восстановления высших психических функций.

При подготовке к логопедическому занятию обязательно учитывается личность больного, его индивидуальные особенности. Продолжительность урока зависит от общего состояния пациента и его работоспособности. При этом обязательно создается комфортная обстановка с ориентировкой на самочувствие и настроение больного. В восстановительном обучении широко используются разные виды деятельности в комплексе (обучение в процессе труда, игра в процессе обучения и т.д.). Для правильного и эффективного выполнения за-

даний много времени и усилий логопеда затрачивается на разъяснение инструкций и указаний. Сложность заключается в том, что, например, нарушение восприятия речи, вызванное афазией, накладывается на существовавшее еще до инсульта снижение слуховой функции, зрительные и тактильные агнозии – на нарушение зрения, снижение чувствительности тактильного анализатора.

Другим распространенным нарушением речи, возникающим вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, является дизартрия. Это расстройство произносительной стороны речи, вызванное нарушением иннервации речевого аппарата. Данное нарушение также является комплексным и трудно устранимым дефектом у пациентов пожилого возраста.

Афазия и дизартрия редко встречаются как изолированные нарушения. Часто они проявляются сочетанно, усложняя коррекционную работу и удлиняя сроки реабилитации.

Положительным моментом в сложном и длительном процессе восстановления речи является то обстоятельство, что пожилые пациенты более открыты и охотно идут на контакт, поскольку часто бывают одинокими, страдают от недостатка общения. Они с большим удовольствием и усердием выполняют задания логопеда в благодарность за оказываемую им помощь.

Итогом тесного сотрудничества логопеда и пациента является положительная динамика в преодолении речевого нарушения.

КАЛИНИНА О.С., ПЕТРОВ К.Б.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
 Кафедра лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии,  
 г. Новокузнецк*

## ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА С УЧЕТОМ СПИНАЛЬНЫХ БИОРИТМОВ И ТОПОГРАФИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕФЛЕКТОРНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ

**В**опросы остеохондроза позвоночника (ОП) серьезно изучаются в нашей стране уже около 60 лет. Однако проблема данного заболевания, несмотря на фундаментальные исследования ряда научных школ, наличие значительного

числа подходов и способов его реабилитации, остаются предметом дискуссий.

В настоящее время пользуются большой популярностью методики лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника (НПОП),



включающие разнообразные средства физическое воздействия (А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, 1989). Как правило, при купировании острых соматогенных и нейрогенных болевых синдромов используются низкочастотные импульсные токи: синусоидальные модулированные, диадинамические, флюктуирующие, интерференционные и т.д. (Боголюбов В.М., 1999).

Последнее время многие авторы видят пути дальнейшего совершенствования методов физиотерапии в их биоритмологической оптимизации (Ф.И. Комаров, 1994).

Кроме того, в литературе описан ряд неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов (НРМС) при патологии опорно-двигательного аппарата, особенности топографии которых могут быть использованы для повышения эффективности различных лечебно-реабилитационных мероприятий, подобно каналю-меридианальной системе китайской медицины (Петров К.Б., 1998).

**Цель настоящего исследования** заключалась в разработке методик комплексного лечения НПОП синусоидальными модулированными токами, ультразвуковой и цветоманнитерапией с учетом особенностей биоритмов спинного мозга и топографии неспецифических рефлекторно-мышечных проявлений.

Материалом для настоящей работы послужили 116 больных и испытуемых в возрасте от 18 до 71 года. Для углубленного изучения биоритмологических характеристик активности нейронного аппарата поясничного утолщения спинного мозга у больных и испытуемых нами была разработана оригинальная методика посекундного тестирования динамики Н-рефлекса.

Анализ полученных данных проводился при помощи пакетов прикладных статистических программ: «STATGRAPHICS plus for Windows ver. 3.0», «SPSS for Windows ver. 9.0», «STATISTICA ver. 6.0», «CATERPILLAR-1.0» и электронных таблиц Microsoft@Excel-2003.

Выделено 3 частотных компонента биоритмической активности мотонейронов поясничного утол-

щения спинного мозга в норме с усредненными периодами в 45 секунд, 9 секунд и 3 секунды. У больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза установлено уменьшение 9-, а также увеличение 45- и 3-секундного компонентов спинального биоритма по сравнению со здоровыми лицами.

С учетом выделенных биоритмов спинного мозга и топографии неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов нами разработаны физиотерапевтические лечебные комплексы для больных ОП.

Лечебный комплекс, включающий цветоманнитерапию и биосинхронизированные синусоидальные модулированные токи, проводимый с учетом топографии неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов, рекомендуется проводить астенизированным, вегетативно лабильным больным с затянущимся обострением поясничного остеохондроза при умеренных болевых проявлениях на фоне повышенной возбудимости ЦНС с преобладанием мышечно-тонических и нейродистрофических синдромов.

Лечебный комплекс, включающий ультразвуковую терапию и биосинхронизированные синусоидальные модулированные токи, также проводимый с учетом топографии НРМС, показан больным ОП с интенсивными болями, разноуровневыми нарушениями тормозных и возбуждающих процессов в центральной и вегетативной системах (раздражительность, дисфория, плохой сон, эмоциональная лабильность), сопровождающимися выраженными мышечно-тоническими, нейродистрофическими и сосудистыми проявлениями.

Данные методики повышают качество реабилитации за счет более эффективного использования саногенетических механизмов адаптации.

Разработанные технологии не требуют специальной аппаратуры и могут быть внедрены в стационарах многопрофильных больниц, в поликлиниках, а также в санаторно-курортных условиях.

МИТИЧКИНА Т.В., ПЕТРОВ К.Б.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Кафедра лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии,  
г. Новокузнецк*

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ПАХОВЫХ БОЛЕЙ

Общезвестно, что среди заболеваний периферической нервной системы наиболее распространены неврологические проявления поясничного остеохондроза (ПОХ). Среди синдромов ПОХ паховые боли (ПБ) встречаются в 4 %

случаев (Y. Yukawa at al., 1997). Клинико-патогенетические критерии диагностики вертеброгенных паховых болевых синдромов изучены недостаточно.

**Цель** — изучить критерии диагностики паховых болей в клинике поясничного остеохондроза.

Для решения этой задачи нами были обследованы 59 пациентов с ПБ вертеброгенного происхождения.

Обследование производилось с помощью клинического, неврологического и нейроортопедического методов, а также мануального тестирования (В.П. Веселовский, 1991; И.Р. Шмидт, 1995; Л.Ф. Васильева, 1999 и др.). Всем пациентам проводилась рентгеноподиография поясничного отдела позвоночника; в 76,2 % она была дополнена магнитно-резонансной томографией.

Проведенные исследования показали, что при наличии ПБ локализация ведущего патоморфологического субстрата соответствует сегментам L<sub>IV</sub>-L<sub>V</sub> и L<sub>V</sub>-S<sub>I</sub> в 86,4 % случаев, L<sub>III</sub>-L<sub>IV</sub> – в 5,1 %, Th<sub>XI</sub>-L<sub>I</sub> – в 8,5 % случаев ( $\chi^2 = 75,23$ ;  $P = 0$ ).

Были выделены следующие клинические особенности ПБ.

Ипсилатерально ПБ в 93,2% случаев ( $\chi^2 = 44,08$ ;  $P < 0,0001$ ) выявляются локальный гиперкифоз на уровне XII ребра в проекции места прикрепления люмбодорзальной фасции. Болезненность этой области и гребня крыла подвздошной кости наблюдалась 94,9 % случаев ( $\chi^2 = 47,61$ ;  $P < 0,0001$ ). Болезненность в проекции линии прикрепления косых мышц живота к люмбодорзальной фасции на всем ее протяжении имела место в 100 %.

Болезненность в проекции места прикрепления *m. tensor fasciae latae* к передней нижней ости таза выявлялась ипсилатерально ПБ в 94,9 % ( $\chi^2 = 47,6$ ;  $P < 0,0001$ ), гребня подвздошной кости и передней верхней подвздошной ости – в 96,6 % ( $\chi^2 = 51,27$ ;  $P < 0,0001$ ), лобкового бугорка – в 98,3 % ( $\chi^2 = 55,06$ ;  $P < 0,0001$ ).

Паховая связка оказалась напряженной на всем протяжении. Болезненность ее наружных отделов наблюдалась в 100 %, а внутренних – в 83 % ( $\chi^2 = 25,77$ ;  $P < 0,0001$ ).

Симптом асимметричного напряжения мышц живота с его выпуклостью в ипсилатеральную сторону был выявлен в 64,3 % ( $\chi^2 = 4,89$ ;  $P < 0,05$ ); в 32,3 % он сопровождался ипсилатеральным смещением пупка ( $\chi^2 = 11,63$ ;  $P < 0,001$ ). У

мужчин в положении лежа на спине одноименное ПБ яичко располагалось в мошонке выше контралатерального на 45,4 % чаще, чем контралатеральное ( $\chi^2 = 7,14$ ;  $P < 0,01$ ).

В большинстве случаев ипсилатерально болям в паху выявлялось напряжение *m. iliopsoas*. Она была болезненной при глубокой чрезабдоминальной пальпации в 96,6 %, а при пальпации в проекции дистального сухожилия – в 98,3 %. *M. quadratus lumborum* и *m. erector spinae* были напряжены ипсилатерально в 93 % и с двух сторон – в 7 %.

Активные триггерные точки (ТТ) локализовались вдоль линии прикрепления косых мышц живота к люмбодорзальной фасции и крылу подвздошной кости. В зоне паховой связки ТТ в 100 % случаев локализовались у передней верхней подвздошной ости, в проекции глубокого и поверхностного пахового кольца и у дистальных отделов *m. iliopsoas*.

Мы полагаем, что заинтересованные костно-фасциально-связочные структуры формируют склеротомный компонент вертеброгенных ПБ, а тонизация косых мышц живота, *m. iliopsoas* и *m. tensor fasciae latae* – их мышечный компонент. Данные мышцы, натягивая соответствующие фасциальные структуры, участвуют в непосредственной реализации ПБ. Ущемление стволов подвздошно-подчревного, подвздошно-пахового и бедренно-полового нервов в мышечно-фасциальных структурах (нейрогенный компонент ПБ) приводит к формированию туннельных невропатий. ТТ, локализованные в косых мышцах живота, в области проекций паховых колец и в дистальных отделах *m. iliopsoas* формируют миофасциальный компонент ПБ.

Таким образом, вертеброгенные паховые боли выявляются в большинстве случаев при поражении L<sub>IV</sub>-L<sub>V</sub> и L<sub>V</sub>-S<sub>I</sub> ПДС. Их патогенез обусловлен рефлекторными мышечно-тоническими реакциями ниже-квadrантного региона тела с вовлечением люмбо-дорзальной фасции, паховой связки, косых мышц живота, *m. iliopsoas* и *m. tensor fasciae latae*.

СЕРЖАНТОВА А.В., КРАВЧЕНКО Н.А., ЗАЙЦЕВ Н.М.  
ОАО Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ БЛОКАД У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

Лечебно-медикаментозные блокады – давно известный метод лечения, широко используемый в неврологической практике. Наиболее часто в лечении и реабилитации больных

с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника применяются как одно из патогенетически направленных способов воздействия.

**Цель исследования** — анализ применения ЛМБ в условиях отделения реабилитации больных, перенесших ОНМК санатория «Прокопьевский».

За десять месяцев работы отделения проведено 578 ЛМБ 76 пациентам.

У всех пациентов на момент поступления определялись: выраженный болевой синдром, усиление боли при нагрузках и в покое (больше ночью) и вследствие этого нарушение ночного сна, снижение эмоционального фона, снижение толерантности к физическим нагрузкам, ограничение движений в позвоночнике или суставах — вертебральный или суставной синдром, или синдром гемипареза.

В связи с этим, причины проведения ЛМБ можно разделить на следующие группы:

1) обострение шейного, поясничного остеохондроза у пациентов, перенесших ОНМК (43 человека — 300 процедур — 51,9 % от общего количества) вследствие длительного вынужденного положения в постели, нарушения позы и паттерна ходьбы из-за неврологического дефицита, стресса в связи с основным заболеванием.

В данном случае применялись ЛМБ с местными анестетиками (лидокаин, новокаин), гормонами, витаминами, хондропротекторами: паравертебрально на уровне задействованных позвонков, в миодистонически измененные мышцы (нижние косые мышцы головы, мышцы воротниковой области, передней грудной стенки и т.д., в акупунктурные точки.

2) плечелопаточные периартропатии — «синдром болевого плеча» (25 человек — 240 процедур — 41,5 % от общего количества), связанные с сублюксацией плечевого сустава, в генезе которого играют роль два фактора: трофические нарушения и выпадение головки плеча из сустав-

ной впадины из-за растяжения суставной сумки, наступающее под действием тяжести паретичной руки и вследствие паралича мышц.

В данном случае применяются ЛМБ с местными анестетиками (лидокаин, новокаин), гормонами, витаминами, периартикулярно в миодистонически измененные мышцы и биологически активные точки.

3) обострение деформирующего остеоартроза крупных суставов, чаще коленного и тазобедренного, (8 человек — 38 процедур — 6,5 % от общего количества), в результате изменения биомеханики движений и увеличения нагрузки на здоровую конечность.

В данном случае применяются ЛМБ с перечисленными средствами периартикулярно в миодистонически измененные мышцы и биологически активные точки.

В результате, в 100 % случаев от проведения процедур в виде уменьшения признаков локального воспаления, отека, улучшения кровотока и трофики тканей в области воздействия, уменьшается или купируется болевой синдром, улучшается ночной сон, отмечается стабилизация психоэмоционального фона, повышение общего тонуса пациентов. определяется положительный терапевтический эффект Увеличивается объем движений в суставах, что облегчает занятия ЛФК, необходимые для восстановления двигательных функций, стимулируя пациентов к занятиям. Все вышеперечисленное способствует формированию адекватной внутренней картины болезни, и облегчает реабилитационный период у пациентов.

Таким образом, ЛМБ могут при необходимости быть включены в программу реабилитации больных, перенесших ОНМК, особенно у пациентов, для которых ограничено или невозможно применение других процедур.

АНДРЕЕВА В.И., ЛАСТОЧКИНА Л.А., МАРЦИЯШ А.А.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА АССОЦИИРОВАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

**С**ахарный диабет (СД) довольно часто сочетается с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ). Проблема эффективной и безопасной реабилитации больных ишемической болезнью сердца, особенно ассоциированной с сахарным диабетом, является особенно актуальной и социально значимой, поскольку именно эти заболевания вызывают наибольшую инвалидизацию и смертность, требуют от общества больших финансовых затрат для оплаты листов нетрудоспособности и проведения лечебных мероприятий [4, 5, 6, 7, 8].

Основу лечения сахарного диабета у больных ишемической болезнью сердца на поликлиническом этапе должна составлять немедикаментозная терапия. Возможности немедикаментозной терапии довольно широкие: контроль потребления углеводов, снижение массы тела при ожирении, ограничение потребления поваренной соли, подбор правильной диеты и режима физических нагрузок. Потребление с пищей большого количества насыщенных жиров связано со снижением чувствительности к инсулину, поэтому количество жиров должно быть уменьшено. Алкоголь полностью не исключается, но его также ограничивают. Прекращение курения имеет особое значение для больных сахарным диабетом, так как курение способствует прогрессированию атеросклероза, еще больше снижает чувствительность к инсулину [10] и увеличивает альбуминурию [9].

В последние годы широко изучаются и внедряются в практику методы немедикаментозного лечения больных, их использование значительно дополняет и расширяет возможности врача в консервативной терапии больных. Они могут назначаться как изолированно, так и в комбинации с медикаментозными средствами. Большинство из этих методов с успехом могут применяться как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях [2, 3].

**Цель исследования** — оценка эффективности восстановительного лечения больных сахарным диабетом 2 типа ассоциированным с ишемической болезнью сердца с использованием низкоинтенсивной лазерной терапии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На поликлиническом этапе восстановительного лечения обследованы 84 больных, перенесших

в течение прошедшего года инфаркт миокарда (ИМ), возраст больных составил  $51,2 \pm 8,5$  лет. До заболевания 71 человек (84,5 %) работали, 4 (5,6 %) имели инвалидность III группы вследствие перенесенного ранее ИМ. Из 84 больных, 52 (62 %) имели переднюю локализацию инфаркта, 32 (38 %) — заднюю.

Приступы стенокардии возникали до 5 раз в сутки ( $4,3 \pm 0,5$ ), сохранялся прием нитроглицерина до 6 таблеток ( $5,1 \pm 0,1$ ), по данным Холтеровского мониторирования возникали до 7 эпизодов ( $6 \pm 0,2$ ) ишемии, в том числе безболевые. Наличие артериальной гипертензии в анамнезе имели 21 больной (25 %).

При распределении больных по длительности заболевания выяснилось, что у 63 больных (75 %) давность ИБС менее 5 лет, а у 21 (25 %) — более 5 лет.

В соответствии с Канадской классификацией, все больные разделены на функциональные классы стенокардии: у 58 больных (69 %) выявлен ПФК, у 26 (31 %) — ШФК. Клинические признаки хронической сердечной недостаточности имелись у 18 больных (21,4 %): тахикардия, одышка при физической нагрузке, снижение ФВ по данным ЭХО КГ. В качестве объективизации функционального класса ХСН нами был использован тест 6-ти минутной ходьбы (ТШХ). В основе методики лежит определение расстояния, которое пациент может пройти за 6 минут.

В зависимости от проводимой терапии, методом случайного отбора, все больные были разделены на две группы: 42 больных (50 %) получали медикаментозную терапию — 1 группа, и 42 больных (50 %), кроме медикаментозной терапии, получали лазерную терапию — 2 группа. Для исключения влияния фармакотерапии на конечную эффективность лечения все больные получали максимально стандартизованное лечение, которое включало гипохолестериновую диету, пероральные сахароснижающие препараты,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, при необходимости прием нитратов, кроме того, проводилась лечебная физкультура.

Достоверность клинического испытания обеспечивалась однородностью групп сравнения по основным признакам, влияющим на исход заболевания, и соответствием современным методологическим принципам проспективных исследований.

В лечении использовался гелий-неоновый лазер «УЛФ-01». Лечение проводилось ежедневно, продолжительность курса 10 дней. Кроме того, больные принимали внутрь антиоксидант аевит (в дозе 600 мг/сутки), который позволяет профилактировать развитие обострений заболевания.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты настоящего исследования позволили выявить у больных, находящихся на лечении, низкое качество жизни (КЖ), обусловленное «необходимостью лечиться», «необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» и «необходимостью ограничений физических усилий». По данным Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ), низкое качество жизни отмечено по показателям: «сон», «энергичность», «социальная изоляция», «физическая активность» и «болевые ощущения».

Кроме низких показателей КЖ, пациенты имели высокую реактивную тревожность (РТ) (ситуационную) и личностную (ЛТ) (как устойчивую характеристику), низкую фракцию выброса (ФВ) левого желудочка и невысокую толерантность к физической нагрузке (ТФН).

В данном исследовании у пациентов выявлена тесная корреляционная зависимость КЖ и РТ ( $r = 0,574$ ;  $P < 0,05$ ), КЖ и ТФН ( $r = 0,711$ ;  $P < 0,05$ ). Также выявлена зависимость КЖ и показателей анкеты НПЗ: «сон» ( $r = 0,911$ ;  $P < 0,05$ ), «энергичность» ( $r = 0,823$ ;  $P < 0,05$ ), «социальная изоляция» ( $r = 0,820$ ;  $P < 0,05$ ), «физическая активность» ( $r = 0,704$ ;  $P < 0,05$ ) и «болевые ощущения» ( $r = 0,683$ ;  $P > 0,05$ ).

Кроме низких показателей КЖ, пациенты, по данным вариабельности ритма сердца (ВРС), находились в состоянии неудовлетворительной адаптации, что проявлялось не только в высоких значениях амплитуды моды (АМО) и индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС), но и в низких значениях вариационного размаха (DX) и дыхательных волн (ДВ). Данное состояние свидетельствует о значительной централизации управления ритмом сердца, об усилении активности подкорковых нервных центров [1].

Обращаясь в целом к результатам реабилитации, необходимо подчеркнуть, что у большинства пациентов в конце поликлинического этапа лечения отмечено улучшение общего соматического состояния (в первой группе улучшение у 78,5 % больных, без изменений у 14,2 %, ухудшение у 7,3 %; во второй группе улучшение у 88 %, без изменений у 9,5 %, ухудшение у 2,5 %). При этом в группе, в которой наряду с медикаментозным лечением использовалась низкоинтенсивная лазерная терапия, показатели улучшения состояния наступали на 2-3 дня раньше, регис-

трировались достоверно выше, и сохраняемость эффекта была более длительной.

Нами выявлено, что окончание курса лечения и контрольное обследование (через 12 месяцев) у больных, получающих как медикаментозную (1 группа) и комплексную (2 группа) терапию, сопровождалось достоверным уменьшением: частоты приступов стенокардии в сутки, количества принимаемого нитроглицерина и эпизодов ишемии по данным Холтеровского мониторирования. Однако у больных второй группы, как после курса лечения, так и в отдаленный период, регистрировалось достоверно меньшее количество приступов стенокардии и эпизодов ишемии.

Проведение курса лечения позволило констатировать у больных 1 и 2 групп повышение суммарного показателя качества жизни, ФВ левого желудочка и толерантности к физической нагрузке, достоверное снижение уровня РТ. У больных 2-й группы через 12 месяцев суммарный показатель КЖ и ТФН были достоверно выше таковых больных 1-й группы, а уровень РТ — ниже. Улучшение качества жизни произошло за счет уменьшения ограничений: связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью ограничений в проведении досуга. Спектральный анализ ритма сердца позволил выявить у больных второй группы уменьшение соотношения МВ-1/ДВ, что свидетельствует о снижении симпатических влияний на сердце. В результате чего уменьшается гипердинамика миокарда, улучшается кислородный режим работы сердца.

Через 12 месяцев из группы пациентов, получающих медикаментозную терапию, к труду возвратились 76,3 % больных, у 10,5 % определялись стойкие выраженные расстройства функции кровообращения. У 13 % больных с благоприятным клиническим прогнозом сохранялись признаки временной утраты трудоспособности, вместе с тем, 4 больных (9,5 %) умерли, 7,1 % перенесли повторный инфаркт миокарда и 14,2 % больных имели повторные госпитализации в связи с обострением заболевания. Из больных второй группы через 12 месяцев 33 человека (82,5 %) возвратились к прежней трудовой деятельности, у 5 больных (12,5 %) сохранялись признаки временной утраты трудоспособности, у 2 (5 %) после освидетельствования в бюро МСЭ определена II группа инвалидности. 2 больных (4,7 %) умерли, 2 перенесли повторный инфаркт миокарда, 4 больных (9,5 %) имели повторные госпитализации в связи с обострением заболевания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплекс реабилитационных мероприятий на поликлиническом этапе отчетливо повышает ее эффективность за счет улучшения



клинических проявлений, снижения уровня тревожности, повышения ТФН, сократительной способности миокарда и улучшения качества жизни.

#### ВЫВОДЫ:

1. У больных сахарным диабетом 2 типа, ассоциированным с ишемической болезнью сердца, зарегистрировано низкое «качество жизни».
2. Включение в комплекс реабилитационных мероприятий низкоинтенсивной лазерной терапии позволяет добиться лучших клинических эффектов и улучшения «качества жизни» в сравнении с больными, не получающими таковой.
3. Показатель «качество жизни» может быть использован в качестве самостоятельного независимого критерия эффективности восстановительного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе /Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.М. – М., 1984.
2. Волков, В.С. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях /Волков В.С., Поздняков Ю.М. – М., 1995. – 176 с.
3. Илларионов, В.Е. Техника и методики процедур лазерной терапии: справочник /Илларионов В.Е. – М., 1994. – 178 с.
4. Качество жизни у больных инфарктом миокарда /Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. //Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 70-73.
5. Сыркин, А.Л. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения /Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриничина С.В. //Клин. мед. – 1998. – № 6. – С. 52-56.
6. Тарасов, Н.И. Дифференцированный подход к реабилитации больных инфарктом миокарда /Тарасов Н.И. //Рос. кардиол. журн. – 1998. – № 4. – С. 27-29.
7. Тарасов, Н.И. Инфаркт миокарда. Реваскуляризация миокарда, прогноз, осложнения, перекисное окисление липидов, принципы фармакотерапии, физическая реабилитация /Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Барбараш Л.С. – Кемерово, 2001. – 327 с.
8. Шевченко, Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении /Шевченко Ю.Л. //Мед. газета. – 2000. – № 53-54.
9. Cigarette smoking increases the risk of albuminuria among subjects with type 1 diabetes /Chase P.H., Garg S.K., Marshall G. et al. //JAMA. – 1991. – N 265. – P. 614-617.
10. Insulin resistance and cigarette smoking /Facchini F., Hollenbeck C., Jeppesen J. et al. //Lancet. – 1992. – N 339. – P. 1128-1130.

БРЫЗГАЛИНА С.М., КАШИРИНА Е.П., МАКЛАКОВА Т.П.,  
ШИМОТЮК Е.М., БРЫЗГАЛИНА Е.Н.  
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,  
г. Новокузнецк*

## К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ

**П**о данным ВОЗ, в настоящее время проблемы ранней диагностики, лечения и профилактики метаболических заболеваний скелета занимают 4-е место по значимости среди неинфекционных заболеваний, уступая только болезням сердечно-сосудистой системы, онкопатологии и сахарному диабету. Это обусловлено широкой распространенностью ОП, многофакторностью заболевания, частой инвалидизацией больных, высокой смертностью и огромными моральными и экономическими потерями для больного и общества в целом.

Актуальность проблемы ОП и связанных с ним переломами для здравоохранения РФ нашла отражение в приказе № 239м от 11.08.97 г. «Об организации центров профилактики остеопороза».

ОП поражает каждую третью женщину и каждого восьмого мужчину в возрасте старше 50 лет. Инволюционный остеопороз составляет до 85 % от всех видов ОП. Главная проблема современного общества, которую выделяют многие соци-

ологи – это способность человека вести «независимую жизнь». Эта проблема особенно актуальна для пожилых людей, когда независимая жизнь тесно связана с психической сохранностью и способностью к движению, что дает возможность самообслуживания. Именно поэтому ОП – не только медицинская, но и социальная, государственная задача.

Основной жалобой больных ОП является боль в спине, реже – боли в суставах, нарушение походки, хромота. Причины возникновения болей в спине – компрессионный перелом позвоночника или частичный надлом с периостальным кровоизлиянием, механическое сдавление связок и мышц: кифоз грудного отдела позвоночника, снижение роста и укорочение параспинальной мускулатуры. Постоянные боли способствуют повышенной раздражительности, развитию депрессии. Основное проявление ОП – переломы, причем зачастую «атравматические», при минимальной травме.

В последние два десятилетия разработаны высокоинформативные методы исследования костной

ткани, позволяющие качественно оценить костные потери и диагностировать их на ранних стадиях.

Проведенные нами многочисленные исследования вызывают тревогу в связи с большой частотой остеопенического синдрома среди молодых людей: 28 % женщин и 26 % мужчин в возрасте до 45 лет имеют остеопению.

Немедикаментозная терапия ОП — это влияние на средовые факторы риска, к которым относят нерациональное питание, низкую физическую активность, вредные привычки (курение, алкоголизм).

Наличие ОП вызывает необходимость использовать препараты, содержащие соли кальция и витамин Д. Наиболее часто используют карбонат кальция в виду наибольшего содержания в нем элементарного кальция (40 %) в комбинации с витамином Д: например кальцецин, кальцецин адванс, кальций Д3 Никомед, кальций Д3 Никомед Форте — 2 таблетки в день полностью покрывают суточную потребность кальция. Контроль за кальцием крови — 1 раз в 3 месяца в начале терапии, затем 1 раз в полгода. Высокоэффективным, по нашим данным, является бивалос.

Обследованы 57 женщин с постменопаузальным остеопорозом в возрасте от 46 до 73 лет. Остеопороз диагностирован во всех случаях. В анамнезе выявлены компрессионные переломы тел грудных или поясничных позвонков — у 6 человек, переломы луча в типичном месте — у 8 человек, у 2-х — перелом шейки бедра.

Оценка показателей МПКТ проводилась с использованием денситометра ДТХ-200 на дистальном и ультрадистальном отделах предплечья нерабочей руки. МПКТ выражали в стандартных отклонениях (SD) от нормальных показателей пиковой костной массы (Т-критерий). Нормальная МПКТ диагностировалась при значениях Т-критерия от 1SD до -1SD включительно; остеопения — от -1SD до -2,5SD; а остеопороз (ОП) — менее -2,5SD. Выраженность болевого синдрома оценивали с помощью десятибалльной визуально-аналоговой шкалы.

Для лечения остеопороза использовали монотерапию бивалосом в 22 случаях и комбинацию бивалоса и препаратов кальция у 35 больных. Лечение проводилось в течение 8-12 месяцев. После 8-12 месячной терапии только бивалосом уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечено у 61 % пациенток: до лечения  $6,6 \pm 0,2$  баллов, после лечения —  $5,1 \pm 0,3$ .

Денситометрические исследования до лечения установили МПКТ  $-3,1 \pm 0,6$  SD. После лечения бивалосом прирост показателей МПКТ при остеопорозе 0,9 SD. Переносимость препарата хорошая. При сочетанном использовании 500 мг кальция утром и 1 саше бивалоса на ночь прирост показателей МПКТ были достоверно выше: до лечения  $3,3 \pm 0,5$ SD, после терапии — 1,4SD.

Целесообразно для лечения остеопороза комбинировать прием бивалоса с препаратами кальция.

КАШИРИНА Е.П., БРЫЗГАЛИНА С.М., МАКЛАКОВА Т.П.,  
ШАХВОРОСТ Н.П., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,  
г. Новокузнецк*

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С целью привлечения внимания правительств, работников социальной сферы, органов здравоохранения и общественности к проблемам пожилого человека 1999 год был провозглашен ООН годом пожилых людей. Это явилось толчком к изучению особенностей диагностики, течения и лечения сахарного диабета 2 типа у пожилых. По рекомендациям экспертов ВОЗ, к категории пожилых людей относят лиц в возрасте от 65 до 80 лет. Сахарный диабет 2 типа является самым распространенным заболеванием данной возрастной группы, зарегистрирован у 12-20 % людей. В группе больных сахарным диабетом 2 типа лица пожилого возраста составляют 70-80 %.

С возрастом снижается толерантность к глюкозе, что обусловлено уменьшением секреции инсулина в первую фазу, усилением инсулинорезистентности за счет гиподинамии, избыточного веса и уменьшения мышечной массы при неизменной продукции глюкозы печенью. Это ведет к тому, что длительное время гликемия натощак меняется незначительно, а повышается гликемия после приема пищи. Поэтому для раннего выявления сахарного диабета 2 типа у пожилых необходимо исследовать гликемию после еды, по глюкозурии диагноз сахарного диабета не устанавливается, так как у пожилых повышен почечный порог для глюкозы. Диагностика диабета у пожилых проводится на основании критериев диагностики ди-

абета 2 типа: гликемия после приема пищи более 11,1 ммоль/л, натощак — более 6,1 ммоль/л; при двукратном подтверждении указанных значений гликемии.

Сахарный диабет в пожилом возрасте часто протекает скрыто до тех пор, пока на первый план не выйдут поздние осложнения — нарушение зрения, трофические язвы или гангрена нижних конечностей, нефропатия, инфаркт миокарда или инсульт. Клиническими особенностями сахарного диабета у пожилых являются: отсутствие диабетических жалоб у 50 % больных, преобладание неспецифических жалоб — слабости, утомляемости, головокружений, снижения памяти, зрения; сочетанная полиорганная патология; нарушение распознавания гипогликемии.

Цели лечения больных сахарным диабетом 2 типа в пожилом возрасте отличаются от общепринятых и зависят от сопутствующих заболеваний и ожидаемой продолжительности жизни каждого конкретного больного, от возраста дебюта диабета, от состояния когнитивных функций (памяти, адекватности восприятия рекомендаций), от социального уровня (одиночество, беспомощность, бедность). Критерии оптимальной компенсации сахарного диабета у пожилых лиц с высокой ожидаемой продолжительностью жизни (более 10-15 лет) и сохранным интеллектом приближаются к идеальным (гликемия натощак 5,0-6,5 ммоль/л, через 2 часа после еды 8,0-9,0 ммоль/л, HbA<sub>1c</sub> 7 %). У больных с низкой ожидаемой продолжительностью жизни (менее 5 лет) и выраженными когнитивными дисфункциями основной целью лечения является облегчение симптомов диабета (жажды, полиурии) и предупреждение гипогликемических состояний, поэтому контроль гликемии менее строгий (гликемия натощак до 10,0 ммоль/л, через 2 часа после еды 11,0-15,0 ммоль/л, HbA<sub>1c</sub> 9-10 %).

Основными методами лечения сахарного диабета 2 типа в пожилом возрасте являются диета и физические нагрузки, пероральные сахаросни-

жающие препараты, инсулин или комбинированная терапия. Основные принципы питания не отличаются от рекомендуемых для молодых пациентов. Желательно в диете пожилого больного достаточное содержание микроэлементов (магния, цинка), а также витаминов С и Е. Физические нагрузки являются обязательной составляющей лечения, режим их подбирается индивидуально, с учетом осложнений диабета и состоянием сердечно-сосудистой системы. Доступными являются прогулки не более 30-60 минут с учетом у высокой чувствительности к гипогликемизирующему действию физических нагрузок у пожилых. Требования к сахароснижающим препаратам, назначаемым пожилым больным диабетом 2 типа: минимальный риск гипогликемии, отсутствие нефротоксичности, гепатотоксичности, кардиотоксичности; отсутствие взаимодействия с другими препаратами; удобство в применении (1-2 раза в сутки). Инсулинотерапия назначается больным с дефицитом массы тела и эпизодами кетоацидоза.

Проведен анализ 575 историй болезни пациентов в возрасте от 65 до 80 лет, из них 95 мужчин, 480 женщин, страдающих сахарным диабетом 2 типа, пролеченных в отделении диабетологии МГКБ № 1 с января 2004 года по сентябрь 2006 года. Пожилые больные диабетом 2 типа составили 20,6 % от общего числа пролеченных в стационаре диабетиков, т.е. каждый пятый госпитализированный больной был в возрасте старше 65 лет. Длительность диабета с момента манифестации — от 2-х до 12 лет. Двое больных (0,3 %) поступили в состоянии кетоацидоза, остальные — в декомпенсации, для коррекции лечения и индивидуального обучения. Инсулинотерапию получали 17 пациентов, 558 — сахароснижающие таблетированные препараты, 58 % назначался диабетон МВ, бигуаниды принимали 7 человек, у остальных выявлены противопоказания. Генерализованные микро- и макрососудистые осложнения выявлены у 98,6 % больных диабетом 2 типа пожилого возраста.

МАКЛАКОВА Т.П., КАШИРИНА Е.П., БРЫЗГАЛИНА С.М.,  
БИЧАН И.В., ГАМИДОВА И.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Городская клиническая больница № 1,  
г. Новокузнецк*

## ТИРЕОТОКСИКОЗ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Т**иреотоксикоз — клинический синдром, обусловленный действием избыточного содержания тиреоидных гормонов на ткани-мишени. В пожилом и старческом возрасте наиболее частыми причинами тиреотоксикоза являются диф-

фузный токсический зоб, узловой и многоузловой токсический зоб и йодиндуцированные варианты заболевания.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) рассматривают как органоспецифическую аутоиммунную

патологию, связанную с дефектами в системе иммунологического надзора. Гиперфункция щитовидной железы (ЩЖ) обусловлена воздействием иммуноглобулинов класса G на рецепторы цитоплазматических мембран тиреоцитов.

В зрелом возрасте тиреотоксикоз протекает с рядом особенностей. Известно, что у женщин старше 60 лет ДТЗ встречается в 10 раз чаще, чем у молодых. Вместе с тем, диагностика заболевания бывает достаточно трудна из-за клинического сходства с ИБС и атеросклерозом, когда ДТЗ может протекать под маской сердечно-сосудистой патологии или сочетается с ИБС. Наряду с синусовой тахикардией, при ДТЗ нередко развивается мерцание предсердий, которое встречается у 35-60 % пациентов после 60 лет.

Частым проявлением у пожилых является сердечная недостаточность, которая при тиреотоксикозе протекает обычно по правожелудочковому типу, а в зрелом возрасте быстро прогрессирует с развитием анасарки и асцита. Длительное время тиреотоксикоз остается нераспознанным из-за стертости клинической картины, т.к. в пожилом и старческом возрасте, как правило, отсутствуют проявления гиперметаболизма, свойственные молодым. Редко наблюдаются выраженная раздражительность, эмоциональная лабильность и гиперкинетические проявления, и чаще встречается апатический синдром с сонливостью, апатией.

Щитовидная железа незначительно увеличена. Установлена обратная связь между степенью зоба и возрастом: если 2 ст. зоба диагностируется у 60 % пациентов в пожилом возрасте, то в старческом — только у 14 %. Глазные симптомы не выражены. Тремор пальцев рук крупный, не свойственный тиреотоксикозу. Понижение массы тела врачи общей практики нередко связывают с патологией желудочно-кишечного тракта и проводят необоснованный поиск онкозаболеваний.

В последние годы отмечен рост узлового и многоузлового токсического зоба в пожилом и старческом возрасте в областях с недостатком йода. Это заболевание в течение длительного времени протекает без функциональных нарушений ЩЖ и причиной развития тиреотоксикоза становится введение малых или больших (рентгенконтрастное исследование) количеств йода с развитием декомпенсированной функциональной автономии. Автономное функционирование ЩЖ протекает в узловых образованиях или в отдельных участках ткани. Основным следствием автономии является неконтролируемая секреция тиреоидных гормонов и клиника тиреотоксикоза.

В развитии йодиндуцированных вариантов тиреотоксикоза особое место занимает амиодарон. Выделяют две формы тиреотоксикоза: одна, возникающая в результате поступления избытка йода (1 тип), и другая, описываемая как специфическая форма хронического аутоиммунного тиреоидита (2 тип). Эти состояния могут развиваться внезапно и часто без каких-либо предшествовавших нарушений функции щитовидной железы. Потеря массы тела, декомпенсация заболевания сердца, миопатия часто являются ведущими симптомами. При амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе корреляция между концентрацией тиреоидных гормонов и клинической выраженностью тиреотоксикоза наблюдается не всегда.

Диагноз тиреотоксикоза основывается на характерных клинических проявлениях и исследовании гормонов щитовидной железы и ТТГ сыворотки крови. Специфичным маркером для ДТЗ являются антитела к рецепторам ТТГ, исследование которых может помочь в особо трудных диагностических случаях. Всем больным старше 45-50 лет с диагнозом узловой или многоузловой зоб и низким уровнем ТТГ необходимо проводить сканирование щитовидной железы для верификации функциональной автономии и выбора правильной тактики лечения. Вспомогательное диагностическое значение имеет исследование липидограммы, показателей обменных процессов.

Существуют три вида лечения тиреотоксикоза: медикаментозное, хирургическое и терапия радиоактивным йодом. При использовании консервативной терапии пожилых пациентов редко применяется принцип «подавляя — замещай» из-за кардинальных нарушений (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь). Назначение сердечных гликозидов с их кардиотоническим эффектом у больных тиреотоксикозом даже при выраженной одышке признано крайне нецелесообразным, поскольку при тиреотоксикозе имеется гиперкинетический тип гемодинамики и замедление атриовентрикулярной проводимости.

В пожилом и старческом возрасте из-за тяжелой сопутствующей патологии нередко приходится воздерживаться от показанных оперативных вмешательств при ДТЗ и узловых токсических зобах из-за выраженных сердечно-сосудистых нарушений и другой тяжелой сопутствующей патологии. В лечении йодиндуцированных форм тиреотоксикоза используются более высокие дозы тиростатиков, и при 2 типе — их комбинация с глюкокортикоидами. Вопрос об отмене амиодарона решается с обязательным участием кардиолога.

АРХИПОВ О.Г., СНИЦКАЯ Н.А., СУМИН А.Н.

*Центр реабилитации ФСС РФ «Тоназ»,*

*г. Мыски,*

*Кемеровский кардиологический диспансер,*

*г. Кемерово*

## ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**К**ачество жизни больных с хроническими заболеваниями легких, осложненных развитием легочной гипертензии, зависит от толерантности к физической нагрузке, определяемой степенью выраженности дыхательной и сердечной недостаточности, а также состоянием других органов и систем и наличием фоновой патологии. Определенную роль в снижении переносимости физической нагрузки может сыграть состояние мышечной системы, страдающей вследствие детренированности, обусловленной дыхательной и сердечной недостаточностью, и системных эффектов хронического воспаления.

**Целью исследования** стало выявление факторов, оказывающих влияние на толерантность к физической нагрузке у больных с хроническими заболеваниями легких, осложненными развитием легочной гипертензии (ЛГ).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось 70 пациентам в возрасте  $60 \pm 1,4$  лет, с хронической патологией легких (ХНЗЛ – 22 чел., антракосиликоз – 17, другие пневмокониозы – 11, хронический пылевой бронхит – 20 чел.), осложненной развитием легочной гипертензии. Пациенты были разделены на группы в соответствии со значениями среднего давления (СДЛА) в легочной артерии – ЛГ1 (СДЛА > 20 mmHg, n = 33), ЛГ2 (СДЛА > 30 mmHg, n = 23) и контрольная (СДЛА < 20 mmHg, n = 14).

Больным проводили оценку клинического состояния, ЭхоКГ, спирометрию, оценивали мышечный статус путем проведения статических и статико-динамических тестов: жим от груди, жим к груди, «баттерфляй», разгибание и сгибание нижних конечностей, кистевая динамометрия, измерение силы дыхательных мышц с помощью обычного сфигмоманометра. Также определяли толерантность к физической нагрузке с помощью ВЭМ и теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ).

При проведении ЭхоКГ оценивали структурные показатели левых и правых отделов сердца, исследовали внутрисердечные потоки. В доплеровском режиме изучались параметры трансмитрального и транстрикуспидального кровотока: пиковая скорость раннедиастолического потока (Е), потока предсердной систолы (А), их отношение

(Е/А), время замедления раннедиастолического потока.

Измерялось среднее давление в легочной артерии. При спирометрии исследовались должные и фактические показатели функции внешнего дыхания – жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха в 1 секунду, тест Тиффно, значения мгновенной объемной скорости выдоха (МОС25, МОС50, МОС75).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных ЭхоКГ группы различались по величине структурных показателей правых отделов сердца: диаметру легочной артерии ( $p = 0,01$ ), размерам правого предсердия ( $p = 0,001$ ), толщине миокарда правого желудочка в диастолу ( $p = 0,07$ ). Показатели левого желудочка (конечный диастолический размер, конечный систолический размер, фракция выброса, масса миокарда ЛЖ) значимо не различались ( $p > 0,4$ ). При исследовании доплеровских показателей в группах выявлены значительные различия по параметрам диастолической функции правого желудочка: Етр/Атр ( $p = 0,06$ ), Етр/СРТП ( $p = 0,01$ ). Данные спирометрии в группах исследуемых различались незначительно, кроме данных мгновенной объемной скорости МОС75 ( $p = 0,04$ ). Не было получено и значимых различий между группами по выполнению статических и статико-динамических тестов.

При анализе параметров ВЭМ и ТШХ в группах больных с легочной гипертензией значимых различий в толерантности к физической нагрузке выявлено не было ( $p > 0,5$ ). Однако при корреляционном анализе имели убедительную связь с толерантностью к физической нагрузке возраст ( $r = 0,345$ ,  $p = 0,04$ ), данные спирометрии, такие как жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха в 1 секунду, значения мгновенной объемной скорости выдоха (МОС25, МОС50, МОС75) (коэффициент корреляции в пределах 0,29-0,45,  $p < 0,05$ ), а также показатели статико-динамических и статических тестов, кроме данных кистевой динамометрии.

Так, выявлена существенная связь с толерантностью к физической нагрузке работы при вы-



полнении жима от груди ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,04$ ), жима к груди ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,017$ ), теста «бабочка» ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,0001$ ), разгибании нижних конечностей ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,016$ ). Сила дыхательных мышц имела меньшую связь с объемом выполненной работы. Данные эхокардиографии с толерантностью к физической нагрузке коррелировали слабо, из структурных показателей отмечена связь с ТФН толщины миокарда задней стенки ЛЖ в диастолу ( $r = 0,34$ ,  $p = 0,04$ ).

Таким образом, толерантность к физической нагрузке у больных хроническими заболеваниями

ми легких, осложненными развитием легочной гипертензии, зависит от выраженности дыхательной недостаточности, возраста, состояния мышечной системы и, в меньшей степени, от состояния внутрисердечной гемодинамики. Если механизмы влияния на дыхательную недостаточность у этих пациентов достаточно исследованы, то способы воздействия на их мышечный статус требуют изучения. Можно предположить, что мероприятия, направленные на восстановление силы и выносливости периферических мышц у этих больных, могут повысить переносимость физической нагрузки, а значит, улучшить качество их жизни.

ЗАЙЦЕВ Н.М., КОЛЕСНИКОВА М.А.

ОАО Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

**Цель** — изучение возможностей физио-, бальнеолечения у пациентов с ДОО, имеющих сердечно-сосудистые заболевания.

Наблюдалась группа пациентов старшей возрастной группы (средний возраст 68,4 лет) в количестве 127 человек. Среди них преобладают женщины (81 чел., что составило 63,8 %, мужчин было 46 чел. или 36,2 %). У всех 127 человек имеется артериальная гипертензия 1-2 ст. и ДОО коленных суставов (подтвержден R-логически) без выраженного нарушения функций (1-2 ф. кл.).

ПИКС в анамнезе у 38 чел. (30 %), давность инфаркта миокарда — более полугод. Признаки НК выявлены не выше 1 степени. Стенокардия 1-2 ф. кл. была у всех больных. Все пациенты принимали базисную медикаментозную терапию: ингибиторы АПФ (энап или престариум),  $\beta$ -блокаторы (эгилок). Дозы подобраны индивидуально еще на амбулаторном лечении по месту жительства.

В комплексную программу лечения, кроме того, входили:

- сухая углекислая ванна 15 % через день № 10 по 10 мин.;
- морская ванна 3 % через день № 8 по 10 мин.;
- массаж воротниковой зоны № 10;
- фиточай (сбор сердечно-сосудистый) № 10;
- ЛФК 5 дней в неделю по 15-20 мин.;
- озокерит на суставы через день № 10 по 15 мин.;
- магнитотерапия «Полус-2» (переменное магнитное поле) № 8;

- при выраженном болевом синдроме местные аппликации на суставы с димексидом и новокаином по 30 мин. ежедневно № 5;
- прогулки от 500 м в день.

Контроль переносимости лечения проводился по ЭКГ (2-й, 10-й, 19-й день лечения) и АД до и после лечения ежедневно.

За время лечения выявлено нарушение ритма в виде единичной экстрасистолы (предсердной) у 3-х человек. Это не потребовало отмены лечения, так как при повторной записи ЭКГ экстрасистолы не регистрировались.

Не закончили лечение 5 человек (3,9 %): 1 человек из-за пароксизма мерцательной аритмии с ЧСС до 120 в мин.; 4 человека из-за подъема АД до 170/90 мм рт. ст. и выше. Закончили лечение без существенного эффекта 8 человек.

С улучшением лечение закончили 114 человек (89,8 %). У этой группы больных исчезли полностью или уменьшились боли в суставах, увеличился объем прогулок за день. При этом у пациентов ЭКГ оставалась стабильной, АД — на уровне 120/70-140/80 мм рт. ст. Приступы стенокардии стали реже в 76 % случаев (87 чел.).

Таким образом, комплексное санаторное лечение больных пожилого возраста, имеющих сердечно-сосудистые заболевания в сочетании с деформирующим остеоартрозом, оказалось успешным только в условиях постоянной медикаментозной терапии под контролем кардиолога.

КУЗНЕЦОВА О.В., ШАНГИНА О.А., ШУМАКОВА Н.В.,  
СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯТОРА СПИРИВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

**К**емерово является вторым в России городом по объему химического производства, кроме того, это крупный центр топливной промышленности. Распространенность ХОБЛ в г. Кемерово, по официальным данным, составила в 2003 году 5,7 человек на 1000 населения.

В отделении для инвалидов и участников войн на базе Городской клинической больницы № 3 ежегодно проходят курс лечения более тысячи пожилых пациентов. Из них, с основным диагнозом ХОБЛ — 6,4 % пациентов.

В 2006 году 18 больным со среднетяжелым и тяжелым течением был применен ингалятор спирива в дозе 18 мкг утром в качестве базисной терапии. Средний возраст пациентов составил  $75,4 \pm 6,9$  лет, при этом 78 % пациентов имели сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, 57 % — хи-

мический или подземный стаж. По данным спирографии, объем форсированного выдоха за первую секунду составил в среднем  $41,5 \pm 9,7$  % от должного, пиковая скорость выдоха (ПСВ) — 58,4 %.

Оценка эффективности проводилась по клинико-функциональным параметрам. У всех больных отмечался значительный клинический эффект в виде уменьшения одышки, увеличения толерантности к физической нагрузке. Кроме того, у всех пациентов повысился показатель ПСВ по данным пикфлоуметрии. Побочные эффекты у данной группы больных не наблюдались.

Мощный бронхорасширяющий эффект от использования ингалятора спирива, удобство применения и отсутствие побочных эффектов делает его оптимальным препаратом базисной терапии ХОБЛ у пожилых пациентов.

КУЗЬМИЧЕВА Т.В.  
Городская больница № 3,  
г. Прокопьевск

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

**Б**ольница для Ветеранов труда и лиц пожилого возраста открыта в 1999 году. Это связано с основной медико-демографической особенностью города: ростом абсолютного количества численности пожилого населения, ростом заболеваемости в этой группе.

В настоящее время процент пожилых и старых людей в городе составляет 25,9 % от населения города.

Основные задачи отделения:

1. Организация и оказание медицинской помощи больным с острой патологией и обострением хронических терапевтических заболеваний у лиц старше 60 лет.
2. Улучшение качества жизни пожилых и старых людей — «добавить больше жизни к годам», в конечном итоге — увеличить ее продолжительность. Для лечащего врача отделения «качес-

тво жизни» является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов, связанных с заболеванием, но и функциональное состояние пациента (толерантность к нагрузке, способность к самообслуживанию, психическое состояние, социальную активность, удовлетворенность состоянием собственного здоровья, физическим и психическим благополучием).

Учитывая проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте (вынужденная полипрагмазия, необходимость длительного применения медикаментов в связи с хроническим течением заболеваний, нарушением фармакодинамики, фармакинетики медикаментов на фоне возрастных инволюционных изменений органов и систем), нарушение комплаенса (недостаточное и неправильное выполнение предписанного режима медика-

ментозной терапии), в отделении широко используется комплексная программа немедикаментозных реабилитационных мероприятий.

Наблюдаемая группа — 26 больных с бронхолегочной патологией, т.к. 39 % от всей нозологии составляют пациенты с болезнями легких. Возраст больных 60-79 лет с длительным анамнезом курения, работы в угольной промышленности, сопутствующей дисциркуляторной энцефалопатией.

Цель наблюдения и лечения — повысить клиническую эффективность лечения больных пожилого возраста с заболеваниями легких путем применения немедикаментозных методов.

Всем больным проводились клинические и параклинические методы исследования: общие анализы крови, мокроты, ФВД; рентгенологическое исследование легких, ЭКГ, РЭГ, ЭХО и ЭЭГ. В группу наблюдения взяты больные с исходным значением ОФВ менее 70 %, но не ниже 35 %.

Клиническими проявлениями ХОБЛ были кашель с мокротой и одышка различной выраженности, сопутствовала дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст., проявлявшаяся головной болью, головокружением, общей слабостью, неустойчивостью при ходьбе, эмоциональной лабильностью. Все больные консультированы пульмонологом и неврологом.

Медикаментозная терапия в этой группе включала ингаляции Беродуала по 1-2 вдоха 3-4 раза в день, теопек по 1-2 раза в день и кавинтон в виде капельной инфузии по 10 мл в сутки № 10.

Немедикаментозные методы лечения включали:

1. Магнитолазерную терапию (по 2 минуты на зону, мощностью 8 мвт), 10 процедур на курс.
2. Аэротерапию — люстра Чижевского ежедневно № 10.
3. Небулайзер-терапию — лазолван № 10.
4. Фитотерапию «грудным эликсиром» в фитобаре.
5. Кинезитерапию: ЛФК в зале с шадающим тренажерным режимом.
6. Тренажерную гимнастику.

В отобранной группе все методы лечения начались с первого дня госпитализации.

За период наблюдения оценивалась выраженность обструктивного синдрома, состояние гемодинамики, другие клинические проявления ХОБЛ: кашель, консистенция мокроты и ее количество.

У всех больных контрольной группы отмечался быстрый регресс клинических проявлений: уменьшилась экспираторная одышка, улучшилось отделение мокроты, уменьшился кашель, потребность в частоте использования ингалятора. Улучшилось качество жизни по таким показателям, как объем выполняемой нагрузки, длительность ночного сна. Больные становились более контактными, адекватными, уменьшались проявления астено-вестибулярного синдрома, цефалгии, эмоционально-волевых расстройств. К 10 дню госпитализации состояние больных позволяло перевести их на этап амбулаторного лечения и наблюдения. Общий койко-день в этой группе в течение 3-х лет составляет 11,9, по сравнению с основной группой больных, пролеченных обычной медикаментозной терапией — 13,1. Для закрепления лечения, после выписки из отделения, использовался информационный обмен с самим больным и участковым врачом. В последующие годы в этой группе больных частота госпитализации в отделение уменьшилась с 3-4 раз в году до 1 раза.

#### Выводы:

1. Включение лазеротерапии, небулайзер-терапии, аэроионизации, кинезитерапии в лечебную программу больных пожилого и старческого возраста с ХНЗЛ в сочетании с энцефалопатией позволило уменьшить число госпитализаций на 75 % в год.
2. Предложенные методы корректны, эффективны, не вызывают побочных эффектов, позволяют значительно снизить лекарственную нагрузку и на 9,2 % уменьшить продолжительность койко-дня, что подтверждает экономическую эффективность лечения.
3. Сочетание традиционной медикаментозной и немедикаментозной терапии комфортно для больных, хорошо переносится, значительно повышает качество жизни пожилых людей.

ЛАВРЕНОВА А.В., ТРОФИМОВА Е.Р.  
 Санаторий «Барнаульский»,  
 г. Барнаул

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Х**ронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) — одна из наиболее распространенных патологий нашего времени. Наибольший удельный вес среди них занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), характеризующаяся длительным прогрессирующим течением, склонностью к частым обострениям, глубокими морфологическими и функциональными нарушениями, приводящими к снижению трудоспособности и инвалидизации больных.

ХОБЛ — трудная многофакторная задача, включающая в себя качественное лечение воспаления в период обострения, грамотное проведение этапных реабилитационных мероприятий, организацию диспансеризации и т.д. Конечная цель всех перечисленных мероприятий — стабилизация процесса улучшения функциональных параметров, повышение физической работоспособности больного, улучшение качества жизни.

В настоящее время разработана и используется на практике следующая схема организации восстановительного лечения этой категории больных: стационар (период обострения) — санаторий (как центр постбольничной реабилитации) — поликлиника (амбулаторное длительное систематическое лечение с включением мероприятий по вторичной профилактике). На санаторном этапе медицинской реабилитации широко используются природные и преформированные физические факторы.

Санаторий «Барнаульский» имеет многолетний опыт эффективного лечения пульмонологических больных. С 2004 года здесь открыто пульмонологическое отделение, где имеются широкие возможности для проведения полноценной и качественной реабилитации пациентов с болезнями органов дыхания, и, в частности, с ХОБЛ.

За 2004 год было пролечено 112 больных с ХОБЛ. По стадиям заболевания пациенты рас-

пределились следующим образом: 62 больных (55,4 %) — I стадия; 45 больных (40,2 %) — II стадия; 5 больных (4,4 %) — III стадия. Возраст больных составил от 60 до 75 лет. Преобладали мужчины — 88 %.

Назначаемое лечение многоплановое и включало в себя питание, богатое белками, витаминами, микроэлементами; кинезитерапию (ЛФК, различные виды массажа), водотеплолечение, ингаляционную терапию (небулизацию бронхолитиков, спелеотерапию, аэроионотерапию), интервальную гипокситерапию, физиолечение (микроволновую терапию, магнито-, лазеротерапию и др.), психофизиологическую реабилитацию. Оценка результатов лечения проводилась на основе данных общеклинического и инструментального обследования (ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия, клинические и биохимические анализы).

В результате применения данных комплексов отмечается достоверная положительная динамика: у 57 % больных уменьшился кашель и одышка, у 34 % — улучшились показатели функции внешнего дыхания, у 31 % — уменьшилась потребность в бронходилататорах, у 23 % больных произошла нормализация лабораторных данных (общий анализ крови), у 72 % улучшилось субъективное состояние, возросла физическая активность. Все это, соответственно, повысило качество жизни больных ХОБЛ.

Большинство пациентов выписаны с улучшением — 98,3 %, 1,7 % — без перемен (больные с тяжелой дыхательной недостаточностью и тяжелыми сопутствующими заболеваниями).

Таким образом, комплексное санаторно-курортное лечение оказывает благоприятное влияние на течение хронической обструктивной болезни легких, способствует компенсации дыхательной недостаточности и улучшению состояния больных.

СНИЦКАЯ Н.А., АРХИПОВ О.Г., СУМИН А.Н.  
 Центр реабилитации «Топаз» ФСС РФ,  
 г. Мыски,  
 Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

**Ф**ормирование хронического легочного сердца у больных с патологией легких приводит к потере мышечной массы с развитием ее дисфункции. Сопровождается это явлениями детренированности. Физические тренировки, рекомендуемые данной категории больных, оказались способными улучшить переносимость физических нагрузок и качество жизни. Тем не менее, проблемой остается проведение тренировок у тяжелого контингента пациентов с выраженной дыхательной недостаточностью. Это и послужило основой нашей работы, в которой мы решили использовать пассивные физические тренировки, методика которых разработана в Центре охраны здоровья шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий).

**Целью исследования** явилось изучение влияния электростимуляции скелетных мышц на результаты санаторной реабилитации у больных хронической патологией органов дыхания, осложненной развитием хронического легочного сердца.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 61 больной (средний возраст  $60 \pm 1,3$  лет; 57 мужчин и 4 женщины) с хронической патологией дыхательной системы и признаками хронического легочного сердца. Все пациенты получали стандартный курс реабилитационного лечения: комплекс лечебной физкультуры, фитотерапию, спелеотерапию, кислородотерапию, ингаляции с бронхолитиками с учетом бронходилатационных проб по спирометрии, лечебный массаж, гидролечение, бальнеолечение.

Кроме того, пациенты были разделены на 2 группы: основную ( $n = 27$ ), в которой дополнительно проводилась электростимуляция скелетных мышц, и контрольную ( $n = 34$ ), в которой проводилась обычная программа санаторной реабилитации. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, степени выраженности дыхательной и сердечной недостаточности, наличию сопутствующей патологии.

Всем больным при поступлении и в конце лечения проводилось обследование: спирометрия с оценкой показателей функции внешнего дыхания, ЭхоКГ с оценкой структурных показателей, среднего давления в легочной артерии, парамет-

ров систолической и диастолической функции желудочков сердца.

Также проводили ВЭМ, тест с шестиминутной ходьбой, оценивали силу дыхательных мышц, силу сгибателей правой и левой кисти. Статические и статико-динамические тесты проводили на многофункциональном тренажере «WEIDER-8950», использовали 5 упражнений на мышцы плечевого пояса, спины, разгибатели и сгибатели нижних конечностей: жим к груди, жим от груди, баттерфляй, сгибание и разгибание ног. В качестве статических тестов использовали упражнения на сопротивление разгибательных мышц нижних конечностей под тяжестью груза в положении лежа на животе и на сопротивление сгибательных мышц нижних конечностей под тяжестью груза в положении сидя.

Для проведения электростимуляции мышц применяли аппарат «Миоритм-040» по модифицированной методике Сумина А.Н. и соавт. (1999), продолжительность тренировок составляла 30 минут по 2 раза в день в течение 10 дней.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Курс пассивных физических тренировок с помощью ЭМС привел к более существенному возрастанию толерантности к физической нагрузке на ВЭМ (до  $68,27 \pm 4,72$  Вт;  $p = 0,000095$ ) по сравнению с контролем (до  $52,42 \pm 4,54$  Вт;  $p = 0,0152$ ). Сила дыхательных мышц в основной группе значимо не увеличилась ( $p = 0,249$ ). В группе больных, получавших ЭМС, выявлено увеличение дистанции шестиминутного теста ходьбы ( $p = 0,021$ ). Проходимое расстояние при проведении этого теста увеличилось с  $368,0 \pm 15,2$  м до  $391,6 \pm 15,7$  м.

Наблюдается отчетливое увеличение показателей, определяющих силу и выносливость скелетной мускулатуры, в основной группе в сравнении с контрольной. Так, при проведении статико-динамических тестов «Жим от груди» отмечается увеличение выполненной работы в основной группе с  $72,63 \pm 4,86$  до  $81,33 \pm 4,52$  Вт ( $p = 0,000004$ ), в контрольной группе с  $34,22 \pm 6,52$  до  $35,13 \pm 7,34$  Вт ( $p = 0,745552$ ); в тесте «Жим к груди» — с  $66,34 \pm 5,29$  до  $72,90 \pm 4,86$  Вт ( $p = 0,0009$ ) и с  $32,54 \pm 5,36$  до  $39,07 \pm 6,54$  Вт ( $p = 0,0203$ ), соответственно.



По результатам спирометрии в основной группе отмечено возрастание ЖЕЛ с  $2,61 \pm 0,15$  л до  $2,78 \pm 0,18$  л ( $p = 0,0598$ ), чего не наблюдалось в контроле. Также после курса ЭМС происходило снижение среднего давления в легочной артерии (с  $26,82 \pm 2,001$  до  $23,49 \pm 1,57$  мм рт. ст.;  $p = 0,0067$ ), в контрольной группе этот показатель не менялся.

Таким образом, пассивные физические тренировки у больных с явлениями хронического легочного сердца приводят к существенному повышению

силы и выносливости мышц нижних конечностей и толерантности к нагрузке на велоэргометре. Кроме того, курс электростимуляции мышц нижних конечностей привел к возрастанию жизненной емкости легких по данным спирографии и снижению давления в легочной артерии по данным доплер-ЭхоКГ, чего не наблюдалось в контроле. Использование данного метода тренировок заслуживает дальнейшего применения в реабилитации больных с хронической патологией органов дыхания с формированием хронического легочного сердца.

ТЕПЛОВ А.В., БЛАЗАРЕНКО М.В., БЛАЗАРЕНКО Р.Г.  
*Областной клинический госпиталь для ветеранов войн,  
 г. Кемерово*

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНУИТОМ

**П**олипозный риносинусит — хроническое воспалительное заболевание слизистых оболочек полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами. Около 1 % населения Земли страдает данным заболеванием.

Особенности строения полости носа, слизистых оболочек в пожилом и старческом возрасте (нелеченные оперативным путем искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, субатрофия и атрофия слизистой оболочки, изменение архитектоники полости носа после ранее перенесенных оперативных вмешательств: синехии, перфорация перегородки носа, измененная форма носовых раковин) не позволяют проводить операции без четкого визуального контроля.

Хронический полипозный синусит оказывает огромное влияние на течение сопутствующей патологии у пожилых пациентов, ухудшает качество жизни, усиливая нагрузку на сердечно-сосудистую систему, провоцирует рецидивы заболеваний

бронхолегочной системы, усугубляет течение эндокринной патологии.

Одним из методов хирургического лечения хронического полипозного риносинусита является эндоскопическая ревизия полости носа и эндоскопическая полипотомия. Жесткие эндоскопы с их превосходными оптическими свойствами позволяют уменьшить операционную травму при одновременном улучшении контроля за ходом операции.

Данный метод позволяет лечить пациентов из группы риска, которых нельзя оперировать под общим обезболиванием.

Проведен анализ предоперационной подготовки, хода операции, течения послеоперационного периода по 51 истории болезни пациентов в возрасте 56-81 лет за двухлетний период.

Благодаря адекватной местной анестезии и щадящей методике операции пациенты пожилого возраста хорошо переносят оперативное вмешательство. Отсутствие осложнений после операции и обострений сопутствующих заболеваний позволяет эффективно использовать эндоскопические вмешательства у пациентов пожилого возраста.

ШЕЛИХОВ В.Г., ЗАГИДУЛЛИНА А.Г., АНИКИНА Е.Б.,  
РЫБНИКОВА Н.С., КУЗНЕЦОВА Т.П.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово*

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ. ТЕРАПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**Б**ронхиальная астма является тяжелым хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей. У пожилых больных клиническая картина бронхиальной астмы накладывается на возрастные изменения бронхо-легочного аппарата. Лечение таких больных представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всех странах мира.

**Целью исследования** было изучение особенностей клинических проявлений бронхиальной астмы (БА) в пожилом возрасте и реально проводимой терапии на амбулаторном этапе.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 100 историй болезни пациентов отделения общей терапии МУЗ ГКБ № 2 за 2005 год. Анализировалась и сравнивалась информация, полученная при субъективном исследовании больных, из амбулаторных карт или медицинских выписок. Выделены 2 группы больных: первая включала всех пациентов, страдающих БА, вторая — только больных старше 60 лет. Из числа наблюдаемых: мужчин 31, женщин 69 человек. В возрасте до 60 лет наблюдалось 49 больных, старше 60 лет — 51 пациент. Работающих было 29 %, безработных 13 %, пенсионеров 60 %, учащихся 2 %, среди больных старше 60 лет 4 % продолжали работать на производстве. Установлено наличие 2-3 группы инвалидности у 37 % пациентов, в том числе 63 % у пожилых больных.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе диагноз экзогенной бронхиальной астмы выставлялся у 4 % больных, эндогенной — у 31 %, сложного генеза — у 65 % человек. Во второй группе наблюдалась эндогенная (58 %) или смешанная (42 %) БА. По степени тяжести БА распределение пациентов было следующим: в первой группе легкая, персистирующая у 8 %, средней степени тяжести у 86 %, тяжелая БА у 6 % больных. Во второй — легкое течение БА наблюдалось у 5 %, средней степени тяжести — у 83 %, тяжелая — у 12 %.

Бронхообструктивный синдром в пределах 1-3 лет в первой группе наблюдался у 20 % больных, 10 лет у 23 %, 20-25 лет у 44 %, 40 лет у 13 %. Во второй группе — у 4 %, 26 %, 48 %, 22 %, соответственно. В первой группе осложнение заболевания в виде дыхательной недостаточности 1-й степени выявлялось у 10 %, 2-й степени у 65 %, 3-й степени у 25 % обследованных, а во второй — у 2 %, 76 %, 24 %, соответственно. Кроме того, в первой группе установлено наличие пневмосклероза у 73 %, эмфиземы у 20 %, хронического легочного сердца у 16 % пациентов, а во второй — у 100 %, 73 %, 92 %, соответственно.

Выявлено, что не получают современную базисную терапию БА на амбулаторном этапе 31 % больных в первой группе и 52 % во второй, тогда как таблетированные метилксантины по требованию используют 44 % в первой группе и 58 % во второй, ингаляционные бронхолитики применяют 79 % пациентов в первой группе и 68 % во второй. Базисные противовоспалительные препараты постоянно получают только 69 % обследованных в первой группе и 53 % во второй. Глюкокортикостероиды в ингаляционной форме получают 48 % больных в первой группе и 38 % во второй. Таблетированные глюкокортикостероиды в первой группе получают 42 % больных, во второй — 51 %. Используют обе формы препарата 21 % пациентов в первой группе и 12 % во второй.

### ВЫВОДЫ

Среди наблюдаемых нами пожилых больных не выявлено экзогенной БА. Чаще наблюдалось тяжелое течение БА при наличии более длительного анамнеза. Чаще выявляются осложнения в виде дыхательной недостаточности 2-й и 3-й степени, пневмосклероза, эмфиземы, легочного сердца. Базисная терапия БА не соответствует стандартам лечения, что может быть следствием как низкой информированности, так и плохой приверженности пациентов к врачебным рекомендациям.

ЗАХАРЕНКОВ В.В., ШПАГИНА Л.Н.

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,  
 г. Новокузнецк*

## РАЗРАБОТКА ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ)

**П**рофессиональный риск (ПР) отражает тяжесть или частоту развития профессиональной патологии на данную экспозицию определенных уровней производственных факторов. Считается, что ПР — это реализация дозоэффективной зависимости действия факторов, с учетом сопутствующих групповых, санитарно-гигиенических и индивидуальных медико-биологических факторов риска. Большая распространенность вибрационной болезни (ВБ) среди шахтеров-угольщиков, приводящая к снижению профессиональной трудоспособности, а нередко и инвалидизации лиц трудоспособного возраста, обуславливает оптимизацию прогнозирования ПР и управления им.

**Цель данной работы** — дать физиолого-гигиеническую оценку труда шахтеров основных виброопасных профессий и вклад отдельных факторов производства в ПР развития вибрационной болезни.

Особую актуальность эта проблема приобрела в Кузбасском регионе, где условия труда шахтеров обусловлены использованием устаревших технологий, слабой механизацией вспомогательных процессов, применением горной техники, выработавшей свой ресурс в 60-90 % случаев, что повлекло за собой рост профессиональной патологии в 1996-2000 годах почти в 20 раз. Доля ВБ и пылевой патологии органов дыхания, при этом, достигает 63 % в общей структуре профессиональной патологии.

Аналогичная закономерность отмечается в угольной промышленности в других регионах, что способствовало тому, что в 2002 году уровень профессиональной патологии в угольной промышленности России был выше, чем в других отраслях, и составил 91,8 на 10 тысяч работающих, при этом ведущей патологией были заболевания органов дыхания и ВБ.

Физиолого-гигиеническая оценка труда шахтеров основных виброопасных профессий показала, что при разработке преимущественно крутопадающих пластов угля, характерных для Кузбасского региона, до 75 % объема работ занимают буровзрывные работы, с использованием ручных механизированных инструментов (электросверл и пневматических отбойных молотков). Анализируя результаты санитарно-гигиенических исследований работы шахтеров-угольщиков следует отметить, что основными факторами ПР развития ВБ

является интенсивная вибрация с превышением ПДУ на 1-10 децибел в сочетании с воздействием других производственных факторов, где долевой вклад тяжести труда равен 2,0, охлаждающего микроклимата — 1,2, шума — 1,04.

Изучение основных физиологических показателей у шахтеров виброопасных профессий (I группа — со стажем до 10 лет воздействия вибрации, II группа — свыше 10 лет) выявило более существенные сдвиги. После рабочей смены у высокостажированных лиц отмечено достоверное повышение систолического АД, существенное снижение температуры пальцев кистей, свидетельствующее о нарастании вазоспастических реакций, увеличении термометрического градиента температуры между правой, наиболее нагружаемой, рукой и левой. Отмечено также существенное снижение показателей вибрационной чувствительности на частоте 63 Гц, кистевой динамометрии и статической выносливости ( $p < 0,05$ ). Выраженные сдвиги показателей физиологических функций, отмеченные в группе высокостажированных шахтеров виброопасных профессий, свидетельствуют о необходимости дифференцированного назначения лечебно-оздоровительных мероприятий для замедления реализации ПР и профилактики ВБ, с учетом стажа работы с воздействием вибрации.

Прогнозирование ПР развития вибрационной патологии у шахтеров с изолированным воздействием указанных уровней вибрации показало, что вероятность развития ВБ в стажевой группе до 5 лет у ГРОЗ и проходчиков составляет 10 %, в стажевой группе 6-10 лет — 14 % и 10 %, 11-15 лет — 22 % и 14 %, 21-25 лет — 32 % и 22 %, 26-30 лет — 38 % и 26 %, соответственно. Прогнозирование ПР развития ВБ при моделировании сочетанного воздействия изученных уровней вибрации, тяжести труда с коэффициентом долевого вклада 2,0, охлаждающего микроклимата ( $K_t = 1,2$ ) и шума ( $K_{ш} = 1,04$ ) показало, что вероятность развития вибрационной патологии во всех стажевых группах повышается более чем в 2 раза.

Для проверки достоверности прогностических моделей изучена частота развития ВБ в аналогичных стажевых группах у 230 больных ВБ, обследованных в клинике института. Установлено, что реализованный риск развития ВБ в данных стажевых группах приближается к частоте развития ВБ при прогнозируемом изолированном воздействии

вибрации, но более чем в 2 раза ниже прогнозируемой частоты развития ВБ при моделировании условий труда с сочетанным воздействием изученных уровней вибрации, физического напряжения, охлаждения и шума. Значительное повышение прогнозируемой вероятности развития ВБ при сочетании воздействия вибрации и других производственных факторов обусловлено преимущественно высоким коэффициентом тяжести труда.

Для изучения особенностей реализованного риска развития ВБ проанализирована структура профессиональной патологии у обследованных лиц. Установлено, что в ее структуре превалирует вибрационная патология (34,3 %), причем 86 % случаев – у горнорабочих очистного забоя (ГРОЗ) и проходчиков, реже у машинистов горновыемочных машин (МГВМ) и электровозов. Следует отметить, что удельный вес других форм профпатологии (нейросенсорной тугоухости, пылевой патологии, хронических радикулопатий) также значительно выше среди ГРОЗ и проходчиков. Со-

четание двух форм профессиональных заболеваний у ГРОЗ отмечено в 14,6 % случаев, у проходчиков – в 13,4 %, сочетание трех форм профпатологии – в 4 и 3 %, соответственно.

Установлено, что безопасный стаж работы для ГРОЗ и проходчиков составляет 10 лет, а для машинистов ГВМ и электровозов – 15 лет. Эти сроки могут быть использованы для контрактной формы работы, по истечении которых, согласно трудовому соглашению между рабочим и работодателем, рабочий должен переводиться на работу без воздействия производственной вибрации, что будет способствовать значительному снижению ПР. Отмечено, что пограничная зона риска составляет 11-15 лет, а опасная – свыше 16 лет.

Мы считаем, что для замедления реализации ПР развития ВБ и своевременной диагностики ранних форм патологии рекомендуются обязательные клинические обследования шахтеров при стаже работы свыше 10 лет, с последующим динамическим наблюдением.

ПРОКИНА Н.П.

*Городская больница № 4,  
Центр профпатологии,  
г. Прокопьевск*

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Среди большого количества заболеваний, приводящих к стойкой или частичной утрате трудоспособности, снижающих качество жизни больного, особое место занимают профессиональные заболевания.

В структуре профессиональных заболеваний рабочих угольных шахт вибрационная болезнь занимает ведущее место, по сравнению с заболеваниями органов дыхания и опорно-двигательного аппарата.

За последние годы растет показатель болезней периферической нервной системы, которые составляют 48 % в структуре заболеваемости взрослого населения. На долю заболеваний пояснично-крестцового отдела приходится 60-80 %. Наиболее часто этой патологией страдают горнорабочие очистных забоев, проходчики и рабочие внутришахтного транспорта.

В нашем профпатологическом центре наблюдаются у невролога 1328 пациентов, из них с вибрационной болезнью – 886, с пояснично-крестцовой радикулопатией – 131, заболеваниями опорно-двигательного аппарата – 211. Особенно распространена сочетанная патология профессиональ-

ных заболеваний и общих заболеваний, особенно часто с болезнями сердечно-сосудистой системы.

Предпосылками для роста сочетанных форм профессиональных заболеваний служит ухудшение условий труда в угольной промышленности.

Обращает на себя внимание очень большое количество больных с наличием одновременно двух профессиональных заболеваний – 432 человека; с тремя профессиональными заболеваниями – 73 человека.

По данным Центра профпатологии г. Прокопьевска, наиболее часто встречается сочетание вибрационной болезни с нейросенсорной тугоухостью, вибрационной болезни с вертеброгенной патологией.

Реабилитационные мероприятия являются одним из этапов общей программы по восстановительному лечению больных с профессиональной патологией. Наряду с медикаментозным, физиотерапевтическим и санаторно-курортным лечением, проводится большая санитарно-просветительная работа с разъяснением пациентам сути заболевания, методов лечения, мер профилактики заболе-

ваний или осложнений с целью заинтересованности и подготовленности пациентов к лечению.

У лиц пожилого возраста имеется ряд сопутствующих заболеваний. Так, патология сердечно-сосудистой системы имеется у 62 % пациентов в виде ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, что значительно ограничивает объем и методы лечения и, как следствие, приводит к снижению эффективности лечения.

Клинические проявления остеохондроза и других заболеваний периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата имеются у 100 % пациентов.

Ежегодно на БМСЭ направляются: всего — 495 человек, больных с вибрационной болезнью — 379, в том числе: первичных — 17, переосвидетельствование — 362, инвалидов — 31 человек. С радикулопатиями и радикуломиелопатиями шейного и пояснично-крестцового уровня: из них инвалидов — 68, первичных — 15, переосвидетельствование — 116 человек.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась на основании субъективных данных больных, объективных данных: осмотр и результаты повторных обследований в клиниках городов Новокузнецка, Кемерово, а также решении БМСЭ по результатам снижения или повышения процента утраты трудоспособности.

Таким образом, улучшение отмечено у больных с 1 степенью вибрационной болезни, около 5 %, и носит временный характер после проведения курса лечения и санаторно-курортного лечения.

У больных с вибрационной болезнью I-II степени и рефлекторными симптомами пояснично-крестцового и шейного уровня улучшение также временное, но болевой синдром полностью не ку-

пируется. Уменьшаются ангиодистонические проявления, улучшается общее самочувствие пациентов.

Без улучшения или ухудшения отмечается у больных с вибрационной болезнью II степени и радикулопатиями, т.е. у лиц с высоким процентом утраты трудоспособности, имеющих группу инвалидности.

На основании проведенного анализа можно сделать следующие **выводы**:

1. Ранняя реабилитация дает положительные результаты в любом возрасте.
2. Реабилитационные мероприятия эффективны для всех групп, но для возврата к профессиональной деятельности реабилитация эффективна в молодом, перспективном возрасте.
3. Пациентам с установленной группой инвалидности и степенью утраты профессиональной трудоспособности «бессрочно» реабилитацию на курортах назначать строго индивидуально, так как реабилитационный потенциал у них исчерпан. Таким пациентам показано амбулаторное и стационарное лечение, а также психологическая реабилитация.

В заключение хочется отметить, что, к сожалению, реабилитация отождествляется с лечением. Но необходимо помнить, что, в отличие от лечения патологического процесса, реабилитация призвана использовать потенциал сохраненного здоровья, а не устранения патологии. Таким образом, медицинской реабилитацией необходимо заниматься как можно раньше, на ранних этапах возникновения профессионального заболевания, оздоравливать рабочих с начальными проявлениями вибрационной болезни и функционального перенапряжения, так называемой группой динамического наблюдения, для того, чтобы сохранить у них трудоспособность и качество жизни.

СУВОРОВА Л.А.

МУЗ Городская больница № 4,  
г. Прокопьевск

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ В ПРОФПАТОЛОГИИ

**В**ековая мечта человечества о продлении жизни стала актуальной научной проблемой. Однако еще И.И. Мечников, по праву почитаемый отцом отечественной геронтологии, говорил: «Долгая жизнь ценна не сама по себе, а лишь в том случае, когда она совпадает с сохранением физических и умственных способностей». Помощь пожилым людям приобретает все большее значение в деятельности работников практического здравоохранения.

Постарение населения — одна из основных проблем, тревожащих в настоящее время почти все без исключения страны мира. Выработанный ассамблеей международных план действий стимулировал во многих странах разработку национальных программ по улучшению здоровья и качества жизни людей пожилого и старческого возраста.

Средняя продолжительность жизни в мире достигла 78 лет. Темпы постарения населения Рос-



сийской Федерации растут. К 2025 году ожидается, что каждый пятый гражданин страны будет в возрасте 60 лет и старше.

В нашем профпатологическом центре состоят на учете с выявленной профпатологией 3453 человека, с пылевой патологией — 1305, из них старше 60 лет — 52 %. В отделении профпатологии пролечены 541 человек старше 60 лет (62,7 %). Отделение расположено на базе терапевтического отделения МУЗ «Городская больница № 4» и рассчитано на 20 коек профпатологических больных.

В отделении проводится лечение больных, в основном, с пылевой патологией: с хроническим профессиональным бронхитом, антракосиликозом. Старше 60 лет пролечены 339 человек (62,7 %).

У данной категории пациентов в процессе старения присоединяются существенные морфологические и функциональные изменения. После 60 лет реберные хрящи теряют эластичность, уменьшается подвижность реберно-позвоночных суставов, развиваются дистрофические изменения в межреберных мышцах и мышцах диафрагмы. Все это нарушает легочную вентиляцию, трахея смещается вниз до уровня пятого грудного позвонка, просвет ее расширяется, стенка кальцинируется. Вокруг бронхов разрастается соединительная ткань. Просвет бронхов еще более неравномерно сужен, нарастает нарушение дренажной функции бронхов, что усиливает патологический процесс у пациентов. Легочная ткань теряет эластичность, возрастным изменениям подвергаются сосуды легких, изменяется и нервный аппарат, регулирующий дыхание.

Среди пролеченных больных 82,3 % имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы, у наших пациентов ярко выражены эмоциональная неустойчивость, возбудимость, раздражительность, сильно выражены такие черты, как самоуважение, амбициозность, претенциозность.

В работе с нашими больными пожилого возраста обслуживающий персонал стремится, по возможности, уменьшить неудобства, не ущемляя их инициативность в плане самообслуживания. Режим в отделении более свободный, разрешены посещения родственников.

В отделении создан благоприятный психологический климат: доброжелательное, внимательное отношение. У наших пациентов небольшие па-

латы, новая современная мебель, удобные кровати, не ниже 60 см, теплое спальное белье, теплые легкие 2 одеяла, в каждой палате холодильник, радиоприемник. Часто источником комфорта и успокоения является чтение, имеется небольшая библиотека. В палатах достаточное освещение. Планируется приобрести на каждый прикроватный столик настольную лампу.

Для адаптации пациентов в течение 2-3 дней питание проводится в палатах. В столовой поддерживается обстановка, способствующая усвоению пищи: тишина, хорошая сервировка, в том числе и такие мелочи, как цветы на столах, салфетки. Особенности питания обусловлены изменением жевательного аппарата, снижением секреторно-моторной функции пищеварительного тракта, уменьшенной интенсивностью обменных процессов.

В рационе постоянно белки (рыба, птица, творог), овощи, ограничен прием сдобы, кондитерских изделий. Энергетическая ценность составляет 2000-2300 калорий.

Важную роль в лечении пневмокониозов играет терапия гемодинамических осложнений. С целью элиминации пылевых частиц назначаются отхаркивающие препараты. Неотъемлемым элементом являются лечебная гимнастика, массаж грудной клетки, прием аскорбиновой кислоты до 200 мг в сутки.

При прогрессирующих формах назначаются небольшие дозы глюкокортикоидов. Для повышения дренажной функции легких используются медикаментозные средства, препараты мукорегуляторы, средства, корректирующие нарушения водного баланса в бронхах. При бронхоспастическом синдроме используются стимуляторы  $\beta$ -адренорецепторов, холинолитики. В период обострений пылевого бронхита назначается антибактериальная терапия. Обязательно включаются физиотерапевтические средства: ингаляции, УВЧ, ультразвук, дыхательная гимнастика, массаж.

В коллективе, по отношению к пожилым пациентам, разработана преемственность в осуществлении лечебных мероприятий и ухода, направленная на улучшение физического и психического здоровья. Постоянно проводятся беседы на различные темы. Направленность бесед — успокоить пациента, внушить, что жизнь прожита не даром, позади деятельность, принеся большую пользу обществу.

ХАНЧЕНКОВ Н.С., БОЛЬШАКОВА Е.В., СЕМЕНИХИН В.А.  
 Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ,  
 г. Кемерово,  
 ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,  
 г. Ленинск-Кузнецкий

## МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В настоящее время Кузнецкий бассейн является основным поставщиком угля во все регионы России и за рубеж. На его долю приходится 56 % от общего объема российской добычи угля, в том числе 81 % особо ценных коксующихся марок. Добычные работы ведутся как подземным, так и открытым способом. По запасам угля Кемеровская область занимает второе место в Российской Федерации после Канско-Ачинского бассейна, а по степени освоения — первое. Проведенные комплексные гигиенические исследования показали, что рабочие угольной отрасли Кузбасса, занятые подземной и открытой добычей угля, подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных производственных факторов, среди которых ведущее значение имеют локальная и общая вибрация, шум, пыль и физическое перенапряжение.

Сравнительная оценка показателей профессиональной заболеваемости по Российской Федерации и Кемеровской области показала, что если до 1997 г. Кемеровская область по уровню профессиональной заболеваемости находилась на 2 месте по Российской Федерации (после Республики Коми), то, начиная с 1997 г. и до настоящего времени занимает 1 место. Основной прирост уровня профессиональной заболеваемости рабочих в Кемеровской области отмечался именно за счет угольной отрасли. Как показал анализ динамики профессиональной заболеваемости, выраженный рост показателей наблюдался в 1997-2002 гг. (71,2-125,2 случаев на 10000 работающих), совпав с наивысшим пиком реструктуризации угольной отрасли Кузбасса и ее последствиями, превышая общероссийские показатели в 2,4 раза.

Анализ динамики инвалидности взрослого населения с 1997 по 2001 гг. показал, что в исследуемый период в Кузбассе вырос как показатель общей инвалидности (с 74,1 до 91,0 случаев на 10000 населения), так и инвалидности, связанной с профессиональными заболеваниями (с 0,7 до 1,7 случаев). Установлены различия показателей общей и профессиональной инвалидности населения. Оценка показателей эффективности реабилитации инвалидов по профессиональной и общей

патологии показала, что до настоящего времени при профессиональных заболеваниях практически не используется резерв реабилитационных мероприятий (полная реабилитация — 0,9 %, частичная — 4,5 %, показатель стабильности — 94,3 %) при низком показателе утяжеления групп инвалидности (4,1 %) и увеличении процента утраты профессиональной трудоспособности.

Нами проанализированы показатели реабилитации инвалидов за 2003 г. У 1124 человек с впервые выставленным диагнозом профессионального заболевания инвалидами признаны 160 человек (14,2 %). Работники угольной отрасли составляют 70 % (112 человек). По возрастным показателям лица в возрасте 50-59 лет составляют преобладающее большинство (63,7 %), стаж работы во вредных условиях у 117 человек (73,1 %) от 15 до 24 лет.

Анализ структуры профессиональной заболеваемости показал, что первое место занимают заболевания от функционального перенапряжения (55 %), второе место — заболевания от воздействия промышленных аэрозолей (25,6 %), третье место — вибрационная болезнь (15,6 %). Заслуживает внимания факт наличия у 14,4 % пострадавших двух профессиональных заболеваний, что отягощает процесс реабилитации. Анализ экономических затрат на реабилитацию показал, что основные траты были на осуществление санаторно-курортной реабилитации, затем оплата медикаментов и дополнительные виды помощи. Общая сумма за медицинскую реабилитацию 147 человек составила 8222330,72 рублей. По результатам реабилитационных мероприятий улучшение наблюдалось (по данным учреждения медико-социальной экспертизы) у 3,75 % лиц, выразившееся в снижении процента утраты профессиональной трудоспособности, у 60 % наблюдалось ухудшение состояния здоровья, и лишь у 35 % лиц состояние здоровья оценено как стабильное.

Таким образом, сложившаяся система реабилитации пострадавших от профессиональных заболеваний до настоящего времени остается недостаточно эффективной, что требует пересмотра стандартов реабилитационных мероприятий.

КАРАСЬ И.Ю., РАВИНГ Л.С., КАРАСЕВА Ю.А.  
Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

**П**о данным международной статистики, только за вторую половину прошедшего столетия средняя продолжительность жизни на Земле возросла на 20 лет. В 2005 году более 1 миллиарда человек перешагнули 60-летний рубеж. К 2050 году число людей старше 65 лет во многих развитых странах увеличится более чем в 2 раза, а общая цифра составит 2 миллиарда. В России, по прогнозам, с 2006 года число пенсионеров будет расти очень активно, и к 2016 году составит более четверти от всего населения России.

День 1 октября 1992 года был впервые объявлен ООН Международным днем пожилых людей, днем гуманности и духовности по отношению к людям, достигшим преклонного возраста. Правительство РФ приняло постановление о праздновании в России Дня пожилых людей. Наше старшее поколение, которое внесло неоценимый вклад в укрепление могущества страны, защиту Отечества в годы суровых военных испытаний, заслуживает глубокого уважения и признательности. Сегодня мы отдаем заслуженную дань уважения и любви всем тем, кто созидал и защищал наше Отечество. Поэтому нужды старшего поколения находятся под нашим пристальным вниманием.

В МУЗ «Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой» осуществляется динамическое наблюдение за женщинами старшей возрастной группы — контингентом особого внимания (КОВ). К данному контингенту относятся участники и инвалиды ВОВ; участники и инвалиды боевых действий и миротворческих миссий на территории других государств; лица, подвергшиеся воздействию радиации; родители, дети и вдовы военнослужащих, погибших при исполнении служебного долга; вдовы участников и инвалидов ВОВ; Герои Советского союза и Социалистического труда; полные кавалеры орденов Славы; блокадники Ленинграда; труженики тыла, узники концентрационных лагерей и др.

Наблюдение осуществляется бригадой врачей, куда входят участковые терапевты и узкие спе-

циалисты. Врачи акушеры-гинекологи осуществляют наблюдение за женщинами КОВ в условиях женской консультации, в смотровом кабинете участковой поликлиники и на дому.

Количество женщин КОВ, проживающих на курируемой территории в 2004 году, составило 1013 человек; в 2005 году — 1026 человек; в 2006 году — 1073 человека. Средняя продолжительность жизни женщин имеет тенденцию к постоянному увеличению. В настоящее время показатель приближается к 75 годам. Таким образом, около 30 лет жизни женщины приходится на возраст постменопаузы, который характеризуется снижением, а затем полным угасанием эстрогенной функции яичников.

При гинекологическом осмотре в 75 % случаев выявлены признаки эстрогенного дефицита — атрофические изменения в урогенитальном тракте, проявляющиеся атрофическими вагинитами, циститом, диспареунией, нарушениями мочеиспускания, пролапсами гениталий различной степени выраженности. Но в половине этих случаев женщины жалоб не предъявляли. В 37,5 % случаев регистрировались жалобы на различные дискомфортные ощущения в области половых органов, что значительно ухудшало качество жизни женщин. С целью снижения эстрогенного дефицита в урогенитальном тракте успешно применяется препарат «Овестин», который данная категория женщин может получить бесплатно, он внесен в список лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача гражданам, имеющим право на получение государственной помощи.

Опыт ведения женщин преклонного возраста, страдающих пролапсами гениталий, был обобщен в буклете-памятке, который на областном конкурсе 2005 года занял первое место.

Таким образом, нивелировать возрастные изменения в урогенитальных органах женщин полностью невозможно. Но необходимо дать правильные рекомендации по образу жизни, гигиене, питанию и двигательному режиму, назначить корректирующую гормональную терапию, что позволит улучшить качество жизни наших пациенток.

ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М., ЗОЛОЕВ Г.К.  
*Новокузнецкий научно-практический центр  
 медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,  
 г. Новокузнецк*

## ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ

**Р**иск утраты конечности, обусловленный критической ишемией, существенно повышается для лиц старших возрастных групп. По нашим данным, частота ежегодно выполняемых ампутаций в популяции лиц старше 60 лет увеличивается в 10-12 раз по сравнению с лицами возрастной группы до 50 лет. Тяжелый анатомический дефект влечет за собой социальную недостаточность вследствие ограничений жизнедеятельности: способности к передвижению, способности к самообслуживанию, способности к трудовой деятельности.

**Цель работы** — оценка параметров качества жизни больных после ампутации конечности, обусловленной критической ишемией.

Обследованы 80 пациентов (62 мужчины и 18 женщин) с односторонним постампутационным дефектом (ПАД) конечности на уровне голени или бедра, поступивших для проведения мероприятий первичного протезирования в ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ Росздрава». Средний возраст пациентов составил  $63 \pm 2$  года. Параметры качества жизни, связанного со здоровьем, определяли с помощью опросника SF-36. Этот опросник позволяет оценить психологическое, эмоциональное и социальное функционирование больного, основанное на его субъективном восприятии.

Установлено, что показатели качества жизни данного контингента больных были ниже популяционного норматива по ряду шкал. Популяционные нормы определены в работах Санкт-Петербургских исследователей отдельно для лиц женского и мужского пола разных возрастных групп. Основные отличия выявлены по шкале «физическое функционирование» (ФФ). У мужчин показатель шкалы ФФ был снижен в 2 раза, у женщин — в 3-5 раз. У лиц женского пола с ПАД конечности, кроме того, установлены сниженные показатели по шкале «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем», «психическое здоровье».

Существенные различия по ряду параметров качества жизни определены и в обследованной группе больных с ПАД конечности между лицами мужского пола — по шкалам: ФФ, «ролевые ограничения вследствие физических проблем», «восприятие общего состояния здоровья», «роле-

вые ограничения вследствие эмоциональных проблем», «психическое здоровье».

Таким образом, вполне очевидно, что утрата конечности на фоне тяжести течения основного заболевания, наличия сопутствующей хронической патологии оказывает крайне негативное воздействие на параметры качества жизни данного контингента инвалидов (по их собственному субъективному восприятию). Это воздействие еще более выражено после ампутации конечности у женщин. У лиц мужского пола снижение качества жизни обусловлено, в первую очередь, ограничениями в физической сфере. Анатомический дефект у женщин преклонного возраста влечет за собой существенные ролевые ограничения вследствие физических и эмоциональных проблем, нарушения в сфере психического здоровья.

Выявленные особенности изменения параметров качества жизни должны находить свое отражение в индивидуальных программах реабилитации инвалидов. Кроме стандартных мероприятий по протезированию конечности, восстановлению навыков передвижения, в реабилитационные схемы следует включать работу квалифицированных психологов для коррекции эмоционального и психологического состояния, в первую очередь, у женщин-ампутантов.

Также, следует принять во внимание результаты исследований, показавших, что психологическая и социальная адаптация после ампутации, обусловленной критической ишемией конечности, не всегда зависит от степени достигнутой подвижности. Многие пациенты (а это преимущественно лица пожилого возраста) большое значение придают семье. Роль семьи действительно очень важна и распространяется дальше, чем просто помощь по уходу. Для многих пациентов возможность общения с семьей обеспечивает достаточную для их возраста степень взаимодействия с обществом.

Таким образом, улучшение качества жизни инвалидов с культями конечности пожилого возраста связано, с одной стороны, с восстановлением двигательных функций, с другой, — с обеспечением адекватного уровня социальных контактов, квалифицированной психологической помощи.

ВОДЯНОВ Н.М., ГОЛЬВИДИС С.Л.

*Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации*

*Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей,  
г. Новокузнецк*

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ДИСТАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Лечение болевых синдромов у пожилых имеет свои особенности, зависящие от физического, психоэмоционального состояния пострадавших и их социального положения. За последние полтора года в отделении микрохирургии лечились 26 больных с болевыми синдромами после переломов лучевой кости. Все пострадавшие — пенсионеры, из них 14 были в возрасте от 60 до 70 лет.

В городах и поселках городского типа Кемеровской области проживали 18 человек, в сельской местности — 8. Все пострадавшие в прошлом занимались физическим трудом. У всех больных диагностировали остеохондроз позвоночника, остеопороз (общий или регионарный), заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (трое имели инвалидность). У восьми больных рентгенологически выявили деформирующий артроз лучезапястных суставов 1 и 2 степени. У двух человек после травмы развился синдром «плечо-кость».

Все пациенты отмечали, что постоянные изнуряющие боли в травмированной конечности способствовали обострению «основного» заболевания и развитию депрессии, а одна больная пыталась покончить жизнь самоубийством. Одна пострадавшая была неудачно прооперирована по поводу синдрома запястного канала. Ухудшение здоровья было причиной обращения к терапевтам и невропатологам, колдунам и ясновидцам.

Нами установлено, что все пострадавшие получили травму в быту, как правило, в период с осени по весну. При падении на вытянутые руки двое травмировали правую руку, двенадцать — левую.

Первая медицинская помощь заключалась в обезболивании места перелома, репозиции и фиксации гипсовой лонгетой. Пяти больным репозиция костных отломков проводилась дважды. Всех пострадавших беспокоили «страшные» боли в кисти и предплечье. Только двум из 26 больных развели края гипсовой повязки через сутки после репозиции, остальные пациенты терпели боль от четырех до 30 дней, до повторного осмотра травматологом. В пяти случаях врач не принял экстренных мер для профилактики сдавления тканей травмированной конечности гипсовой повязкой, заверив больного, что «надо потерпеть, так положено».

В отделение микрохирургии пострадавшие поступили в следующие сроки после травмы: через два месяца (1), через три (2), через четыре (6), через шесть (3) и через два года (2). У всех больных диагностирован синдром запястного и Гионова каналов тяжелой степени: боль, расстройства всех видов чувствительности, отек кисти, выраженные контрактуры суставов пальцев, снижение функциональной способности кисти и верхней конечности.

Под проводниковой анестезией все больные были прооперированы. Во время операции проводили рассечение поперечной связки запястья и стенки Гионова канала, невролиз и эндоневролиз локтевого и срединного нервов. В трех случаях нервы были прикрыты амниотической оболочкой (профилактика рубцовых сращений), а между концами поперечной связки проложен трансплантат из пуговины (профилактика повторного сужения запястного канала). После операции конечность фиксировали гипсовой лонгетой в физиологическом положении кисти.

У всех пациентов получен позитивный эффект. Так, уже в день оперативного вмешательства исчезла или стала менее интенсивной боль, многие больные отказались от обезболивающих препаратов.

При оказании психологической помощи пациентам с болевыми синдромами, пережившим сильный психоэмоциональный стресс, был апробирован комплекс психологических тестов, достаточно информативных при проведении диагностики и, в то же время, не сложных, не требующих много времени для их выполнения.

Через две недели больные выписывались из стационара и долечивались в амбулаторных условиях. Лишь в тех случаях, когда продолжить лечение по месту жительства не было возможности, этап долечивания и реабилитации пациенты проходили в амбулаторных условиях, для чего переводились в отделение реабилитации ОКОХБВЛ.

### Выводы:

1. Успешное лечение болевых синдромов, развившихся после переломов костей предплечья, возможно только при применении лечебно-реабилитационного комплекса, включающего хирургическую операцию, занятия лечебной физкультурой



- турой, физиотерапевтические процедуры и психотерапевтическую помощь.
2. У больных с переломом луча в типичном месте для успешной репозиции отломков необходимо использовать анестезию плечевого сплетения, обеспечивающую релаксацию всех мышц верхней конечности.
  3. Декомпрессия сдавленных нервов определяет исход лечения. В его успехе важную роль играет лечение остеопороза и сопутствующих заболеваний пациента.
  4. Врач обязан своевременно и четко информировать больного о его действиях при наличии боли и отека предплечья и кисти.

ЗОЛОЕВ Г.К., БАТИСКИН С.А., СТЕПАНОВ А.В., ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.  
*Новокузнецкий научно-практический центр  
 медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,  
 г. Новокузнецк*

## АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ХИРУРГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

**Цель работы** — оценить социальные последствия ампутации конечности у лиц пожилого возраста.

За 2 года (2004-2005 гг.) обследовано 970 больных с утратой конечности, госпитализированных в клинику ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ Росздрава». Отобраны случаи госпитализации больных в возрасте 60 лет и старше.

Пациенты с облитерирующими заболеваниями артерий конечности (без диабета) составили 45,1 %, больные с сахарным диабетом — 20,2 %, с посттравматическими постампутационными дефектами конечностей — 34,6 %, другие причины ампутации выявлены в 0,1 % случаев.

Среди пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий односторонние культы бедра имели место в 11,8 % случаев, голени — в 20,2 %, парные культы бедра — в 4 %, парные культы голени — в 5,1 %, сочетание культы голени и бедра — в 4 %. Среди больных сахарным диабетом эти подгруппы составили: односторонние культы бедра — 5,2 %, голени — 9,2 %, парные культы бедра — 2 %, парные культы голени — 2 %, сочетание культы голени и бедра — 1,8 %. В группе больных с посттравматическими культями односторонние культы бедра имели место в 29,7 % случаев, голени — в 16,2 %, парные культы бедра — в 2,3 %, парные культы голени — в 5,1 %, сочетание культы голени и бедра — в 3 %. Число мужчин в группе больных с облитерирующими заболеваниями сосудов составило 94 %, в группе больных сахарным диабетом — 49 %, посттравматически-

ми культями — 68 %; доля женщин в этих же группах — 6 %, 51 %, 32 %, соответственно.

Всем пациентам проведено первичное протезирование конечности, в большинстве случаев (60,5 %) применялась поэтапная методика первичного протезирования с изготовлением лечебно-тренировочного протеза и последующих смен приемной гильзы протеза. Изучали эффективность двигательной реабилитации и возможности самообслуживания пациентов.

Установлено, что пациенты с культей голени значительно легче могли освоить пользование протезом, чем пациенты с культей бедра. Сохранение даже одного коленного сустава (у пациентов с сочетаниями культы бедра и культы голени) оставляло возможности для успешной реабилитации в кресле-коляске. Больные с парными культями бедра не могли пользоваться протезами, и без посторонней помощи испытывали значительные сложности в пользовании кресла-коляски. Наличие тяжелой сопутствующей патологии (ИБС, артериальная гипертония) значительно усугубляло возможности двигательной реабилитации.

Установлено, что при прочих равных условиях мужчины более эффективно пользовались протезно-ортопедическими изделиями, чем женщины.

Возможности самообслуживания пациентов с утратой конечности и их социальной адаптации зависят от личных факторов, среди которых большое значение имеет восстановление мобильности. Последнее, в свою очередь, определяется сохранением функции хотя бы одного коленного сустава.

КОМКОВ А.Р., РУДАЕВ В.И., ГРУДИН Ю.В.  
Кемеровская государственная медицинская академия  
МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**П**роцесс старения населения происходит практически повсеместно: если в 1970 г. около 5 % жителей земли были старше 65 лет, то к 2025 г. прогнозируется рост этого показателя до 12 %. Новый тип возрастной структуры населения ставит серьезные социально-экономические и медицинские задачи, т.к. перелом проксимального отдела бедренной кости на 10000 жителей в возрасте 30 лет регистрируется 1 случай, в возрасте 50 лет – 7,8 случая, среди женщин 60 лет – 29 случаев, у мужчин – 16; в возрасте 75 лет – 142 и 65, соответственно, 80 лет – у женщин 152 случая, у мужчин 96; 90 лет – 479 переломов у женщин и 309 у мужчин. При расчете числа травм на все население показатель составил 20,7 на 10000 жителей (данные 1997 г.) В Кемерово около 525000 жителей, соответственно, ожидаемая цифра больных с данной патологией составляет 1080 человек ежегодно.

Ведущими методами лечения в этих случаях до сих пор остаются консервативный (скелетное вытяжение или деротационная гипсовая повязка) и металлоостеосинтез различными конструкциями. Результаты консервативного лечения известны: до 80 % летальных исходов в течение первого года после травмы, при оперативном лечении она снижается до 7 %. Общий показатель летальности для лиц всех возрастов при этом виде травм составляет 11,9 %. В связи с этим, при переломах шейки бедренной кости в пожилом возрасте мы стали отдавать предпочтение первичному эндопротезированию тазобедренного сустава.

С 2002 года было установлено 102 тазобедренных эндопротеза и 15 эндопротезов коленного сустава. Средний возраст пациентов составил 66 лет. В основном эндопротезирование проводилось женщинам – 66 %, мужчины составили 34 %. Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу свежих или несвежих переломов шейки бедренной кости было выполнено 48 пациентам (48 %). Наиболее старшую и большую по количеству возрастную группу составили женщины – 38 пациенток (80 %) в возрасте от 58 до 88 лет. Мужчин было 10 (20 %), в возрасте от 51 до 70 лет. У 11 пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости (это были толь-

ко женщины) были установлены однополюсные эндопротезы. Всем другим пациентам проводилось тотальное цементное или гибридное эндопротезирование различными имплантатами. Эндопротез Waldemar Link «Classik Plus» – 21, Waldemar Link «BetaCone» – 9, «Арте» – 7 (5 гибридных).

У рассматриваемого контингента больных, с учетом их возраста, сопутствующих заболеваний, состоянием костной ткани, мы имели интраоперационные и послеоперационные осложнения. Во время оперативного вмешательства получено 3 осложнения. В предоперационном периоде, если состояние больных позволяло, выполнялась аутодонация крови с последующим переливанием после оперативного вмешательства (12 человек – 26 % с переломами шейки бедренной кости). В течение 1-2 суток после операции пациенты наблюдались в реанимационном отделении и требовали интенсивного лечения. После этого больные переводились в профильное отделение, где продолжалась интенсивная терапия по традиционной схеме. Средние сроки пребывания в стационаре были от 18 до 29 к/дней (в среднем, 25 к/д).

Одной из главных особенностей рассматриваемого контингента больных является полиморбидность, т.е. наличие двух и более заболеваний, которые могут потенцировать друг друга. Многие из них имеют скрытое течение, и при неблагоприятных условиях резко возрастает опасность срыва компенсации той или иной системы. Все это убеждает нас в необходимости проведения как можно более срочного оперативного вмешательства. При рассмотрении показаний и противопоказаний имеет значение не только паспортный возраст больного, но и его общий соматический статус, двигательная активность до травмы, предполагаемая продолжительность жизни. Каждый больной индивидуален, и любое решение, исходя из нашего опыта, должно быть тщательно продумано, но всегда мы помним о том, что старость – неизбежное состояние в течение жизни человека, и стремимся поддержать ее для наших пациентов достойной, на достаточно активном уровне.

Таким образом, переломы проксимального отдела бедренной кости, являясь гериатрической

травмой, требуют особого подхода к лечению. Именно к лечению, а не к отказу некоторых лечебных

учреждений от попытки проведения результативной операции.

МИТРОФАНОВА Н.В., РАСКИНА Т.А.

*Областной клинический госпиталь для ветеранов войн,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ

**П**атология костно-мышечного аппарата стоит в ряду наиболее значимых медицинских проблем, характеризуюсь выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей. Ревматические болезни приводят к ухудшению физического состояния больного человека, а хроническое прогрессирующее течение заболевания и потеря трудоспособности вызывают проблемы психологического характера, ограничение социальной активности. Медико-социальная и экономическая нагрузка на общество, в первую очередь, связана с остеоартрозом (ОА) и остеопорозом (ОП).

В последние годы изучение качества жизни (КЖ) все чаще становится предметом клинических исследований в силу возможности адекватной оценки состояния здоровья пациентов и эффективности применяемых методов лечения с помощью разработанных опросников. Методы оценки КЖ в зарубежной ревматологии применяют с 60-х годов XX века, однако единых критериев и стандартных норм КЖ не существует, а для каждого региона и различных групп населения они имеют условную норму, по которой можно проводить сравнение.

**Цель исследования** — изучить влияние снижения минеральной плотности кости (МПК) на КЖ у больных ОА старше 66 лет.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

155 пациентам (31 мужчина и 124 женщины) с манифестным ОА проведено определение МПК дистального отдела предплечья методом рентгеновской абсорбциометрии (денситометр DTX-200). Для диагностики ОА использованы критерии ACR (1990), рентгенологическая стадия ОА определялась по Kellgren (1957). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, степень изменения МПК оценивали по Т-индексу.

В зависимости от величины Т-критерия, пациенты разделены на основную (115 больных с низ-

кой МПК) и контрольную (40 человек с нормальной МПК) группы. В обеих группах выделены клинические формы ОА: 1) ОА коленных суставов, 2) олигоартроз с поражением тазобедренных и коленных суставов, 3) полиостеоартроз. Для оценки показателей КЖ использован опросник SF-36.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне снижения МПК все значения КЖ были ниже, чем в контрольных группах. Достоверные различия получены по шкалам ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования, физического и социального функционирования, психического здоровья, психологического компонента здоровья. Наибольшие различия были выявлены для следующих шкал: психического здоровья — снижение на 25 %, ролевого эмоционального — снижение на 25 %, и физического функционирования — снижение на 45 %.

При оценке показателей КЖ в зависимости от клинической формы ОА на фоне снижения МПК самые низкие значения по всем шкалам опросника выявлены при полиостеоартрозе. Наибольшие различия отмечены по шкале ролевого физического функционирования. Так, при ОА коленных суставов отмечено достоверное снижение показателя на 68 %, при олигоартрозе — на 88 %, при полиостеоартрозе — на 88 %. Различия по шкале ролевого эмоционального функционирования при ОА коленных суставов составило 40 %, при полиостеоартрозе — 84 %. При полиостеоартрозе у пациентов основной и контрольной групп различие по шкале физического функционирования составило 32 %, по шкале социального функционирования — 23 %.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снижение МПК у пожилых больных ОА ухудшает все показатели КЖ, наиболее выражено влияние на психологический компонент здоровья. Увеличение числа пораженных суставов характеризуется снижением уровня КЖ.

МИТРОФАНОВА Н.В., РАСКИНА Т.А.  
 Областной клинический госпиталь для ветеранов войн,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИОСТЕОАРТРОЗОМ

**О**стеоартроз (ОА) и остеопороз (ОП) — два наиболее часто встречающихся заболеваний лиц пожилого и старческого возраста. Быстрое постарение популяций придает особое значение изучению ассоциации этих заболеваний. Долгое время болезни считались взаимоисключающими, однако результаты исследований последних лет свидетельствуют в пользу частого развития ОП у пожилых пациентов с ОА.

**Цель** — разработать прогностическую модель вероятности снижения минеральной плотности кости (МПК) у больных ОА в пожилом возрасте.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты исследования 155 больных с полиостеоартрозом старше 66 лет (31 мужчина и 124 женщины). Определение МПК дистального отдела предплечья проведено методом дихроматической рентгеновской абсорбциометрии (денситометр DTX-200). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, степень изменения МПК оценена по Т-индексу. Для диагностики ОА использованы критерии ACR (1990), рентгенологическая стадия ОА определялась по Kellgren (1957). Для оценки показателей качества жизни (КЖ) использованы опросники SF-36 и Ноттингемский профиль здоровья (NHP).

Для разработки прогностической модели вероятности снижения МПК применен пошаговый дискриминантный анализ. В качестве группирующей переменной принято значение Т-критерия, выделены два варианта состояния костной ткани: нормальная МПК и сниженная МПК. Для определения принадлежности исследуемого случая к одному из двух вариантов состояния костной ткани проведено вычисление значений  $D(\text{нормальное})$  и  $D(\text{сниженное})$ . Случай относили к группе с максимальной величиной  $D$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена ассоциация снижения МПК с меньшей рентгенологической стадией ОА и массой те-

ла, увеличением количества пораженных суставов, возраста больных и длительностью менопаузы, наличием ранней менопаузы и отсутствием регулярных физических нагрузок. Снижение МПК достоверно ухудшало КЖ пожилых больных по большинству шкал общих опросников (по SF-36 — 6 шкал из 8, по NHP — 2 шкалы из 6).

В результате процедуры пошагового дискриминантного анализа получена совокупность коэффициентов дискриминантных функций, выведены уравнения дискриминантной функции для больных с нормальными показателями МПК и для пациентов со сниженными значениями МПК.

$$D(\text{нормальное}) = (\text{Значение шкалы RP опросника SF-36}) \times 0,16 + (\text{ИМТ}) \times 1,83 - (\text{Наличие переломов}) \times 0,15 + (\text{Значение шкалы «Физическая активность» опросника NHP}) \times 0,18 + (\text{Количество заболеваний у пациента}) \times 2,43 + (\text{Значение шкалы SF опросника SF-36}) \times 0,21 + (\text{Наличие деформирующей дорсопатии}) \times 7,35 + (\text{Стадия ОА}) \times 5,92 - 68,91.$$

$$D(\text{сниженное}) = (\text{Значение шкалы RP опросника SF-36}) \times 0,08 + (\text{ИМТ}) \times 1,54 + (\text{Наличие переломов}) \times 0,99 + (\text{Значение шкалы «Физическая активность» опросника NHP}) \times 0,12 + (\text{Количество заболеваний у пациента}) \times 2,84 + (\text{Значение шкалы SF опросника SF-36}) \times 0,17 + (\text{Наличие деформирующей дорсопатии}) \times 6,34 + (\text{Стадия ОА}) \times 4,91 - 50,87.$$

Прогностическая модель, разработанная на основе анализа анамнестических, антропометрических, рентгенологических параметров, опросников КЖ, позволяет с точностью до 90,3 % определить вероятность снижения МПК у пожилых больных ОА.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На снижение МПК у пожилых больных ОА влияют как клинические характеристики заболевания, так и антропометрические параметры пациентов. Показана целесообразность использования опросников не только для оценки КЖ, но и для прогнозирования остеопении.

РОМАШКИНА Л.В., ПОМЫТКИНА Н.Ю., ПЕТУНЬКИН С.Н.,  
ЛАЗАРЕВА С.В., ШИНКАРЮК Л.А.

*Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения,  
г. Прокопьевск*

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**В** Кемеровской области показатели производственного травматизма превосходят среднестатистические в 1,8 раза и составляют в структуре травматизма 33 %. Общая инвалидность после травм продолжает увеличиваться, причем причиной потери трудоспособности являются не только анатомические, но и в 21,1 % случаев функциональные изменения, что обуславливает многообразие средств и методов лечения и реабилитации. Комплексное лечение требует дифференцированного подхода в каждом индивидуальном случае, и зависит от конкретных повреждений и этапа восстановительного лечения.

Восстановительное лечение пациентов проводилось в отделении реабилитации ГУЗ ОКОХБВЛ.

За последние два года (2004-2005 гг.) пролечено 1064 человека с последствиями травм, из них горняков – 627 (58,9 %). Среди пролеченных неработающих шахтеров было 288 регрессников (27,1 %), все мужчины, средний возраст  $36 \pm 7$  лет, давность травмы – от 6 месяцев до 5 лет.

В 2004 г. распределение пациентов по нозологиям последствий травм составило: черепно-мозговая травма – 124 случая, спино-мозговая травма – 2, травмы периферической нервной системы – 43, посттравматические контрактуры крупных суставов – 37, консолидированные переломы конечностей – 32, посттравматические остеохондрозы – 265 случаев; в 2005 г. – 116, 6, 48, 61, 48, 282 случаев, соответственно.

Преобладал остеохондроз различных отделов. Всем больным проведены рентгенологическое и функциональное обследования, клинические и биохимические анализы.

Современные подходы к лечению последствий травм опорно-двигательного аппарата, кроме физиотерапии, гипербарической оксигенации, ЛФК, общие для отделений ОКОХБВЛ, включали в себя комплекс мероприятий, и проводились сотрудниками отделения реабилитации по следующей схеме: массаж и мануальная терапия, медикаментозные блокады, применение фармацевтических препаратов (лекарственная терапия), рефлексотерапия, психокоррекция, фитотерапия и ароматерапия, механотерапия.

Кроме седативной терапии, ведущими в лечении остаются методики рефлексотерапии.

Высокоэффективным вспомогательным методом лечения также является механотерапия. Использовались различные модификации аппаратов, в основном для лечения посттравматических остеохондрозов: электрическое массажное кресло, американский тракционный анатомический стол, кровать-массажер Nuga Best.

Такой дифференцированный комплексный подход к лечению больных позволяет добиться положительных результатов у 92 % пациентов на 6-8 месяцев.

### ВЫВОДЫ:

1. Программа реабилитации каждого пациента подбирается по индивидуальной схеме, с учетом патогенеза и сигмогенеза.
2. основополагающим моментом в схеме лечения и профилактики остаются лечебная физкультура с прикладной кинезиологией и аутокинестерапией.
3. Механотерапия является высокоэффективным вспомогательным методом лечения.

СТЕПАНОВ А.В., МАСЛЕННИКОВА В.Г., СОКОЛОВ К.В., БЕРМАН А.М.

*Новокузнецкий научно-практический центр  
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,  
г. Новокузнецк*

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

**В** развитых странах ежегодно увеличивается средняя продолжительность жизни. В Российской Федерации этот показатель составляет: у женщин – 68,4 лет, у мужчин – 57,8 лет.

У лиц пожилого возраста заболевания опорно-двигательного аппарата, по данным разных авторов, составляют от 28 % до 56 %. Деформирующий остеоартроз (ДОА) существенно ограничивает актив-



ную жизнедеятельность, передвижение и, что существенно, способность к самообслуживанию подобных пациентов. Нередко такие пациенты с выраженной степенью ДОА нуждаются в постоянном домашнем уходе и услугах социальных работников. Важной геронтологической проблемой становится лечение и реабилитация таких пациентов, что существенно снижает затраты государства на социальное обслуживание и повышает самооценку пациентов, являющуюся важной составляющей улучшения психологического состояния.

Проведен ретроспективный анализ 1940 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в центре в 2002-2005 гг. с ДОА. Женщины составляли 1678 человек (87 %), мужчины – 262 (13 %). Средний возраст пациенток составил  $57 \pm 12$  лет, пациентов –  $47 \pm 6$  лет. Группа больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пожилого возраста составила 1279 пациентов (65,9 %). Учитывая профиль нашего центра, мы наблюдали 132 пациента с постампутоационным дефектом нижней конечности, пользующихся постоянным протезом (6,8 %), и имеющих ДОА контралатеральной конечности. Средний возраст этих пациентов с культями составил 56,2 лет.

У 47 % пациенток исследована зависимость сроков развития первичного ДОА с наступлением сроков развития менопаузы. Получены следующие результаты. В сроке  $\pm 3,5$  года от развития менопаузы первичный ДОА развился у 53,1 % человек. В сроке  $\pm 5$  лет от развития менопаузы наблюдались 59,5 % человек. Таким образом, у 50 % женщин, страдающих первичным ДОА, можно предполагать связь развития первичного ДОА с изменением гормонального фона.

Все 1279 пациентов с ДОА пожилого возраста имели сопутствующие соматические заболевания, которые наблюдались у пациентов изолированно или в сочетании: гипертоническая болезнь – 58 %, ишемическая болезнь сердца – 37 %, ожирение (метаболический синдром) – 34 %, хронический гастрит – 16 %, сахарный диабет – 7 %, прочие – 9 %.

Тяжесть ДОА предопределила высокую степень инвалидности среди пациентов. Так, паци-

енты, страдающие коксартрозами, имели инвалидность в 85,5 % случаев, средний возраст составил 56,8 лет, мужчин 40,9 %, женщин 59,1 %. Пациенты с гонартрозами имели инвалидность в 61,7 % случаев, средний возраст составил 58,6 лет (у женщин – 59,7 лет, у мужчин – 50,4 лет), мужчин 18,5 %, женщин 81,5 %.

Оперативное лечение осуществлялось у 287 пациентов с ДОА (14,8 %). Из них, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава проведено 103 пациентам (средний возраст 56,8 лет), тотальное эндопротезирование коленного сустава – 24 пациентам (средний возраст 58,6 лет), корригирующие остеотомии по методу Илизарова – 34 пациентам. Другие виды операций проводились у 126 пациентов.

Следует заметить, что с возрастом количество сопутствующих соматических заболеваний пропорционально возрастает. Поэтому у пожилых пациентов ограничены показания к плановому оперативному лечению. В нашем центре, при невозможности проведения полного перечня физиотерапии, в комплексном лечении ДОА применяются: параартикулярные и внутрисуставные блокады (27 %), иглорефлексотерапия (18 %), методы эфферентной терапии – инкубация клеточной массы крови нестероидными противовоспалительными препаратами (0,3 %). До 16 % пациентов пожилого возраста получают лечение психотерапевта и консультации специалистов отделения медико-социальной экспертизы.

Таким образом, лечение деформирующих остеоартрозов у лиц пожилого возраста необходимо осуществлять в крупных клинических центрах с привлечением терапевтов, эндокринологов, кардиологов. Для успешного восстановления двигательных функций при консервативном лечении и в послеоперационном периоде ортопедам следует разрабатывать индивидуальный план лечения совместно с врачами лечебной физкультуры и физиотерапевтами. Большое значение имеет внесение в индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПР) консервативного лечения в санаториях и профилакториях.

БЕЛЯЕВСКИЙ А.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Кафедра клинической и медико-социальной экспертизы,  
г. Новокузнецк*

## МЕТОДОЛОГИЯ ВЫБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП

Санаторно-курортное лечение — важный этап восстановительного лечения различных заболеваний, успех которого во многом зависит от выбора индивидуальной программы реабилитации. Особое значение это имеет при восстановительном лечении лиц пожилого возраста и инвалидов, у которых часто имеется разнообразная патология.

Анализ научных данных о существующих технологиях оценки качества медицинской помощи (КМП) и санаторно-курортного лечения (СКЛ) показал, что предложенные методики не касаются индивидуальной программы, не оценивают динамику патологических синдромов, отражающих проявление основного заболевания и определяющих эффект санаторного лечения.

Вышеперечисленные данные явились основанием для настоящего сообщения, главная цель которого — определение методологии выбора индивидуальной программы реабилитации при поступлении в санаторий.

С точки зрения реабилитологии, важным является определение реабилитационного потенциала и прогноза. Для оценки их следует наряду с написанием в диагнозе основного заболевания (по поводу которого пациент направлен в санаторий) морфологической и функциональной части указывать характер и тяжесть основных клинических синдромов. Данные синдромы определяют спектр лечебных воздействий. К примеру, у больного с деформирующим остеоартрозом (ДОА) в диагнозе указывается стадия (рентгенологически) и степень нарушения функции суставов. Эти признаки стабильны и не претерпевают существенной динамики от проводимого лечения. Однако у этой категории больных имеет место той или иной степени выраженности болевой синдром и синдром утренней скованности, усталость конечностей. Как известно, большинство из рассматриваемых синдромов под влиянием санаторных воздействий пре-

терпевают существенную динамику, существенность которой и лежит в основе получаемого эффекта, и является основой выражения благодарности больного. В зависимости от степени тяжести синдромов и рентгенологической стадии артроза можно с большой степенью вероятности говорить о реабилитационном потенциале и прогнозе. Развитие костного артроза при ДОА приводит к возникновению стойких нарушений функции суставов. Следовательно, больные с третьей и четвертой стадией (рентгенологически) ДОА имеют сомнительный, неблагоприятный прогноз и реабилитационный потенциал низкий. Это следует учитывать при выборе индивидуальной программы реабилитации.

Далее необходимо на начальном этапе оценить выраженность имеющихся клинических синдромов и дать им количественную оценку. Предлагаем следующую пятиступенную градацию: незначительно, легко, умеренно, выраженный и резко выраженный. Каждой из указанных степеней присваивается балл: 1, 2, 3, 4, 5. Это используется для составления индивидуальной программы реабилитации и оценки эффективности лечения на этапе.

Для выбора индивидуальной программы реабилитации при поступлении чрезвычайно необходим учет сопутствующей патологии. Так наличие ишемической болезни сердца исключает ряд средств воздействия: электrolечение, общие ванны и т.п. Учитывая это, предлагаем следующую градацию программы реабилитации: в полном объеме, с значительным ограничением, комплекс санаторных мероприятий не может быть применен.

Динамика выраженности клинических синдромов и нарушений функций систем организма могут быть использованы в оценке качества и эффективности этапа лечения, количественной интегрированной оценке успешности работы всех звеньев учреждения.

БУХТИЯРОВА Э.В.  
ОАО Санаторий Прокопьевский,  
г. Прокопьевск

## ПРОЕКТ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Применение автоматизированных систем управления на базе современной вычислительной техники в условиях массового обслуживания населения является необходимым компонентом совершенствования управления процессом оказания медицинской помощи населению и позволяет реализовать своевременное и качественное обслуживание населения. Finnell J.T. отмечает, что компьютерные информационные системы помогают формировать потоки пациентов, проводить регистрацию всех больных и представляют собой удобный способ ведения документации [1].

Несмотря на доказанную эффективность, новейшие компьютерные технологические системы и информационно-аналитические разработки не получили достаточно широкого внедрения в работу санаториев. В некоторых санаториях России введены программы санаторно-курортного обслуживания, но они, как правило, основаны лишь на запросах к базам данных курортов, санаториев, профилакториев, о наличии мест, приобретении, резервировании путевок и прочее.

Для обеспечения возрастающей потребности населения в реабилитации, снижения временных затрат на этапе первичного врачебного приема в санатории, повышения уровня реабилитационного лечения больных, улучшения информационного содержания деятельности службы санаторно-курортного обслуживания, необходимо внедрение новейших информационных технологий.

**Цель работы** — создание проекта программного обеспечения санаторно-курортного лечения больных, поступающих на долечивание в ОАО «Санаторий Прокопьевский».

**Назначение проекта** — обеспечение стандартов восстановительного лечения, оптимальное объединение диагностических и корригирующих методик для осуществления высокоэффективного лечения и реабилитации, оптимизация работы врачебного персонала санатория.

Программное обеспечение восстановительного лечения планируется представить как автоматизированную информационную систему (АИС) «Элсан», основным звеном которой будет являться SQL-сервер (СУБД Microsoft SQL Server), позволяющий обеспечить достаточный объем хранимой информации, периодическое программное обновление системы, внесение новых, дополнительных программных функций. Предполагаемый язык программирования — Delphi, язык запросов — SQL.

Вся работа программы будет основана на алгоритмах медицинской диагностики и стандартах восстановительного лечения с учетом специфики работы врачей санатория. На начальном этапе программа «Элсан» будет включать в себя несколько автоматизированных рабочих мест (АРМ) — «Регистратор», «Врач», — с последующей возможностью их дополнения и расширения.

Поступающие больные проходят первичную регистрацию, где в базу данных заносятся их паспортные данные (ФИО, адрес, место работы, наличие инвалидности и прочее). На данном этапе для обеспечения оперативной работы АРМ «Регистратор» планируется использование электронной версии справочника городов Кузбасса, улиц, предприятий города, встроенных в АРМ «Регистратор» в виде таблиц подстановок. Регистратору не придется вручную вносить названия улиц и предприятий. Таким же образом будет осуществляться занесение параметров «социальный статус» (таблица подстановки покажет поля, предназначенные для выбора: «работающий», «неработающий», «пенсионер», «инвалид» и прочие). При заполнении параметра: «Диагноз, с которым направлен больной в санаторий», коды основных классов болезней будут связаны с электронной версией МКБ-10. Программа будет настроена таким образом, что на этом, завершающем этапе работы АРМа «Регистратор», на дисплее регистратора будет итоговая информация о том, в какое отделение следует направить больного (кардиологическое, терапевтическое, профпатологии, неврологическое и прочее). Одновременно с этим, на рабочем месте врача, ведущего прием поступающих в отделение больных (АРМ «Врач») через локальные сети отобразится информация, занесенная на этапе регистрации больного.

Прибывший в отделение больной осматривается врачом, который уже получил о нем первичную информацию. Электронная версия осмотра больного будет входить в АРМ «Врач». После осмотра больного врач выбирает из электронной версии МКБ-10 диагноз, с которым поступил больной — «Диагноз при поступлении». Данный параметр непосредственно связан с предлагаемыми лечебно-реабилитационными комплексами, которые могут быть двух видов: стандартный (СК) и расширенный (РК). Стандартный комплекс включает в себя процедуры для пациентов с обязательным медицинским страхованием, а расширенный может включать в себя ряд дополнительных процедур, стоимость которых может включаться в стоимость путевки или оплачи-

ваться дополнительно. Необходимо отметить, что СК- и РК-комплексы сформированы таким образом, что врач на свое усмотрение сможет заменять (добавлять, отменять) препарат или процедуру в любой день пребывания больного в санатории.

Выборный пациентом комплекс лечения может здесь же распечататься в 3-х экземплярах (история болезни, лист назначения, санаторно-курортная книжка).

По окончании реабилитационного этапа эффективность проведенного лечения оценивается путем тестирования больного и объективных данных, также включенных в АРМ «Врач».

Первичные данные о больном, диагноз при поступлении, данные врачебного осмотра, выбранный комплекс лечения занесены в базу данных уже в первый день поступления больного. За три дня до окончания лечения врачами отделений будет проводиться тестирование с оценкой эффективности лечения и будет сформирована выписка из истории болезни, которая может быть распечатана в необходимом количестве экземпляров.

«Пилотный» проект программного обеспечения предполагается отработать и запустить на базе отделения профпатологии.

## ВЫВОДЫ:

Таким образом, предложенный проект компьютерной программы восстановительного лечения «Элсан» позволит обеспечить:

- необходимый объем стандартов восстановительного лечения;
- оперативный прием одновременно поступающего потока больных (30-40 человек в одно отделение), прибывших на долечивание;
- сокращение временных затрат на бумажную работу, высвобождение времени на осуществление более качественного лечения;
- оценку качества проведенного лечения;
- создание базы данных на пролеченных больных с возможностью последующего анализа и статистической обработки данных;
- улучшение преемственности по переадресации пролеченных больных из санатория в поликлиники;
- значительное улучшение информационного обслуживания руководства для принятия управленческих решений и сократить время для подготовки ответов на запросы от нескольких часов до нескольких минут.

ЗАЙЦЕВ Н.М., БАХОВУДИНОВА О.В., ЧЕРНО В.А.,  
СУХОРЕБРИКОВА Л.Ю., КОЛЕСНИКОВА М.А.  
ОАО «Санаторий «Прокопьевский»,  
г. Прокопьевск

## ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Социальная служба России имеет многовековую историю. Истоком ее можно считать издание указа Петра I от 8 июня 1701 года об определении в домовые богадельни нищих, больных и престарелых, которые не могут ходить на соби́рание милостыни.

С каждой новой ступенью развития общества увеличивается количество и повышается качество оказываемых услуг пожилым гражданам. Так, если в первые постсоветские годы в интернатах думали лишь о том, чтобы накормить и обогреть, то с возрастанием вклада государства в социальную сферу, появлением платежеспособных граждан и возрождением меценатства, приоритетной задачей становится повышение качества жизни пожилого человека.

Старение является естественным процессом. Ожидаемый прирост доли пожилых людей в ближайшие годы обуславливает повышенное внимание к ним медицины, государства и социальной службы. По некоторым оценкам, например, только в США количество населения старше 60 лет к 2030 году достигнет 70 миллионов человек, а ли-

ца старше 85 лет составляют самую быстрорастущую группу населения.

В настоящее время есть большая потребность в патронажных услугах для пожилых пациентов, которые годами не выходят из дома, не могут себя полностью обслуживать, хотя у них есть близкие родственники. Наличие сердечно-сосудистой патологии и заболеваний опорно-двигательного аппарата требуют постоянного медицинского наблюдения, в связи с чем назревает потребность в организации геронтологического отделения на базе уже существующего и имеющего богатый опыт и традиции отделения «льготной» категории граждан ОАО «Санаторий Прокопьевский».

Целью создания геронтологического отделения является повышение качества жизни пожилых людей, оказание им социальной, бытовой, медицинской и психологической помощи.

Принципы организации деятельности:

- комплексный подход к достижению указанной цели;
- максимальное использование имеющихся в санатории ресурсов;



- высокие профессиональные качества персонала;
- индивидуальный подход, внимание и забота о каждом пациенте.

Основные направления деятельности:

1. Создание «клуба» для сохраненных физически и психологически, но страдающих от одиночества пожилых людей.
2. Палаты для пациентов с различными заболеваниями (сердечно-сосудистая патология, заболевания опорно-двигательного аппарата, нарушение памяти, снижение слуха и зрения), способные к самообслуживанию.
3. Палаты для пациентов, нуждающихся в постоянной посторонней помощи.

Проживание пациентов в 1-2-местных комфортабельных палатах. Имеется библиотека, клуб, комната отдыха и психологической разгрузки, зал

лечебной физкультуры. Наличие автотранспорта обеспечит возможность посещения выставок, театра, музея. Отдыхающие будут активно привлекаться к планированию культурно-досуговых мероприятий.

Объем медицинского обследования и лечения будет осуществляться лечащим врачом, физиотерапевтом, психологом и инструктором ЛФК.

В восстановительную программу планируется включение различных методов физической реабилитации: лечебная физкультура, дозированная ходьба и велотренировки, а также массаж, лазеротерапия, фитотерапия, аэроионотерапия, сухие углекислые ванны, ингаляции и спелеотерапия.

Использование комплексного подхода к проблемам пожилого человека конечной целью имеет возвращение его к активной и полноценной жизни, повысить качество жизни.

КАЛИНКИН Д.Е., ХЛЫНИН С.М., АСТАФУРОВ А.Н.  
*Сибирский государственный медицинский университет,  
г. Томск*

## СТАЦИОНАР НА ДОМУ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**С**оциально-экономический кризис в стране отразился и на сфере здравоохранения. Недостаточное финансирование отрасли диктует необходимость оптимизации использования ресурсов здравоохранения и в первую очередь, как самого затратного, коечного фонда.

В связи с этим, назрела необходимость изменения приоритетов в направлении более широкого внедрения в практику малозатратных стационаро-замещающих технологий, в том числе и стационаров на дому (СД), что особенно актуально для людей пожилого возраста. Специальные медико-социальные исследования показывают, что нужда пожилых людей в оказании им медицинской помощи на 50 % выше, чем у населения среднего возраста, а потребность в госпитализации среди людей 60 лет и старше почти в 3 раза превышает среднюю потребность в популяции. Кроме того, лечение в стационаре на дому позволяет сохранить домашний режим и не нарушает привычный для людей старших возрастов образ жизни.

Цель организации СД — укрепление здоровья населения путем обеспечения его стационарной помощью в домашних условиях. Основными задачами деятельности СД являются: оказание в домашних условиях квалифицированной и специализированной медицинской помощи; проведение ряда мероприятий по медицинской, социальной и

бытовой реабилитации; осуществление качественного долечивания больных после выписки их из стационара больницы; пропаганда мер по профилактике заболеваний.

СД организуются при наличии следующих условий: пребывание в условиях СД положительно скажется на состоянии здоровья больного человека пожилого возраста; существует возможность на должном уровне обеспечить пациента необходимыми диагностическими, лечебными и профилактическими мероприятиями; бытовые условия позволяют организовать полноценное лечение и уход за больными; после выписки из стационара больницы отсутствие круглосуточного медицинского наблюдения не повлечет за собой ухудшение течения патологического процесса.

Организация СД рекомендуется: для больных, нуждающихся в постельном режиме и ежедневном врачебном контроле за состоянием здоровья, однако не требующих круглосуточного наблюдения медицинского персонала; для больных, не нуждающихся в постельном режиме, состояние здоровья которых может ухудшаться в случае посещений ими амбулаторно-поликлинических учреждений.

Пациенты, поступающие в СД для долечивания или реабилитации, как правило, обследованы и им уже рекомендовано лечение или комплекс реабилитационных процедур. Врач СД корректив-



рует назначенное лечение в зависимости от состояния пациента и возможностей ухода за ним. Медицинская сестра СД организует проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. Заведующий профильным отделением поликлиники составляет единый график обеспечения больных, находящихся на стационарном лечении дома. При этом учитывается время, затрачиваемое на выполнение различных видов лечебно-диагностических процедур, а также время на поездки.

Оборудуется специально выделенный для этих целей автотранспорт. Он должен быть снабжен носилками (подвесными), одеялом, подушкой. Оборудование автотранспорта содержит компоненты средств диагностического, лечебного, реабилитационного характера, включает набор медикаментов для оказания скорой и неотложной помощи. Лабораторно-диагностическое оборудование пе-

редвижного клинико-диагностического комплекса (ПКДК) (микроскоп, фотоэлектроколориметр, центрифуга, термостат и др.) должно обеспечить в условиях СД применение унифицированного метода в целях выполнения анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, а при наличии в ПКДК источника электроэнергии – специальных исследований крови ( $\alpha$ -амилаза, коагулограмма, билирубин, креатинин, глюкоза крови). Для больных СД организуется прокат аппаратуры для отпуска в домашних условиях физиотерапевтических процедур (лампы соллюкс, электрофорез, кварц, защитные приспособления при проведении некоторых процедур).

Таким образом, развитие сети стационаров на дому является одним из условий повышения качества жизни пожилых людей и способствует увеличению доступности для них стационарной помощи.

КУЗЬМЕНКО О.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Кафедра лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии,  
г. Новокузнецк*

## СОЧЕТАНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

**В**ажной медицинской, социальной и экономической проблемой остаются успешное лечение и реабилитация больных остеоартрозом (ОА) – самым распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата. В настоящее время разрабатываются комплексные программы восстановительного лечения и реабилитации для больных ОА с учетом особенностей действия каждого лечебного фактора, его возможностей усиливать компенсаторные и адаптационные способности организма. Для повышения эффективности лечения необходим комплексный подход к решению этой сложной и социально значимой проблемы, а также поиск новых перспективных и относительно безопасных факторов, к числу которых относятся физиотерапевтические факторы.

**Целью исследования** явилась отработка методов повышения эффективности лечения деформирующего остеоартроза крупных суставов у больных с различной степенью выраженности патологического процесса, за счет воздействия электромагнитным излучением на суставы, область печени и офтальмохромотерапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 56 человек в возрасте от 48 до 72 лет. Из них, 48 женщин и 8 мужчин с диагнозом деформирующий остеоар-

троз коленных (18 человек) или тазобедренных суставов (38 человек) II-III степени выраженности процесса в периоде клинических проявлений. Пациенты от 59 до 72 лет имели инвалидность 2-3 группы по данному заболеванию (42 человека).

Всем больным проводилось исследование статико-динамической функции до начала лечения и после курса лечения методом стабилотрии с оценкой флексорной установки, асимметрии нагрузки на стопы, коэффициента весовой нагрузки на стопу, вертикальной стойки, а также функциональное исследование данных показателей в позе Ромберга; подсчитывался индекс Лекена, учитывающий выраженность болевого симптома в покое и при двигательной нагрузке (от 0 до 8 баллов). Контрольную группу составили 49 пациентов, имевших аналогичный диагноз и получавших лечение общепринятой методикой воздействия ДМВ (дециметровые волны) на пораженный сустав.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ показателей до и после лечения выявил высокий эффект сочетанного воздействия ДМВ и офтальмохромотерапии. Так, улучшилась функция сустава у больных основной группы: нормализовались флексорные установки таза и выравнялась асимметрия распределения весовой нагрузки на конечности (уменьшение показателя флексорной установки:  $10 \pm 1,4^\circ$  против

$22 \pm 2,3^\circ$  в контроле,  $P < 0,01$ ; уменьшилось преобладание носовой нагрузки на стопу:  $1,58 \pm 0,4$  против  $0,47 \pm 0,14$  в контроле,  $P < 0,01$ ; уменьшилась асимметрия распределения веса с опоропреобладанием на большую конечность до  $27 \pm 3,6\%$  против  $52 \pm 7,4\%$  в контроле,  $P < 0,01$ ; нормализовался показатель вертикальной стойки за счет снижения тремора мышц, который в основной группе не определялся, в отличие от тремора в контроле).

Повысилась адаптация реакций на функциональные нагрузки, о чем можно судить по определению перечисленных ранее показателей в позе Ромберга (ухудшение показателя флексорной установки составило  $12 \pm 1,3^\circ$  против  $22 \pm 1,0^\circ$  в контроле,  $P < 0,01$ ; уменьшилось преобладание носовой нагрузки на стопу большой конечности:  $0,98 \pm 0,2$  против  $0,44 \pm 0,02$  в контроле,  $P < 0,01$ ; уменьшилась асимметрия распределения веса с опоропреобладанием на здоровую конечность до  $48 \pm 2,3\%$  против  $72 \pm 4,9\%$  в контроле,  $P < 0,01$ ; сохранялась вертикальная стойка без выраженного напряжения мышц конечностей в отличие от усиления тремора в контроле).

Имел место выраженный обезболивающий эффект. После 7 процедуры у всех больных основ-

ной группы индекс Лекена составил 1-2 балла против 6-7 баллов в прототипе,  $P < 0,01$ . Стойкая положительная ремиссия клинических симптомов достигала 98 % больных основной группы против 27 % в контроле (в основной группе ремиссия составила 8-10 месяцев против 1-2 месяцев в прототипе,  $P < 0,01$ ).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, применение у больных деформирующим остеоартрозом сочетанного воздействия дециметровых волн на область пораженных суставов и область печени и офтальмохромотерапии узкополосным диапазоном электромагнитного излучения синего спектра в режиме альфа-ритма позволяет повысить эффективность физиотерапевтической реабилитации, заключающаяся в усилении обезболивающего эффекта, нормализации статико-динамической функции опорно-двигательного аппарата, а также повышении адаптации реакций на функциональные нагрузки, восстановлении нарушенных корко-висцеральных взаимосвязей. Методика может применяться у геронтологической группы больных, у которых имеются ограничения в применении физиотерапевтических факторов за счет сопутствующей патологии.

ПЕТРОВ К.Б., КОРЕНЕВА С.Н.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
МУЗ Городская клиническая больница № 5,  
г. Новокузнецк*

## ПРИМЕНЕНИЕ ОФТАЛЬМОФОТОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

**П**о современным данным, основой здоровья является адаптация, представляющая собой комплекс неспецифических и специфических изменений организма в результате длительного действия относительно неизменного по силе и специфике раздражителя (С.Е. Павлов с соавт., 1992, 1997). Это нестабильное функциональное состояние (Л.Х. Гаркави с соавт., 2002). Спортивная тренировка фактически выступает в роли возмущающего фактора, призванного добиться в организме спортсмена определенных адаптационных изменений.

Впервые неспецифическая реакция организма (стресс) на качественно различные сверхсильные раздражители была описана Г. Селье в 1936 году. Дальнейшее развитие эта концепция получила в теории общих адаптационных реакций Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной и М.А. Уколовой (1979). По их мнению, организм человека в каж-

дый момент времени находится в одном из состояний — тренировке, спокойной активации, повышенной активации или стрессе.

Согласно данным литературы (В. Коновалов, 1998), у спортсменов, хорошо переносящих нагрузки тренировочного и соревновательного периодов, наиболее типичны реакция тренировки (РТ) и реакция спокойной активации (РСА), а при ухудшении толерантности к ним — реакция повышенной активации (РПА). Что касается стресса, то его частота у спортсменов даже в соревновательном периоде не превышает 3,2 % (Т.Н. Кузнецова, 1989; С.Е. Павлов с соавт., 1992).

В процессе адаптации некоторые функции могут истощаться, и тогда функционирование организма протекает на предпатологическом и патологическом уровнях.

**Цель исследования** заключалась в предварительном изучении адаптивных влияний офталь-

мофотостимуляции (ОФС) на психоэмоциональную сферу, координаторные возможности и зрительный анализатор у спортсменов высокой квалификации в период интенсивных тренировок.

#### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 29 воспитанников школы олимпийского резерва в возрасте от 16 до 20 лет. Отбор кандидатов для исследования предусматривал отсутствие каких-либо соматических заболеваний, за исключением нарушения рефракции (миопия) слабой степени выраженности – 8 случаев (27,5 %).

Ритмическое цветовое воздействие осуществлялось устройством психоэмоциональной коррекции «АПЭК». Аппарат состоит из непрозрачных очков с помещенным светодиодом красного, зеленого, синего или желтого свечения в центре оптического поля зрения каждого глаза. Электронная часть устройства обеспечивает ритмическое предъявление фотостимула с частотой  $9,2 \pm 0,2$  Гц. Регуляция интенсивности импульса (пауза – слабый – сильный фотостимул), а также длительность попеременной стимуляции каждого глаза (3,5-6 с) осуществляется автоматически.

Продолжительность однократных ежедневных сеансов составляла 8 минут в течение 10 дней. Предпочтение цвета определялось самими испытуемыми. Обычно процедура ОФС проводилась в первую половину дня после утренней тренировки.

Общая неспецифическая реактивность организма оценивалась по данным лейкограммы (Л.Х. Гаркави с соавт., 2002).

Контроль динамики волевой и эмоциональной сферы спортсменов осуществлялся при помощи цветового теста Люшера (М. Люшер, 1996) и теста САН (Доскин В.А., 1973; А.Б. Леонова, 1984). Для исследования статико-координаторных функций использовался метод стабิโลграфии (Д.В. Скворцов, 1996, 2002). Для оценки функционального состояния супрасегментарных структур центральной нервной системы (ЦНС) проводилась методика исследования мигательного рефлекса (МР) (Л.О. Бадалян с соавт., 1986; Р.А. Якупов, 1999). Для изу-

чения цветовой и контрастной чувствительности зрительного анализатора был применен метод компьютерной цветовой кампиметрии (А.Б. Прокофьев, 1998).

Все перечисленные исследования выполнялись в начале и в конце курса ОФС, а стабילוграфия еще и после однократного сеанса.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование показало, что курсовое применение ОФС с помощью светодиодного устройства «АПЭК» у спортсменов повышает активность симпатической нервной системы на 41 %, облегчает выбор при принятии решений на 11,8 % (по данным теста Люшера), а также совершенствует цветочувствительность сетчатки глаз на 37,6 % (по данным компьютерной кампиметрии). Кроме того, она способствует улучшению устойчивости тела во фронтальной плоскости и оптимизирует проприоцептивную составляющую регуляции статической функции (по данным стабילוграфии).

ОФС содействует нормализации полисинаптической рефлекторной возбудимости супрасегментарных отделов ЦНС (по данным исследования мигательного рефлекса). Появление же в результате лечения у одного из испытуемых гиперсинхронного типа МР может свидетельствовать о высокой согласованности ритмов и указывает на формирование антистрессорных реакций с высоким уровнем реактивности (А.И. Труханова, 2004).

Увеличение в результате курса ОФС количества случаев РТ и РПА на 6,3 % и 4,3 %, соответственно (по данным лейкограммы), свидетельствует о неоднородности группы обследованных спортсменов по степени спортивного мастерства или интенсивности физических нагрузок. У наиболее тренированных из них, при отсутствии напряженных нагрузок, ОФС облегчала переход к энергосберегающему режиму жизнедеятельности (РТ). В случаях же усиления физической активности или недостаточной толерантности к ней под влиянием ОФС происходит мобилизация резервных возможностей органов и систем (РПА).

ЧЕЧЕНИН Г.И., ВИБЛАЯ И.В.

*Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,  
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
г. Новокузнецк*

## НЕОБХОДИМОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ

**В** условиях реформирования здравоохранения и реализации национального проекта «Здоровье» роль и значение первичной ме-

дико-санитарной помощи значительно возрастают. Это связано не только с объемом оказываемой помощи врачами-терапевтами участковыми,

которая составляет в поликлинических учреждениях более 30 %, а на дому — все 80, но и с изменением видов их деятельности и возложением на них новых функциональных обязанностей. Врач-терапевт участковый остается главным действующим лицом (субъектом) при организации оказания первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и проведении профилактических мероприятий.

В круг функциональных обязанностей врача-терапевта участкового, в соответствии с «Положением об организации деятельности врача-терапевта участкового» (приказ Минздравсоцразвития от 07.12.05 № 765), входит:

- формирование врачебного участка из прикрепленного населения;
- проведение гигиенического воспитания (санитарно-гигиеническое образование) и консультаций граждан своего участка по вопросам формирования здорового образа жизни;
- реализация профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организация школ здоровья;
- проведение диспансеризации пациентов, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг в установленном порядке;
- организация и проведение лечебно-диагностического процесса, оказание неотложной медицинской помощи пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому, а также при необходимости консультативной помощи;
- организация и проведение противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики в установленном порядке;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу, подготовка заключения о необходимости направления пациентов по показаниям на санаторно-курортное лечение;
- обеспечение взаимодействия с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной системой здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, другими организациями;
- организация и оказание, совместно с органами социальной защиты, социально-медицинской помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам и т.п.;
- руководство деятельностью среднего медицинского персонала;
- ведение медицинской документации в соответствии с регламентирующими документами и анализ состояния здоровья прикрепленного насе-

ления, а также деятельности врачебного участка.

Для эффективного выполнения выше перечисленных функциональных обязанностей и видов деятельности врача-терапевта участкового необходимо иметь адекватное информационное обеспечение. Под адекватным информационным обеспечением понимается: полнота, достоверность своевременности представления информации, удобный вид восприятия, минимальная трудоемкость при выполнении функциональных обязанностей.

С учетом вышеперечисленных функций и видов деятельности, все информационное обеспечение (ИО) будет состоять из 4 взаимосвязанных блоков:

**Первый блок** — это информация о численности, составе и структуре прикрепленного населения, которая представлена в паспорте участка, ряде персонализированных компьютерных баз данных. Первичным медицинским документом является медицинская карта амбулаторного больного (уч. ф. № 25), первичными учетными документами будут ф. № 30 и др. С использованием информации данного блока проводится динамическая оценка состояния здоровья как индивидуума, так социальных групп и приписного населения участка в целом.

**Второй блок** — нормативно-правовая информация, регламентирующая порядок деятельности в процессе оказания первичной медико-санитарной помощи, содержащаяся в Федеральных законах, Приказах Минздравсоцразвития России, органов здравоохранения субъекта Федерации, Муниципального органа, руководителей ЛПУ.

К ним, прежде всего, относятся: Приказы Минздравсоцразвития России (от 07.12.05 № 765) «Об организации деятельности врача-терапевта участкового»; (от 30.12.05. № 816) «Об утверждении Методических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми и учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь»; (от 13.09.05. № 578) «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта»; (от 15.11.05. № 2578-Пр/05) об утверждении электронной версии Справочника лекарственных средств для льготников; (от 27.01.06 № 43) «Об организации работы по направлению больных в санатории Росздрава»; письмо Минздравсоцразвития России (от 06.12.05. №6030) «О порядке осуществления денежных выплат отдельным категориям медицинских работников первичного звена здравоохранения» и многие другие, знание которых является необходимым условием эффективной деятельности врача-терапевта участкового.

**Третий блок** — технологическая информация для выполнения основных функций: лечебно-ди-



агностической и профилактической. Это — стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях и состояниях, методические рекомендации о внедрении новых медицинских технологий, научные статьи и обзоры о новых лекарственных препаратах и т.п.

**Четвертый блок** — ИО врача-терапевта участкового — финансово-экономическая информация: объем оказанных медицинских услуг в других медицинских учреждениях и их себестоимость; эффективность лечебно-профилактических мероприятий, выполненных пациентам приписного участка, и т.д.

Существующее ИО врача-терапевта участкового не обеспечивает его оптимальное функционирование, а, наоборот, врачу приходится затрачивать значительную часть времени на ведение различных документов и получение необходимой информации, даже при наличии персональных компьютеров. При этом какая-то часть ИО врача все-таки оптимизируется — создание базы данных, учет посещений и т.п., но этого крайне недостаточно. Отсюда становится очевидным, что необходимость совершенствования информационного обеспечения врача-терапевта участкового является весьма актуальной и важной задачей.

Некоторые соображения по принципиальным подходам к созданию информационного обеспечения врача-терапевта участкового:

1. Информационное обеспечение создается по иерархическому принципу с использованием метода распределенной обработки данных и хранения информации с учетом требований Фе-

деральных законов об информации и персонализированных баз данных:

- у врача-терапевта участкового на персональных компьютерах создаются и поддерживаются в актуальном состоянии паспорт участка и персонализированная БД о приписном населении, обеспечивается доступ к серверу ЛПУ и серверу муниципального органа управления здравоохранением через корпоративную вычислительную сеть;
- на уровне ЛПУ создаются и поддерживаются в актуальном состоянии данные и необходимые сведения для четвертого блока ИО, а также частично для третьего блока;
- на сервере органа управления создается и поддерживается БД обо всех случаях обращения пациентов, как к врачу-терапевту участковому, так и к другим специалистам и в другие учреждения муниципального образования. Кроме того, здесь в полном объеме содержится информация, необходимая для 2-го и 3-го блоков ИО врача-терапевта участкового.

2. Создание и поддержание единой нормативно-справочной информации, а также долговременное хранение и архивация данных обеспечиваются на уровне органа здравоохранения муниципального образования.

3. Межведомственная информационная взаимосвязь поддерживается на уровне органа здравоохранения муниципального образования и субъекта федерации с обеспечением санкционированного доступа к информационным ресурсам.







## ОГЛАВЛЕНИЕ

### ЧАСТЬ 1

#### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

**БЕРЕЗИКОВА О.А., ПАНЧУК М.Н., АНКИНА Т.И.**

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ –  
ПРИОРИТЕТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ..... 3

**БУХТИЯРОВА Э.В.**

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБРАЩЕНИЙ ПЕНСИОНЕРОВ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ..... 4

**ВИБЛАЯ И.В., ЧЕЧЕНИН Г.И.**

РОЛЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ  
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ ..... 5

**ЗАЙЦЕВ Н.М., АВДОНЧЕНКО Т.С.**

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО  
ВОЗРАСТА С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ..... 6

**ЗАХАРЕНКОВ В.В., РАЗУМОВ В.В., ЦАЙ Л.В.**

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ  
ГУ НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН ..... 7

**КОЧЕТКОВА О.Ю., ЩЕБЕНЬКОВ В.Н.**

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ  
В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 2 ВЕТЕРАНОВ ВОЙН Г. ПРОКОПЬЕВСКА ..... 8

**МАРЦИЯШ А.А.**

«КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА ..... 9

**МЕДВЕДЕВА Л.П., ЛАВРЕНОВА А.В., ТРОФИМОВА Е.Р.**

ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ..... 12

**ОВЧИННИКОВА И.П., КУВШИНОВА Т.И., ВАСИЛЬЕВА Л.Л., ХОМЧЕНКО Г.Н.**

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ  
И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ ПЕНСИОНЕРОВ ..... 13

### ЧАСТЬ 2

#### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ

##### КАРДИОЛОГИЯ

**БАХОВУДИНОВА О.В., ХАНЧЕНКОВ Н.С., ЗАЙЦЕВ Н.М., ТАРАСОВ Н.И.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ..... 14

**ГЕРАСИМОВА И.В., ТОРОПЧИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Н.В., ДУДОШНИКОВА И.А., ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТРАЛИНА (СЕРЛИФТА) У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН  
С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ..... 15

**ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В., КОНОВАЛОВА А.А., СОЛОМАТИНА Е.Б.**

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛИНИКО-  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ... 16

**ДУДОШНИКОВА И.А., БОДАК Н.В.**

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ..... 17

**ЗАЙЦЕВ Н.М., РАЙДЕР М.А., БАХОВУДИНОВА О.В., КУЛИКОВА Н.А.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ..... 17

**КРИВОНОСОВ Д.С., ТАРАСОВ Н.И., БАРБЕРАШ Л.С.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА  
ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ... 18



<b>КРИВОНОСОВ Д.С., ТАРАСОВ Н.И., ЛОБАНОВ М.А., БАРБАРАШ Л.С.</b> ЭКСТРЕННОЕ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ .....	19
<b>ЛЕБЕДЕВА Н.Б., ТАРАСОВ Н.И., БАРБАРАШ О.Л.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ИНФАРКТМ МИОКАРДА .....	20
<b>ЛЕБЕДЕВА Н.Б., ТАРАСОВ Н.И., БАРБАРАШ О.Л.</b> ТИП КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА .....	20
<b>МАРЦИЯШ А.А., АНДРЕЕВА В.И., ГРИДНЕВА Т.Д.</b> ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ .....	21
<b>МАРЦИЯШ А.А., КРИКУНОВА З.П., ТАРАСОВ Н.И.</b> ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ .....	23
<b>ОГАРКОВ М.Ю., ПОЛИКУТИНА О.М., КАЗАЧЕК Я.В., БАРБАРАШ О.Л.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ .....	25
<b>ПЕРВОВА Н.Г., СУМИН А.Н., ФЕДИНА Н.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....	26
<b>ПОЛИКУТИНА О.М., ОГАРКОВ М.Ю., КАЗАЧЕК Я.В., БАРБАРАШ О.Л.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС И ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ .....	27
<b>ПРОТАСОВА Т.В., ШАФ Е.С., ГЕРГЕРТ И.А., ДИНОВА Е.С.</b> АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИЗОСОРБИДА-5-МОНОНИТРАТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....	28
<b>ПРОТАСОВА Т.В., ШАФ Е.С., ГЕРГЕРТ И.А.</b> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	29
<b>СКУДАРНОВА О.А., СУМИН А.Н., ХАЙРЕДИНОВА О.П., БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В., ПОПОВА Т.А.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ОТДЕЛЕНИИ НЕИНВАЗИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ .....	30
<b>СПОЕВА В.Н.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИПОЛЬЗОВАНИЯ КАРДИОСТАТИНА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....	31
<b>СУМИН А.Н., БАЙДИНА О.М., БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В., ПОПОВА Т.А., ХАЙРЕДИНОВА О.П.</b> ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА СТАРШЕ 70 ЛЕТ .....	32
<b>ТАРАСОВ Н.И., ГЗОГЯН М.Н., ТЕПЛЯКОВ А.Т., МАКАРОВ С.А., ХОРОШАЯ Л.Н., СПОЕВА В.Н., БАРБАРАШ Л.С.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ $\alpha$ 1-, $\beta$ 1-, $\beta$ 2-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ КАРВЕДИЛОЛОМ С ИНГИБИТОРОМ АПФ КВИНАПРИЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛ .....	33
<b>ТАРАСОВ Н.И., КРИВОНОСОВ Д.С., БАРБАРАШ Л.С.</b> ИНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА .....	34
<b>ТАРАСОВ Н.И., ГЗОГЯН М.Н., ТЕПЛЯКОВ А.Т., МАКАРОВ С.А., ХОРОШАЯ Л.Н., СПОЕВА В.Н., БАРБАРАШ Л.С.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ДОЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 .....	34
<b>ТОРОПЧИНА Н.А., ГЕРАСИМОВА И.В., МИТРОФАНОВА Н.В., ДУДОШНИКОВА И.А., ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В.</b> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМВАСТАТИНА (СИМВОРА) В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН .....	35



<b>ТРУШИНА О.А., ПОЛИКУТИНА О.М., ЦЫГАНКОВА Т.Н., ЧИСТЮХИН О.М.</b> ЗНАЧЕНИЕ ЧРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ФОРМ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ .....	36
<b>ФОМИНА Н.В., АЛТАРЕВ С.С., БАРБАРАШ О.Л.</b> ВЛИЯНИЕ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТЕЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....	37
<b>ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., КОСТИН В.И.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ АРИТМОГЕННОСТИ МИОКАРДА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	38
<b>ШАФ Е.С., БАРБАРАШ О.Л.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ .....	39
<b>НЕВРОЛОГИЯ</b>	
<b>БУТИНА Л.В., ЯКУШЕВА Т.С.</b> ДОФАМИН И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ .....	41
<b>ВАСЕНИНА Е.Д., КУДРЯВЦЕВА Г.Ю., НАЗИМКИНА Е.В., ВОЛОДИНА Н.Н., КОМИСАРОВА С.Д.</b> ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ «ГИМНАСТИКА ДЛЯ МОЗГА» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	42
<b>ЗАЙЦЕВ Н.М., ХНЫКИНА Т.Н.</b> ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ .....	43
<b>КАЛИНИНА О.С., ПЕТРОВ К.Б.</b> ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА С УЧЕТОМ СПИНАЛЬНЫХ БИОРИТМОВ И ТОПОГРАФИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕФЛЕКТОРНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ .....	43
<b>МИТИЧКИНА Т.В., ПЕТРОВ К.Б.</b> КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ПАХОВЫХ БОЛЕЙ .....	44
<b>СЕРЖАНТОВА А.В., КРАВЧЕНКО Н.А., ЗАЙЦЕВ Н.М.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ БЛОКАД У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК .....	45
<b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ</b>	
<b>АНДРЕЕВА В.И., ЛАСТОЧКИНА Л.А., МАРЦИЯШ А.А.</b> РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА АССОЦИИРОВАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ .....	47
<b>БРЫЗГАЛИНА С.М., КАШИРИНА Е.П., МАКЛАКОВА Т.П., ШИМОТЮК Е.М., БРЫЗГАЛИНА Е.Н.</b> К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ .....	49
<b>КАШИРИНА Е.П., БРЫЗГАЛИНА С.М., МАКЛАКОВА Т.П., ШАХВОРОСТ Н.П., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА .....	50
<b>МАКЛАКОВА Т.П., КАШИРИНА Е.П., БРЫЗГАЛИНА С.М., БИЧАН И.В., ГАМИДОВА И.И.</b> ТИРЕОТОКСИКОЗ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ .....	51
<b>ТЕРАПИЯ</b>	
<b>АРХИПОВ О.Г., СНИЦКАЯ Н.А., СУМИН А.Н.</b> ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....	53
<b>ЗАЙЦЕВ Н.М., КОЛЕСНИКОВА М.А.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ .....	54



<b>КУЗНЕЦОВА О.В., ШАНГИНА О.А., ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯТОРА СПИРИВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) .....	55
<b>КУЗЬМИЧЕВА Т.В.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ .....	55
<b>ЛАВРЕНОВА А.В., ТРОФИМОВА Е.Р.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ .....	57
<b>СНИЦКАЯ Н.А., АРХИПОВ О.Г., СУМИН А.Н.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ .....	58
<b>ТЕПЛОВ А.В., БЛАЗАРЕНКО М.В., БЛАЗАРЕНКО Р.Г.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНУИТОМ .....	59
<b>ШЕЛИХОВ В.Г., ЗАГИДУЛЛИНА А.Г., АНИКИНА Е.Б., РЫБНИКОВА Н.С., КУЗНЕЦОВА Т.П.</b> БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ. ТЕРАПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ .....	60
<b>ПРОФПАТОЛОГИЯ</b>	
<b>ЗАХАРЕНКОВ В.В., ШПАГИНА Л.Н.</b> РАЗРАБОТКА ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ) .....	61
<b>ПРОКИНА Н.П.</b> МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	62
<b>СУВОРОВА Л.А.</b> МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ В ПРОФПАТОЛОГИИ .....	63
<b>ХАНЧЕНКОВ Н.С., БОЛЬШАКОВА Е.В., СЕМЕНИХИН В.А.</b> МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	65
<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
<b>КАРАСЬ И.Ю., РАВИНГ Л.С., КАРАСЕВА Ю.А.</b> ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ .....	66
<b>ТРАВМАТОЛОГИЯ</b>	
<b>ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М., ЗОЛОВЕВ Г.К.</b> ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ .....	67
<b>ВОДЯНОВ Н.М., ГОЛЬВИДИС С.Л.</b> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ДИСТАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	68
<b>ЗОЛОВЕВ Г.К., БАТИСКИН С.А., СТЕПАНОВ А.В., ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.</b> АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ХИРУРГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ...	69
<b>КОМКОВ А.Р., РУДАЕВ В.И., ГРУДИН Ю.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ .....	70
<b>МИТРОФАНОВА Н.В., РАСКИНА Т.А.</b> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ .....	71



---

<b>МИТРОФАНОВА Н.В., РАСКИНА Т.А.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИОСТЕОАРТРОЗОМ .....	72
<b>РОМАШКИНА Л.В., ПОМЫТКИНА Н.Ю., ПЕТУНЬКИН С.Н., ЛАЗАРЕВА С.В., ШИНКАРЮК Л.А.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА .....	73
<b>СТЕПАНОВ А.В., МАСЛЕННИКОВА В.Г., СОКОЛОВ К.В., БЕРМАН А.М.</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ .....	73
<b>ЧАСТЬ 3</b>	
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ</b>	
<b>БЕЛЯВСКИЙ А.И.</b> МЕТОДОЛОГИЯ ВЫБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП .....	75
<b>БУХТИЯРОВА Э.В.</b> ПРОЕКТ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ .....	76
<b>ЗАЙЦЕВ Н.М., БАХОВУДИНОВА О.В., ЧЕРНО В.А., СУХОРЕБРИКОВА Л.Ю., КОЛЕСНИКОВА М.А.</b> ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА .....	77
<b>КАЛИНКИН Д.Е., ХЛЫНИН С.М., АСТАФУРОВ А.Н.</b> СТАЦИОНАР НА ДОМУ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	78
<b>КУЗЬМЕНКО О.В.</b> СОЧЕТАНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ .....	79
<b>ПЕТРОВ К.Б., КОРЕНЕВА С.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ОФТАЛЬМОФОТОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА .....	80
<b>ЧЕЧЕНИН Г.И., ВИБЛЯЯ И.В.</b> НЕОБХОДИМОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ .....	81

