



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
www.medpressa.kuzdrav.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., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответственный секретарь,
Подолужный В.И. – зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.,
Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), V. Vaks (London, Great Britain).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН

Спецвыпуск № 6 – 2009



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 6-2009: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ И ГРАЖДАНМ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ. Материалы научно-практической конференции, посвященной 10-летию ОКГВВ, Кемерово, 20 октября 2009 г. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2009. — 104 с.

Спецвыпуск содержит материалы исследований по актуальным вопросам оказания медицинской помощи контингенту особого внимания и гражданам старшего поколения.

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., проф. Т.А. Раскина
к.м.н. Т.В. Протасова
к.м.н. И.А. Шибанова
к.м.н. И.Н. Кожина
М.А. Волькова
Л.Ю. Сумина



ШИБАНОВА И.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ИТОГИ 10 ЛЕТ РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

История областного клинического госпиталя для ветеранов войн за годы его существования отмечена большими производственными и творческими достижениями, укреплением лучших традиций.

В 2007-2008 гг. был проведен капитальный ремонт терапевтического корпуса госпиталя. В корпусе капитально отремонтированы кровля, чердачное помещение, выполнена отделка фасада керамогранитом. Значительно, на 500 кв.м., увеличена площадь внутренних помещений за счет остекления лоджий, смонтирована новая система вентиляции и водоснабжения. Уютными и комфортабельными стали палаты, рассчитанные на 2-3 человека; улучшились условия в помещениях, предназначенных для приема пищи и досуговой деятельности.

В общей сложности, на капитальный ремонт терапевтического корпуса госпиталя в 2008 г. из областного бюджета истрчено 55 млн. рублей. По программе «Здоровье кузбассовцев» в 2008 г. приобретено медицинского оборудования более чем на 10 млн. рублей. В госпитале появились новый многофункциональный ультразвуковой аппарат, новая рентгеновская установка для проведения рентгеноскопических исследований.

Особую гордость вызывает современнейший бинокулярный микроскоп немецкого производства и хирургический лазер для микрохирургических операций на ЛОР-органах, радиохирургический аппарат «Сургитрон», электрохирургический аппарат «Эрбатом» для колопроктологического центра, швейцарская система для мониторингирования ЭКГ и артериального давления, оборудование для стерилизационного отделения, лаборатории, физиотерапевтического отделения. Полученное оборудование позволяет проводить эффективное и малотравматичное лечение нашим пожилым пациентам.

За 10 лет в стенах госпиталя поправили здоровье более 55 тыс. пациентов, большинство из них — представители контингента особого внимания (КОВ) и граждане старшего поколения. С 2002 года ведется выездная работа; многопрофильные врачебные бригады госпиталя более 60 раз выезжали в центральные районные больницы области, консультируя жителей сельских районов, максимально увеличивая доступность медицинской помощи, приближая ее непосредственно к пациенту. Во время выездов было осмотрено около 6 тыс. ветеранов.

Важной задачей, которая успешно выполнена, было открытие 2-х специализированных межтерриториальных отделений — на базе колопроктологического и ЛОР отделений. Признанием высокого профессионализма наших коллег явилось получение в 2008 г. лицензии на оказание высокотехнологичной помощи при заболеваниях ЛОР-органов и работа по внедрению метода кохлеарной имплантации. 12 декабря 2008 г. в нашем ЛОР-отделении выполнены первые 3 операции кохлеарной имплантации в Кемеровской области.

В феврале 2008 г. в ДОЗН КО подписан приказ об открытии на базе госпиталя Областного центра по профилактике и лечению остеопороза и ревматологических заболеваний под руководством профессора Т.А. Раскиной. Медицинская помощь этим больным включает, наряду со стандартными, высокотехнологичные лечебные методы.

Серьезная творческая работа проводится и в других отделениях: неврологическое отделение специализируется на диагностике и лечении когнитивных расстройств у участников боевых действий. Кардиологическое отделение занимается консервативным лечением больных кардиологического профиля, имеющих противопоказания к хирургическим методам лечения. Одна из масштабных программ — внедрение комплексной гериатрической оценки и программы реабилитации для пожилых пациентов терапевтического профиля. Программа направлена на предупреждение социальной и физической зависимости пожилых, и укладывается в рамки принятой концепции социально ориентированной медицинской помощи.

В последние несколько лет формируются выезды больных из представителей КОВ одной категории: членов семей погибших военнотружущих, участников боевых действий, ликвидаторов аварии и ЧАЭС и, конечно, инвалидов и участников ВОВ.

Работа госпиталя отмечалась наградами ДОЗН КО, областного Совета, получена Золотая медаль и диплом 1 степени на международной выставке «Мединтекс» в 2008 и 2009 гг. Госпиталь первым из лечебных учреждений области награжден медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса III степени».

Обмену опытом, поиску новых стратегий ухода, лечения и диагностического поиска были посвящены врачебная и сестринская областные конференции, которые состоялись в госпитале в 2007 и 2008 гг., соответственно.





ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ





ВЕРЛАН Н.В., ЛЕМЕШКО Е.Х.

ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей»,
г. Иркутск

ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ИЗ КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ И ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ

Рациональная фармакотерапия связана с выбором эффективных и безопасных лекарственных средств, которые при этом соответствуют и критериям затратно-экономических показателей. Внедрение фармако-экономического анализа в работу учреждений практического здравоохранения — одна из основных задач, которую должны решать специалисты при оказании медицинской помощи пациентам из состава контингента особого внимания и пожилым больным. Характерной особенностью данной группы пациентов является наличие сочетанной патологии, что требует особого внимания в силу трудностей коррекции полиморбидных состояний.

Экономическая оценка в здравоохранении представляет собой способ определения денежной стоимости различных технологий, применяемых в медицине. Она может использоваться для анализа альтернативных методов лечения. Все затраты распределяются на прямые медицинские (расходы на содержание пациента в лечебном учреждении; стоимость лекарственных препаратов; медицинских процедур и т.д.) и косвенные медицинские (связанные с потерей трудоспособности). Выходные результаты измеряются критериями улучшения состояния здоровья.

Существуют четыре различных вида экономической оценки использования лекарственных средств:

- анализ по критерию «затраты-эффективность»;
- анализ минимизации затрат;
- анализ «затраты-полезность»;

- анализ «затраты-прибыль».

В работе применялся метод минимизации затрат. При этом варианте использование принципа учета альтернативности расходов позволяет оценивать стоимость ресурсов в виде их возможного наилучшего применения.

Для клинической оценки рациональности фармакотерапии больных, страдающих сочетанной патологией (артериальной гипертензией, хронической обструктивной болезнью легких, хронической церебральной ишемией), схемы лечения анализировались по критериям VEN-системы на основе протоколов ведения больных с различными заболеваниями. По этим критериям применяемые лекарства классифицируются на жизненно-необходимые, важные и второстепенные. При анализе назначения лекарственных средств по протокольным статьям установлено, что средний индекс соответствия формуляру составил 0,84.

Возможности аналоговой замены показали возможность варьирования финансовых затрат в широком диапазоне, стоимость терапии может различаться в 3-5 раз.

Таким образом, проведение фармако-экономического анализа позволяет исключить применение «лишних» медикаментов; назначение препаратов без должных оснований, оптимизировать использование финансовых ресурсов, проводить эффективную и безопасную лекарственную терапию пациентам из состава контингента особого внимания и пожилым больным.

ВОЛКОВА Н.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

РАБОТА КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Доля лиц пенсионного возраста в Кузбассе составляет около 20 % от общей численности населения. Эта категория населения особенно нуждается в оказании специализированной медицинской и социальной помощи. Значительная часть лиц пожилого возраста относится к «контингенту особого внимания» (КОВ) и составляет 112436 человек (по данным Пенсионного фонда за

2008 год). На базе Областных специализированных учреждений и муниципальных ЛПУ организована система оказания помощи КОВ на амбулаторно-поликлиническом этапе и в стационаре.

Государственное учреждение здравоохранения «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГУЗ ОКГВВ) является организационно-методическим центром оказания помощи в Ке-



меровской области. Консультативно-диагностическая поликлиника ГУЗ ОКГВВ по выполняемым функциям и контингенту обслуживаемого населения является:

- городской общепрофильной поликлиники для взрослых;
- консультативно-диагностической поликлиникой для КОВ Кемеровской области в составе ГУЗ ОКГВВ.

В соответствии с приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, Территориального Фонда ОМС от 14.03.2003 г. № 179 «О порядке проведения диспансеризации контингента особого внимания в ведении областного медицинского регистра этих контингентов», ГУЗ ОКГВВ проводит диспансеризацию КОВ, прикрепленных к поликлинике и получающих стационарное лечение в госпитале, формирует выездные бригады для оказания специализированной помощи жителям отдаленных сельских районов.

Удельный вес посещений, осуществленных относящимися к КОВ пациентами с территорий области, в 2008 г. составил 36,6 % (2007 г. — 31,9 %, 2006 г. — 43,1 %).

В структуре посещений на первом месте остаются труженики тыла — 38,8 % в 2008 г. (2007 г. — 34,4 %; 2006 г. — 42,2 %); на втором месте — вдовы Инвалидов ВОВ, Участников ВОВ, Героев Советского Союза, Героев Социалистического Труда, полных кавалеров орденов Славы — 14,4 % (2007 г. — 13,6 %; 2006 г. — 11,7 %); третье место — участники боевых действий (участники боевых действий и миротворческих миссий на территориях других государств, участники боевых действий в Чеченской республике и прилегающих территориях) — 11,6 % (2007 г. — 14,1 %; 2006 г. — 9,1 %).

Выездной бригадой ГУЗ ОКГВВ осмотрены пациенты с 13 территорий области (2008 г. — 2604 че-

ловек; 2007 г. — 2320 человек; 2006 г. — 1648 чел.). В течение трех лет количество осмотров населения отдаленных территорий увеличилось в 1,6 раза. В структуре осмотров диспансеризация КОВ составила 46 % (2007 г. — 50 %, в 2006 г. — 50 %), коррекция лечения — 27 % (2007 г. — 33 %; 2006 г. — 31 %), отбор на плановую госпитализацию — 19 % (2007 г. — 17 %; 2006 г. — 19 %), отбор пациентов на слухолучшающие операции — 8 % (2007 и 2006 гг. — по 0 %).

По результатам осмотров КОВ, первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (2008 г. — 920,9; 2007 г. — 812,9; 2006 г. — 760,5 на 1000 населения), что в 3,3 раза превышает показатель по г. Кемерово (278,8 на 1000 населения). На 2-м месте заболевания органов дыхания (2008 г. — 409,1; 2007 г. — 589,4; 2006 г. — 433,2 на 1000 населения), что в 2,3 раза выше городского уровня (187,7 на 1000). Третье место занимают заболевания костно-мышечной системы (2008 г. — 284,3; 2007 г. — 327,7; 2006 г. — 309,3 на 1000 населения), уровень заболеваемости в 1,9 раза превышает городской (150,7 на 1000). Высокий уровень заболеваемости обусловлен тем, что большая часть осматриваемых лиц относится к пожилому возрасту (84 %), для которого характерна множественность патологии («накопление болезней»): после 60 лет почти у каждого человека наблюдаются 4-6 заболеваний, число которых в дальнейшем увеличивается.

Перспективные направления:

- продолжить работу по диспансеризации КОВ (прикрепленных жителей и пациентов с других территорий области);
- для анализа проведенной диспансеризации применять новые аналитические формы (разработка форм совместно с КОМИАЦ проводится с 2009 года);
- продолжить выездную работу ГУЗ ОКГВВ.

ВОЛЫКОВА М.А., ШИБАНОВА И.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ С ПОЗИЦИЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Современные демографические процессы имеют устойчивую тенденцию к постепенному старению населения планеты. Рост удельного веса старшей возрастной группы во всех странах мира — объективный процесс. По данным ЮНЕСКО, лица в возрасте 60 лет и старше — самая быстрорастущая группа населения. К 2025 г.

их количество достигнет 1121 млн. человек. Следует отметить, что и на территории России поколение старшей возрастной группы возрастет с 10-14 % до 20 % и более.

По мере увеличения продолжительности жизни человека растёт вероятность одновременного заболевания ряда органов и систем, что может быть



связано как с возрастными изменениями, так и с увеличением длительности неблагоприятного воздействия условий жизни и производства. Большинство клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в пожилом и старческом возрасте происходит «накопление» болезней: после 60 лет у каждого человека наблюдаются 4-6 заболеваний, а с каждым последующим десятилетием их число увеличивается. Это явление в гериатрической практике получило название «полиморбидность». И хотя начало заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, приходится преимущественно на средний возраст (46-60 лет), результат их суммарного накопления начинает проявляться именно в пожилом возрасте.

Основными синдромами полиморбидности являются: нейро-психические (деменция, нарушение сна, снижение памяти), пульмонологические (бронхообструкция, эмфизема, хронический бронхит), кардиологические (артериальная гипертония, слабость синусового узла, ишемия миокарда, сердечная недостаточность), гастроэнтерологические (нарушение моторики ЖКТ, нарушение секреторной деятельности, нарушение синтетической функции печени), урологические и нефрологические (нарушение уродинамики, снижение экзо- и эндокринной функции почек), а также нарушения опорно-двигательной системы (остеоартроз, остеопороз, нарушение статики) и эндокринных органов (полигландулярная недостаточность).

Одним из путей развития полиморбидности можно считать появление группы заболеваний, объединённых одним патогенетическим механизмом. Примером такого формирования полиморбидности является развитие заболеваний, связанное с атеросклерозом сосудов (ИБС, хроническая ишемия мозга, атеросклероз сосудов нижних конечностей, артериальная гипертензия, хроническая абдоминальная ишемия).

Другой путь развития полиморбидности — причинно-следственная трансформация. В этом случае развившееся заболевание приводит к функциональным, а затем и к органическим нарушениям в системе органов, объединённых общими функциями, и последовательному развитию ряда нозологических форм. Характерным примером служат

заболевания ЖКТ, когда секреторная недостаточность желудка и поджелудочной железы приводит к развитию вторичных изменений в кишечнике, которые в свою очередь способствуют развитию анемии.

Третий путь развития полиморбидности — ятрогенный, когда длительное применение лекарственных препаратов приводит к возникновению побочных осложнений, перерастающих в самостоятельные нозологические формы. Так, например, длительный приём глюкокортикостероидов способствует развитию артериальной гипертензии, остеопороза, язвенной болезни, стероидного диабета.

Наличие нескольких нозологических форм у одного человека требует назначения нескольких лекарственных препаратов на длительный период, а иногда и пожизненно. К препаратам пожизненного приёма в гериатрии можно отнести препараты для улучшения качества жизни (нитраты, ноотропы, нестероидные противовоспалительные средства, панкреатические ферменты, антидепрессанты, снотворные), препараты для увеличения продолжительности жизни (статины, гипотензивные, дезагреганты, антиостеопоротические, антианемические, антибиотики, противоопухолевые и другие), препараты группы геронтопротекторов и компенсаторов алиментарного дефицита (поливитаминные с микроэлементами, антиоксиданты, эубиотики, иммунокорректоры, адаптогены). Количество одновременно принимаемых препаратов у пациентов 60-80 лет, по данным клинико-эпидемиологических исследований, составляет от 5,8 до 8,2 препаратов в день (Милюкова О.М., 1999).

С учётом вышеизложенного, не вызывает сомнений тот факт, что стоимость медицинской помощи, оказываемой пожилым пациентам, будет значительно дороже, чем в других возрастных группах, что обусловлено полиморбидностью и необходимостью одновременного лечения нескольких заболеваний. Всё это приводит к необходимости дополнительного финансирования расходов, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам старшего поколения, и перехода к групповым тарифам на медицинские услуги в системе ОМС.

КОЖИНОВА И.Н., ШИБАНОВА И.А., ВОЛКОВА Н.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛИЦ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ, ПО ИТОГАМ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГУЗ ОКГВВ

Консультативно-диагностическая поликлиника ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (ГУЗ ОКГВВ) предназначена для оказания высокоспециализированной консультативно-диагностической помощи лицам, относящимся к контингенту особого внимания (КОВ). В соответствии с приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской Области (ДОЗН КО), Территориального Фонда ОМС от 14.03.2003 г. № 179 «О порядке проведения диспансеризации контингента особого внимания и ведения областного медицинского регистра этих контингентов», ежегодно проводится диспансеризация лиц, относящихся к следующим категориям:

- участники Великой Отечественной Войны (УВОВ);
- инвалиды Великой Отечественной Войны (ИВОВ);
- участники боевых действий и миротворческих миссий других государств;
- инвалиды-участники боевых действий и миротворческих миссий;
- участники боевых действий в Чеченской Республике и прилегающих территориях;
- инвалиды-участники боевых действий в Чеченской Республике и прилегающих территориях;
- лица, подвергшиеся воздействию радиации;
- инвалиды военной травмы из числа военнослужащих срочной службы и военной службы;
- родители, вдовы и дети военнослужащих, погибших при исполнении служебного долга;
- Герои Советского Союза;
- Герои Социалистического Труда;
- полные кавалеры орденов Славы;
- вдовы ИВОВ, УВОВ, Героев Советского Союза, Героев Социалистического Труда, полных кавалеров орденов Славы;
- блокадники Ленинграда;
- труженики тыла;
- узники концлагерей.

С 2009 года в состав КОВ внесены граждане, подвергшиеся политическим репрессиям и впоследствии реабилитированные (Приказ ДОЗН КО от 05.02.2009 г. № 143), и лица, осуществляющие уход за детьми-инвалидами (Приказ ДОЗН КО от 30.04.2009 г. № 598).

Материал и методы. Диспансеризация КОВ включает осмотр терапевта, врачей специалистов (невролог, офтальмолог, отоларинголог, хирург, уролог у мужчин, эндокринолог, гинеколог у женщин) и обследование (общий анализ крови, глюкоза крови, измерение внутриглазного давления и остроты слуха, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки или флюорография). Объем и периодичность обследований и осмотр врачей специалистов зависят от категории КОВ. За три года проведена диспансеризация 3355 лиц КОВ. В 2006 году осмотрены 1210 человек, из них 499 мужчин и 761 женщина (37,1 % и 62,9 %, соответственно); в 2007 году проведена диспансеризация 1158 чел, из них 453 мужчины и 705 женщин (39,1 % и 60,9 %, соответственно); в 2008 году осмотрены 987 человек, из них 434 мужчины (43,9 %) и 553 женщины (56,1 %).

Результаты и их обсуждение. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) у КОВ занимают ведущее место на протяжении последних 3-х лет. В 2006 году заболеваемость составила 760,5 на 1000 населения, что в 2,7 раза выше среднего показателя по г. Кемерово (показатель по г. Кемерово 284,5). В 2007 году заболеваемость увеличилась до 812,9, что в 3,1 раза выше среднего показателя по г. Кемерово (259,7). В 2008 году отмечается увеличение уровня заболеваемости до 920,9 на 1000 населения. Рост заболеваний ССС отмечается последние 15 лет наряду с ростом общей заболеваемости населения России.

Заболевания органов дыхания занимают 2-е место в структуре заболеваемости КОВ и также превышают средние показатели по г. Кемерово: в 2006 году заболеваемость составила 433,2 на 1000 населения (по г. Кемерово 182,5) — превышение в 2,4 раза; в 2007 году — 589,4 (по г. Кемерово 179,5) — превышение в 3,3 раза, в 2008 году заболеваемость снизилась до 409,1, что явилось результатом снижения заболеваемости вирусными инфекциями.

Третье место по частоте занимают заболевания опорно-двигательной системы: в 2006 году — 309,3 на 1000 населения, что превышает средний показатель по г. Кемерово в 1,9 раза; 2007 год — 327,7, по г. Кемерово 143,1 (превышение в 2,3 раза); 2008 год — 284,3, что является следствием регулярного наблюдения КОВ в поликлинике гос-



питался и своевременного предупреждения обострений заболеваний опорно-двигательной системы.

Выводы. Среди лиц, относящихся к КОВ, чаще встречаются женщины, являющиеся вдовами ИВОВ, УВОВ, Героев Советского Союза, Героев Социалистического Труда, полных кавалеров орденов Славы, а также тружениками тыла.

В соответствии с классификацией возраста, принятой ВОЗ, лица от 60 до 74 лет относятся к пожилому возрасту. Пациентов в возрасте 60 лет и старше, относящихся к КОВ, — свыше 84 %.

Известно, что с возрастом происходит накопление числа заболеваний, протекающих одновременно, особенно болезней, которые ассоциируются с болезнями старения и старости: атеросклероза, ишемической болезни сердца, атеросклеротической энцефалопатии, сердечной недостаточности, болезней опорно-двигательного аппарата, заболеваний эндокринной системы (инсулиннезависимый сахарный диабет, болезни климактерия, заболевания предстательной железы, остеопороз и т.д.). Этим объясняется высокий уровень заболеваемости лиц, относящихся к категории КОВ.

КОПЫТИНА Н.В., КОЖИНОВА И.Н.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

В последние годы, в связи с увеличением средней продолжительности жизни женского населения, отмечается увеличение численности женщин, находящихся в периоде менопаузы. Данный возрастной этап составляет до 30 % от общей продолжительности жизни. Наиболее часто встречаемой гинекологической проблемой женщин старше 50 лет являются урологические расстройства. Эта патология связана с атрофическими процессами в эстрогензависимых тканях нижних отделов мочеполового тракта. С синдромом урогенитальных расстройств сталкиваются 30 % женщин, достигших 55 лет, и 75 % женщин, достигших 70 лет. При этом женщины старше 50 лет являются социально и физически активной группой населения, требующей достойного качества жизни. В связи с этим, в настоящее время имеется повышенный интерес к проблемам их здоровья, в том числе и гинекологического.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт пациенток старше 50 лет, обратившихся за амбулаторной гинекологической помощью. Для оценки данных использованы методы анкетирования, выкопировки, статистический метод.

Результаты исследования. За амбулаторной гинекологической помощью в течение 2008 года в поликлинику ГУЗ ОКГВВ обратились 1941 пациентка в возрасте старше 50 лет.

Наибольшее число пациенток относились к возрастным группам старше 80 лет (668 человек — 34,4 %), 70-74 лет (606 человек — 31,1 %) и 75-79 лет (302 пациентки — 15,6 %). На возрастные

группы 60-64 лет и 65-69 лет приходилось по 6,7 % (129 человек), 55-59 лет — 3,3 % (64 пациентки), 50-54 лет — 2,2 % (43 пациентки).

По территориальной принадлежности в г. Кемерово подавляющее большинство пациенток являлись жителями Центрального района (66,7 %), Ленинского района (14,4 %), Заводского района (11,1 %).

При исследовании гинекологического анамнеза выявлено, что 83,4 % женщин (1618 человек) находились в периоде глубокой менопаузы, у 8,8 % женщин (172 пациентки) период менопаузы составил до 10 лет, у 5,6 % женщин (108 пациенток) период менопаузы составил до 5 лет, у 2,2 % женщин (43 пациентки) менструальная функция была сохранена.

Около трети обследованных пациенток отмечали наличие регулярной половой жизни (646 человек — 33,3 %), причем половина из них отмечали некоторые затруднения, связанные с атрофическими изменениями половых органов, и хотели бы повысить качество сексуальных отношений.

В анамнезе роды имели 92,3 % пациенток, из них 1,1 % (22 человека) были родоразрешены операцией кесарева сечения. При изучении паритетов выявлено, что наибольшее количество пациенток имели в анамнезе 2 родов (47,8 % случаев), а также 1 роды имели 30 %; 3 родов и более имели 14,4 % пациенток.

Аборты в анамнезе имели 77,8 % женщин: 1-2 аборта — 474 пациентки (24,4 %), 3-5 аборт — 454 пациентки (23,4 %), более 10 аборт — 303 пациентки (15,6 %), 5-10 аборт — 280 пациенток (14,4 %).



У 108 пациенток (5,6 %) в анамнезе имелись выкидыши; у 43 пациенток (2,2 %) — антенатальная гибель плодов.

Из перенесенных ранее гинекологических заболеваний наиболее часто отмечались воспалительные заболевания органов малого таза (24,7 % случаев), доброкачественные заболевания шейки матки (20,1 %), миома матки (14,9 %). Бесплодием и СПКЯ страдали 5,2 % пациенток; кистомы отмечены у 3 % пациенток; 0,7 % пациенток получали комбинированное лечение по поводу рака молочной железы и шейки матки.

Оперативные вмешательства в прошлом по поводу гинекологической патологии перенесли 68,3 % пациенток. Объемы перенесенных вмешательств распределились следующим образом: операции на шейке матки — 32,7 % случаев; операции на матке — 13,9 % случаев; операции на придатках матки — 10,9 % случаев; операции на молочных железах — 10,9 % случаев. В среднем на одну пациентку приходилось по 1,7 оперативных вмешательств.

По данным проведенного обследования обратившихся пациенток гинекологическая заболеваемость по обращаемости составила 1144 на 1000 женщин.

У 22,1 % обратившихся за амбулаторной помощью женщин после комплексного обследования патология не обнаружена. Из выявленных заболеваний наиболее часто встречались атрофические заболевания влагалища и вульвы, составляя 38,1 %. Структура другой гинекологической патологии представлена следующим образом: неспе-

цифические воспалительные болезни влагалища — 12,6 %; полные и неполные выпадения половых органов — 11,7 %; менопаузальный синдром — 4,9 %; доброкачественные заболевания молочных желез — 4,9 %; лейкоплакия вульвы — 4,9 %; кистомы яичников — 1 %.

При анализе отделяемого из половых путей путем микроскопии были выявлены следующие показатели. Цитограмма мазка соответствовала возрасту у 22,1 % пациенток; цитограмма воспаления диагностирована у 27,9 %; цитограмма атрофического вульвовагинита обнаружена у 28 %; наличие дискарриоза, голаядерных клеток отмечено у 22 % пациенток.

По результатам клинического и лабораторного обследования пациенткам назначалась системная и местная заместительная терапия эстрогенами, симптоматическая местная терапия (регенераторы тканей) и противовоспалительная терапия до клинического и лабораторного выздоровления.

Выводы. Наибольшее число обратившихся пациенток относились к возрастной группе старше 70 лет, что обусловлено наличием определенного контингента, прикрепленного к поликлинике ОКГВВ. Из выявленных заболеваний более часто встречаются дистрофические и атрофические изменения в половых органах, нарушения положения тазовых органов. Это требует своевременного выявления и коррекции данной патологии, а также проведения профилактических мероприятий, что позволит повысить качество жизни данного контингента пациенток.

КАРАСЬ И.Ю., ТРЯПИЦЫНА Ю.С.

МУЗ «Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой»,
г. Кемерово

ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКИХ КОЛЬПИТОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Лечение патологических состояний слизистой влагалища и шейки матки у женщин старше 60 лет является актуальной проблемой в практической гинекологии. Атрофические процессы слизистых оболочек нижних отделов мочеполовой системы встречаются у 50-60 % женщин в постменопаузе, они относятся к средневременным симптомам климактерического синдрома и появляются через 3-5 лет после наступления менопаузы. Возникновение этих расстройств обусловлено гипоэстрогенным состоянием и, как следствие, уменьшением числа лактобацилл, повышением pH влагалищной среды. Нередко к этим расстройствам присоединяется инфекция. Развивается стойкий атрофический кольпит, который трудно поддается терапии.

Цель — оценить эффективность комплексного лечения атрофических процессов слизистой влагалища и шейки матки с использованием стимулятора регенерации тканей (мази Пантодерм) у женщин старшей возрастной группы.

Материалы и методы исследования. В женской консультации № 1 МУЗ «Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой» нами были обследованы 44 женщины с атрофическим кольпитом в возрасте старше 60 лет. Всем пациенткам было проведено следующее обследование: бактериоскопия отделяемого из половых путей, мазки на онкоцитологию с шейки матки, простая и расширенная кольпоскопия. У всех женщин был собран подробный анамнез.

Результаты и их обсуждение. При проведении осмотра только 15 женщин (34 %) отмечали



различные дискомфортные ощущения в области половых органов и сами обратились к врачу, остальные 29 женщин жалоб не предъявляли. У всех пациенток менопауза более 8 лет. 40 женщин (91 %) имели в анамнезе роды и медицинские аборт. Отягощенный гинекологический анамнез был у 28 женщин (64 %). Наиболее распространенные заболевания: эрозия шейки матки — 16 человек (37 %), фибромиома матки и воспалительные заболевания шейки матки — 12 женщин (63 %), в том числе дисплазия шейки матки у 9 % женщин.

Тяжелую соматическую патологию (сахарный диабет, бронхиальная астма, ожирение II-III ст. и т.д.) имели 26 женщин (59 %). При микроскопии влагалищных и цервикальных мазков признаки воспаления выявлены у 32 женщин (72 %), у 4 женщин (9 %) обнаружена дисплазия I-II степени, у 8 пациенток (19 %) — цитогарма без особенностей. При проведении простой и расширенной кольпоскопии у всех женщин был установлен диагноз «Атрофический кольпит».

Для лечения атрофического кольпита мы использовали вагинальные ванночки с антисептическим раствором, крем «Пантодерм» в виде ежедневных вагинальных тампонов в течение 10 дней, а также витаминотерапию. Лечение проводилось в условиях вагинального кабинета женской кон-

сультации. Пациентки с сахарным диабетом, ожирением были направлены на консультацию к терапевту, даны рекомендации по рациональному питанию, физической нагрузке, контролю уровня АД и сахара крови.

После проведенного лечения пациентки прошли повторное обследование в том же объеме. При повторном осмотре исчезли жалобы у пациенток, которые предъявляли их ранее. У 37 женщин (84 %) микроскопия влагалищных мазков и цитологическая картина соответствовали возрасту менопаузы. У остальных 7 женщин (16 %) в мазках сохранялась картина воспаления, а при кольпоскопии сохранялись признаки атрофического кольпита. В эту группу вошли пациентки с отягощенным соматическим анамнезом (сахарный диабет), они были приглашены на повторный курс лечения через месяц.

Выводы: Проводимое нами комплексное лечение атрофических кольпитов с использованием стимулятора регенерации тканей (мази «Пантодерм») у женщин старшей возрастной группы является достаточно эффективным, доступным по цене, с минимальным побочным действием и хорошей переносимостью. Это позволяет считать целесообразным проводимое нами лечение и рекомендовать использовать данную методику лечения в амбулаторной практике.

КОНАНКОВА В.А., КОЖИНОВА И.Н.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

РАБОТА ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ЛЬГОТНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ

Назначать и выписывать лекарственные средства отдельным категориям граждан при дополнительном лекарственном обеспечении имеют право врачи, включенные в списки, утвержденные органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Врач при назначении лечения выписывает рецепты на лекарственные средства, предусмотренные Перечнем лекарственных средств, утвержденным приказом МЗСР РФ, в соответствии со стандартами медицинской помощи. В Приказе МЗСР РФ от 27.08.2008 г. № 451н «О внесении изменений в перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», имеется раздел «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии» с определенными позициями лекарственных средств.

Участковыми терапевтами составляются ежедневные заявки на лекарственные средства в

рамках выделенных финансовых ассигнований (600 тыс. руб. в квартал), согласно утвержденному перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС), которые анализируются и заверяются врачебной комиссией (ВК).

На основании Приказа МЗСР РФ от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (раздел II пункт 2.5), при назначении и выписывании лекарственных средств для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи врач использует оперативную информацию о наличии в аптечном учреждении необходимых лекарственных средств.

В соответствии с Приказом № 110, выписка льготных рецептов лечащим врачом или врачом-специалистом только по решению ВК проводится на:

- психотропные вещества списков II и III и иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету;



- наркотические средства;
- лекарственные средства, назначаемые лечащим врачом одному больному в количестве пяти упаковок и более одновременно или свыше десяти упаковок в течение месяца;
- лекарственные препараты в случае нетипичного течения болезни.

В функцию ВК входит ведомственный контроль целесообразности назначения лекарственных средств по программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) за счет дотации областного бюджета.

Назначение лекарственных средств льготникам по адресной помощи предусматривает первоочередное назначение ЖНВЛС, в соответствии с перечнем заболеваний, указанных в Постановлении Правительства от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

В последние месяцы отмечается отрицательная динамика в изменении цен на ЖНВЛС в сторону увеличения их стоимости (табл. 1).

Сведения о выписанных рецептах льготникам федерального уровня представлены в таблице 2.

Выводы. В связи с ростом цен на лекарственные средства увеличились затраты на одного льгот-

Таблица 1
Стоимость отдельных лекарственных средств 2008–2009 гг.

	2008 г.	2009 г.
Диабетон МВ 0,03 № 60	224 руб. 95 коп.	302 руб.
Сиафор 500мг № 60	189 руб. 20 коп.	273 руб.
Беродуал 20 мл р-р	187 руб.	261 руб. 80 коп.
Беродуал 200 доз аэрозоль	389 руб.	524 руб.
Беклазон ЭКО	231 руб.	268 руб.
Беротек 20 мл р-р	159 руб. 95 коп.	252 руб.
Омез 20 мг № 30	105 руб.	187 руб.
Карведилол 25 мг № 30	319 руб.	345 руб.
Моночинкве № 30	150 руб.	182 руб. 60 коп.
Престариум 4 мг № 20	319 руб.	506 руб. 99 коп.

Таблица 2
Сведения о выписанных рецептах льготникам федерального уровня

Федеральная льгота (дорогостой), выписанная по "Единому бланку специалиста"	с 01.2008 по 15.05.2008 57 рецептов - 22 чел. 585 тыс. 216 руб.	с 01.2009 по 15.05.2009 69 рецептов - 26 чел. 1 млн. 258 тыс. 569 руб.
	26 тыс. 600 руб. на 1 чел.	48 тыс. 406 руб. на 1 чел.
	Федеральная льгота	с 01.2008 по 20.05.2008 5475 рецептов - 636 чел. 1 млн 167 тыс. 901 руб. 1 тыс. 836 руб. на 1 чел.
Дотация областного бюджета на адресную помощь	с 01.2008 по 15.05.2008 846 рецептов - 325 чел. 382 тыс. 897 руб. 1 тыс. 178 руб. на 1 чел.	с 01.2009 по 15.05.2009 1064 рецепта - 422 чел. 707 тыс. 324 руб. 1 тыс. 676 руб. на 1 чел.

ника по федеральной льготе, вследствие чего дотация областного бюджета на адресную помощь льготникам федерального уровня не удовлетворяет необходимую потребность.

КУДРЯВЦЕВА Л.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

МАРКЕТИНГ РЫНКА ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Дисбаланс между гарантированными государством объемами бесплатной медицинской помощи и реальным финансовым обеспечением неизбежно приводит к снижению объема, доступности и качества гарантированной бесплатной медицинской помощи, что, в свою очередь, ведет к повышению спроса населением высокотехнологичных медицинских услуг, а также к увеличению числа пациентов, желающих получать медицинскую помощь в более комфортабельных условиях.

Поэтому платная медицинская помощь для нашего населения давно уже не является каким-то

экстраординарным явлением или только дополнением к бесплатной медицинской помощи. Сегодня очень важно понимать, что услуга, входящая в программу государственных гарантий, еще не означает, что она не может оказываться на платной основе — она может оказываться на платной основе сверх стандартов медицинских технологий, по желанию гражданина, вне очереди, существующей в системе ОМС.

В настоящее время мы имеем весьма своеобразный рынок платных медицинских услуг, но, к сожалению, формат этого рынка и факторы, влияющие на его формирование, по объективным и



субъективным причинам изучены недостаточно, что неизбежно вызывает массу вопросов в организации предоставления платных медицинских услуг, а, главное, в правовой защите медицинских учреждений.

Анализируя работу учреждения по внебюджетной деятельности в динамике за последние три года, нам удалось выявить причины побуждения населения пользоваться платными услугами именно в нашем учреждении, изменения структуры платных услуг, степень удовлетворенности населения существующим объемом и уровнем качества предоставляемых платных медицинских услуг, наиболее значимые критерии выбора медицинского учреждения, емкость рынка платных медицинских услуг.

Говоря о доходах по внебюджетной деятельности, необходимо отметить, что доходы из года в год имеют тенденцию роста. На рост доходов (в 2005 г. — 52 %, 2006 г. — 15 %, 2007 г. — 26 %, 2008 г. — 47 %) повлияли следующие факторы:

- индексация тарифов, связанная с повышением заработной платы работникам бюджетной сферы (это 2005 г., конец 2007 г. и 2008 г);
- расширение перечня платных медицинских услуг, оказываемых в объемах и на условиях, не предусмотренных Программой государственных гарантий.

Но необходимо отметить, что уровень роста доходов в 2008 году не достиг уровня базового года на 5 %, что объясняется политикой сдерживания процесса повышения тарифов на медицинские услуги на уровне ДОН КО, с одной стороны, а с другой — низкий уровень коэффициента-дефлятора, который используется для повышения тарифов.

Если обратить внимание на процент платности (2005 г. — 14,6 %, 2006 г. — 16,2 %, 2007 г. — 18,7 %, 2008 г. — 20,8 %), то он, наоборот, каждый год увеличивается на 2 %, а по сравнению с базовым годом увеличился на 6 %. Данная ситуация напрямую зависит от общей финансовой ситуации в экономике, которая приводит к недостаточному бюджетному финансированию медицинского учреждения по «нестраховым» статьям расходов и, по сути, процент платности увеличивается прямо пропорционально уменьшению бюджета учреждения.

Следует отметить, что, несмотря на тенденцию роста доходов, степень удовлетворения спроса населением платных услуг в динамике практически неизменна, и составляет (количество пролеченных платных пациентов в стационаре к общему количеству): в 2005 г. — 14 %, 2006 г. — 7 %, 2007 г. — 20 %, 2008 г. — 26 %; услуги параклиники: 2005 г. — 14 %, 2006 г. — 20 %, 2007 г. — 20 %, 2008 г. — 19 %; посещения поликлиники: 2005 г. — 14 %, 2006 г. — 15 %, 2007 г. — 19 %, 2008 г. — 14 %; в среднем для стационара — 17 %, для параклиники — 19 %, для поликлиники — 16 %.

2008 г. — 14 %; в среднем для стационара — 17 %, для параклиники — 19 %, для поликлиники — 16 %.

Таким образом, емкость рынка платных услуг в среднем составляет 18 % от общего объема оказываемых медицинских услуг. Колебания емкости рынка в динамике зависели от множества факторов, каждый из которых в определенных ситуациях либо стимулировал рынок, либо сдерживал его развитие. Стоит отметить тот факт, что, оказывая их в основное рабочее время, ущемления прав застрахованных по ОМС не наблюдалось, о чем свидетельствует отсутствие жалоб на качество предоставления медицинских услуг со стороны прикрепленного населения и льготников.

Как показывает анализ причин пользования платным медицинским обслуживанием, наиболее значимые факторы обращения граждан — это более качественная медицинская помощь (61 %) и высокий уровень сервиса (42 %). Второстепенными являются такие факторы, как отсутствие возможности получить медицинские услуги бесплатно (24 %), репутация и известность медицинского учреждения (21 %), быстрота обслуживания (19 %), удобное место расположения медицинского учреждения от места проживания пациента или его работы (18 %).

В понятие высокого сервиса в представлении пациентов необходимо отметить внимательное к ним отношение (77 %), отсутствие очередей (71 %), возможность записи и решения проблем по телефону (34 %), удобное место расположения медицинского учреждения от места проживания пациента или его работы (30 %), причем чисто платные пациенты составили 9 %, пациенты по договорным предприятиям составили 3 %, а застрахованные по ДМС — 18 %, одно- и двухместные палаты с телевизором, холодильником, раздельным санитарным узлом (14 %), хороший внешний вид и интерьер учреждения (13 %), дополнительные услуги (11,5 %).

Все большее значение приобретает репутация медицинского учреждения, включая профессионализм врачей и высокий уровень обслуживающего персонала, а также исполняемость гарантий на оказанную медицинскую услугу.

Эти факторы косвенно свидетельствуют о переходе от практики ценовой конкуренции учреждений к практике конкуренции на основе совершенствования качества оказываемых медицинских услуг, расширения перечня дополнительных услуг. Тем более необходимо отметить, что ценовая политика регулируется ДОН КО, в соответствии с установленными максимально предельными ценами.

Весьма существенную роль в увеличении процента платности, т.е. в востребованности платных медицинских услуг данного учреждения, играет информированность населения. Но, если на пер-



вых этапах развития платных услуг была эффективна реклама в СМИ, то, как показывает опыт работы, результативность рекламы сегодня сравнительно низкая (21 %), наибольший объем информации пациенты получают из источников, связанных с понятием «репутация учреждения»: от знакомых и родственников (85 %), от врачей (27 %). Иными словами, пациент, получивший соответствующую его ожиданиям медицинскую помощь, делает для продвижения услуг учреждения гораздо больше, чем любые рекламные средства. Однако нельзя переоценивать этот канал информации, т.к. он имеет свои объективные и субъективные ограничения. В условиях роста неценовой конкуренции необходимо расширять перечень современных и высокотехнологичных методов лечения, диагностики, и только в этом случае необходима оптимальная рекламная политика. При оказании платных услуг очень важен баланс между востребованностью населением медицинских услуг и возможностями качественно оказать их учреждением.

Интересно отметить тот факт, что около 65 % пациентов считают сложившийся уровень цен на платные медицинские услуги вполне приемлемым, а по некоторым позициям даже низким.

Важно отметить, что структура доходов по платным услугам в динамике за семь лет показывает неуклонный рост доходов за счет ДМС (19 % – 26 % – 30 % – 37 % – 42 % – 55 % – 58 %), неуклонное снижение договорных (29 % – 27 % – 24 % – 20 % – 18 % – 11 % – 10 %), а также снижение чисто платных доходов (52 % – 47 % – 46 % – 43 % – 40 % – 34 % – 32 %).

Данные результаты свидетельствуют о повышении грамотности населения в преимуществах ДМС. Сегодня население понимает, что ДМС имеет целый ряд преимуществ как для системы здравоохранения в целом, так и для пациента и медицинского учреждения.

Во-первых, оно удовлетворяет потребности относительно состоятельных граждан и работников платежеспособных предприятий, что позволяет государству направлять свои весьма ограниченные финансовые ресурсы на предоставление медицин-

ской помощи социально незащищенным слоям населения.

Во-вторых, ДМС мобилизует дополнительные внебюджетные средства для развития инфраструктуры регионального здравоохранения, что, в свою очередь, способствует внедрению новых технологий и повышению эффективности медицинской помощи.

В-третьих, лечебно-профилактическое учреждение не только получает дополнительный источник финансирования, но и пользуется налоговыми льготами, а медицинские работники имеют право оказывать услуги по ДМС в основное рабочее время, без увеличения длительности рабочего времени, и могут получать более высокую заработную плату.

В-четвертых, сам застрахованный по ДМС приобретает качественную медицинскую помощь, которая становится более доступной. Не менее важным преимуществом является наличие более высокого сервиса. Более того, в связи с тем, что экспертиза случаев лечения по ДМС, как правило, проводится страховщиком сплошным методом, гарантии оказания более высокого качества медицинской помощи повышаются. Сегодня мы имеем около 30 заключенных договоров со страховыми компаниями.

Подводя итог сказанному, можно сказать, количество платных услуг, оказываемых населению имеет тенденцию роста и это свидетельствует о том, что, несмотря на увеличение государственного финансирования, медицина по-прежнему находится в условиях недофинансирования, а поэтому бесчестно обречь пациента на старые технологии. Пациент имеет полное право получить что-то большее, быстрее и лучшего качества.

И, если сегодня нет возможности запретить платные услуги, очень важной проблемой по-прежнему остается организация процесса управления сферой платных услуг. С целью исключения ущемления прав застрахованных по ОМС льготной категории населения в учреждении разработано новое положение по организации предоставления платных услуг.

КУЗНЕЦОВА О.В, ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б.,
СУРМИЛО Н.А., ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И.

МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
г. Кемерово

ПРЕИМУЩЕСТВА РАЗМЕЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И УЧАСТНИКОВ ВОЙН НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Отделение для инвалидов и участников войн развернуто на 60 коек на базе МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», на базе

которого функционируют: Кузбасский областной гепатологический центр, городские герниологический и пульмонологический центры, областной ток-



психологический центр, отделение экстракорпоральной гемокоррекции, отделение эндоскопической хирургии, единственное в городе ортопедическое отделение, а так же эпилептологический центр. С апреля 2006 г. в больнице внедрена система DocA+ — электронная форма ведения истории болезни. Создана единая компьютерная сеть, к которой подключены все имеющиеся персональные компьютеры клинических и диагностических подразделений.

В отделении ежегодно проходят курс лечения более тысячи пожилых пациентов. Отделение работает в системе бюджетного финансирования, и плановая госпитализация осуществляется по направлениям (путевки установленного образца), небольшая часть пациентов поступают переводом из других отделений больницы. Льготные категории больных, подлежащих лечению в госпитале: инвалиды ВОВ и боевых действий на территории других государств, участники ВОВ, ветераны боевых действий на территории других государств, инвалиды военной службы, узники фашистских концлагерей, чернобыльцы, труженики тыла и другие льготные категории.

Отделение широко сотрудничает с отделениями стационара: хирургии, урологии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, пульмонологии, эндокринологии. На базе ГКБ № 3 имеется лабораторная служба. Возможно исследование онкомаркеров (ПСА, СА-19.9, СА 125, АФП), тропнина, Д-димеров, ПЦР диагностика различных инфекций. С октября 2006 г. введен в эксплуатацию мультиспиральный компьютерный томограф, с помощью которого можно выявлять метастатическое поражение головного мозга, легких, костей, печени, тромбозы ветвей легочной артерии, объемные процессы забрюшинного пространства, гры-

жи позвоночника (МСКТ-миелография позвоночника), опухоли полых органов (МСКТ с болюсным контрастированием).

Нашим пациентам доступны альтернативные методы лечения хирургической патологии: эндоскопическая холецистэктомия, эндоскопическая аппендэктомия, ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллотомия, чрескожная микрохолецистостомия. Также возможно оказание современной помощи в отделении ортопедии и травматологии: остеосинтез при переломе шейки бедра, эндопротезирование тазобедренных, коленных суставов, чрескожная вертебропластика, внутрисуставное введение синокрёма.

Применение малоинвазивных методов лечения особенно актуально у пожилых пациентов, поскольку их применение приводит к снижению риска тромбозов и осложнений, способствует ранней активизации больных и быстрой их реабилитации. Большую помощь в диагностике и лечении оказывают члены пульмонологической комиссии, в состав которой входят пульмонолог, рентгенолог, фтизиатр, онколог, аллерголог.

Также в лечении необходимо учитывать психологические особенности структуры личности пожилого человека — тревога, депрессия, снижение адаптационных механизмов в стрессовых ситуациях. Выявить тревожно-депрессивные расстройства у пациентов помогают опросники CES-D. Доказано, что депрессия и тревога ухудшают соматическое состояние пациентов. Поэтому считаем важным применение немедикаментозной терапии. В отделении широко проводятся консультации психолога, индивидуальные и групповые, музыкотерапия, корпоративное общение с творческими личностями пожилого возраста.

НИКОНОВИЧ С.Д., СОРОКИНА Л.В., МЕРКУЛОВА Е.Ю.

МУЗ «Городская клиническая больница № 4»,
г. Кемерово

АНАЛИЗ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 (ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ СОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ) ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА

В Кемеровской области, как и в целом по России, более 60 % пожилых людей имеют те или иные хронические заболевания. Заболеваемость населения старше 60 лет в отдельных возрастных группах существенно различается как по уровню, так и по структуре. Для позднего возраста характерно наличие множественной патологии, накопление заболеваний, что определяет высокую потребность пожилых людей в медицинской помощи и уходе.

Соматические заболевания в пожилом возрасте обнаруживают тенденцию к затяжному течению, в значительной степени ослабляют организм и приводят больного человека к длительному постельному режиму, поэтому данная категория пациентов нуждается в оказании квалифицированной медицинской помощи, симптоматической и поддерживающей терапии, адекватной психологической, социальной и духовной поддержке. По данным Управления социальной защиты населения админис-



трации г. Кемерово, в ежедневной госпитализации с целью оказания квалифицированного ухода и паллиативной помощи на сегодняшний день нуждаются 52-53 человека. Это те кемеровчане, которые находятся дома, в поле зрения специалистов Управления, а могли бы находиться в стационаре.

В целях оказания паллиативной помощи жителям г. Кемерово в терминальной стадии онкологических и хронических прогрессирующих заболеваний, на основании приказа управления здравоохранения администрации города Кемерово от 13.01.2009 г. № 10 «Об организации городского паллиативного центра» на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 4», организован Городской Паллиативный центр. Открыто терапевтическое отделение № 1 для оказания паллиативной помощи пациентам, страдающим хроническими соматическими заболеваниями и нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

За период с 01.02.2009 г. по 01.07.2009 г. в отделение госпитализированы 142 человека, из них 102 женщины (71,8 %) и 40 мужчин (28,2 %). По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 40 до 50 лет — 7 чел. (5 %), от 50 до 60 лет — 14 чел. (9,8 %), от 60 до 70 лет — 24 чел. (16,9 %), 70 лет и старше — 97 чел. (68,3 %). По заболеваниям: церебро-васкулярная болезнь — 42 чел. (из них ОНМК — 3 чел., ХИГМ — 39 чел.); гипертоническая болезнь — 6 чел.; ишемическая болезнь сердца (нарушения кровообращения) — 25 чел.; ишемическая болезнь сердца (стенокардия) — 23 чел.; ХИБС, нарушения ритма — 2 чел.; рассеянный склероз — 1 чел.; сахарный диабет — 3 чел.; рак кишечника — 1 чел.; рак желудка — 1 чел.; аденома предстательной железы — 1 чел.; цирроз печени — 3 чел.; гастрит — 1 чел.; панкреатит — 6 чел.; пневмония — 1 чел.; хронический бронхит — 6 чел.; бронхиальная астма — 3 чел.; деформирующий артроз — 2 чел.; диффузный остеохондроз — 8 чел.; подагра — 1 чел.; ревматоидный артрит — 1 чел.; пиелонефрит — 1 чел.; посттравматическая энцефалопатия — 2 чел.; перелом шейки бедра — 1 чел.; отравление угарным газом — 1 чел.

По направлению лечебных учреждений (поликлиник, стационаров) г. Кемерово поступили 120 чел., по направлению фонда поддержки ветеранов здравоохранения г. Кемерово — 22 чел. Из всех пролеченных пенсионерами являлись 131 чел. (из них имеющие 1 гр. инвалидности — 3 чел., 2 гр. — 9 чел., 3 гр. — 4 чел.); работающих — 11 чел. Из всех поступивших по результатам лечения выписаны домой с улучшением 122 чел., без перемен — 10 чел., умерли — 10 чел. (процент

летальности — 7,6 %). Всего проведено 2787 койко-дней.

В отделении проводятся поддерживающее паллиативное лечение посиндромно, согласно диагнозу, квалифицированный медико-социальный уход, оказываются психотерапевтическая помощь и поддержка пациентов и их близких, необходимая консультативная помощь, проводятся клиничко-лабораторные и рентгенологические обследования, УЗИ, ЭКГ, ФГДС, физиолечение, массаж, ЛФК.

Таким образом, анализ показал, что патологию людей старших возрастных групп в основном определяют:

- болезни системы кровообращения — 56 чел. (39,4 %);
- болезни нервной системы и органов чувств — 43 чел. (30,3 %);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 13 чел. (9,1 %);
- болезни органов дыхания — 10 чел. (7 %);
- болезни органов пищеварения — 10 чел. (7 %);
- новообразования — 3 чел. (2,2 %).

Названные шесть классов болезней объединяют 95 % всех заболеваний лиц старших возрастных групп. Для больных характерно наличие выраженных сенсорных нарушений с вестибуло-атактическим синдромом и когнитивными нарушениями.

Подводя итоги рассмотрению медико-социальных проблем пожилых и старых людей, можно сделать следующие **выводы**:

1. Для лиц пожилого и старческого возрастов характерны разнообразные нарушения функционального статуса и выраженная полиморбидность.
2. Более половины людей старше 60 лет имеют те или иные нарушения функционального статуса (физического, психологического, социального, экономического), частота которых с возрастом прогрессирует. В возрастной группе 75 лет и старше половина старых людей имеют сочетание функциональных нарушений и хронических заболеваний.
3. Для пожилых и старых людей характерно одновременное развитие 3-5 заболеваний и более, предрасполагающих к множественным физическим, психическим и социальным проблемам. Особенно распространены сенсорные нарушения, заболевания внутренних органов и травмы, вызванные падениями.
4. Социальные проблемы пожилых и старых людей включают в себя одиночество, изоляцию, смерть близких, отсутствие социальной поддержки и общения.



ПЛАТОНОВА С.В., ДЯТЛОВА Л.М.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ГУЗ ОКГВВ

В поликлинике ОКГВВ в 2008 г. наблюдались 1085 человек, относящихся к контингенту особого внимания, из них 830 человек (84,1 % от общего их лица) относятся к лицам пожилого и старческого возраста, нуждающимся в особом внимании не только по социальному критерию, но и в силу психологических особенностей данного возраста. Это люди часто одинокие, с дефицитом общения, страдающие сложной совокупностью соматических заболеваний, часто делающими невозможным применение общепринятых методов лечения (например, проведение физиотерапевтических процедур, прием нестероидных противовоспалительных препаратов или наиболее «мощных» вазоактивных средств).

Материалы и методы. Нами была проведена оценка соотношения количества всех прикрепленных к поликлинике пациентов к количеству лиц, относящихся к контингенту особого внимания (КОВ). Мы распределили лиц КОВ по возрасту. Нам удалось установить удельный вес посещений пожилых пациентов, относящихся к КОВ, к общему количеству посещений всех пациентов, прикрепленных к поликлинике в 2008 г.

Всего к поликлинике ОКГВВ прикреплено 6268 человек. Из них КОВ — 1085, что составляет 17,3 % от прикрепленного населения. К лицам пожилого и старческого возраста (от 60 лет и старше) относятся 830 человек. Это 84,1 % от всех КОВ и 13 % от всего прикрепленного населения. В 2008 г. на амбулаторном приеме у невролога зарегистрировано 10832 посещения. Из них КОВ — 4157 посещений (38,3 %). Среди лиц пожилого и старческого возраста мы выделили следующие категории:

- инвалиды Великой Отечественной Войны — 341 посещение,
- участники ВОВ — 425 посещений,
- труженики тыла — 1788 посещений,
- вдовы участников и инвалидов ВОВ — 677 посещений,
- узников концентрационных лагерей — 33 посещения,
- пострадавшие во время блокады Ленинграда — 40 посещений.

Итого — 3304 посещения. Это составляет 79,5 % посещений всех КОВ и 30,5 % вообще всех посещений на амбулаторном приеме у невролога.

Таким образом, удалось установить, что удельный вес пожилых пациентов, относящихся к КОВ, невелик (13 % от всех прикрепленных), а количество их посещений составило одну треть от всех посещений амбулаторного приема врача невролога.

Обсуждение. На амбулаторном приеме невролога оценивается характер жалоб пациента, его эмоциональное состояние, возможность критического осмысления своего состояния, производится тщательный осмотр и оценка неврологического статуса. После установления диагноза назначаются обследования, из которых наиболее информативными и необходимыми для дальнейшего назначения адекватного лечения являются: ультразвуковая доплерометрия и цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, липидограмма, рентгенологическое обследование позвоночника, электромиография нижних конечностей.

Не менее важной является заключительная беседа с пациентом, в которой в доступной для пожилого человека форме дается разъяснение по проведенным обследованиям, обрисовывается общая картина его состояния и причины, вызывающие то или иное страдание.

Назначаемые впоследствии формы лечения обязательно учитывают перечисленные выше особенности, свойственные пожилым людям. Это может быть стационар на дому, дневной стационар поликлиники, курс инъекций и таблетированных препаратов в процедурном кабинете. Во время заключительной беседы с пациентами оговариваются сроки лечения, необходимость соблюдения режима, диеты, занятий лечебной гимнастикой. Пожилые пациенты очень дорожат проявленным к ним вниманием врача, охотно и с удовольствием обсуждают услышанные рекомендации, задают вопросы, просят об уточнениях. После такого диалога больные четко и с пониманием выполняют врачебные назначения, ощущают свою причастность к лечебному процессу, осознают заинтересованность в их здоровье других людей (врачей, медицинских сестер).

Выводы. Учитывая, что с возрастом происходит накопление заболеваний, утяжеляющих течение друг друга, особенно болезней, которые ассоциируются со старением и старостью (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, хроническая ишемия мозга, болезни опорно-двигательного ап-



парата и эндокринной системы), мы сталкиваемся с невозможностью проведения общепринятых лечебных мероприятий. Таким образом, в амбу-

латорном приеме пожилых пациентов большое количество времени отводится формированию благоприятного эмоционального фона.

ПОМЫТКИНА Т.Е., ДЬЯЧКОВА О.А., КОНАНКОВА В.А.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР – ВАЖНОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

На пороге третьего тысячелетия демографическая структура мирового сообщества неуклонно изменяется в сторону увеличения численности пожилых людей. Согласно прогнозам демографов, процесс старения населения будет продолжаться в течение 20-30 лет, и к 2025 году численность пожилых людей удвоится (А.В. Смирнов, 2009). В настоящее время расходы на обслуживание одного человека старше 60 лет почти в 6 раз больше, чем затраты на одного человека более молодого возраста. Пожилые люди характеризуются более частыми посещениями поликлиник пациентами (по данным Г.М. Перфильевой, в 1999 году каждое второе обращение к врачу требовало ведения такого больного в дневном стационаре поликлиники).

Нами проанализированы истории болезней пациентов старше 60 лет, получавших лечение на койках дневного пребывания в поликлинике ОКГВВ (Областной клинический госпиталь для ветеранов войн) и гастроэнтерологического отделения ГКБ № 3 за период 2008 г., которые составили 29,4 % и 28,6 %, соответственно.

Структура заболеваемости в стационаре круглосуточного пребывания и в дневном стационаре поликлиники ОКГВВ среди пожилых пациентов представлена следующими нозологическими еди-

ницами, соответственно: дисфункцией сфинктера Одди – 39,1 % (17,6 %), хроническим рецидивирующим панкреатитом – 20 % (17,6 %), ЖКБ – 11,4 % (5,9 %), язвенной болезнью – 7,9 % (9,8 %), хроническими гепатитами различной этиологии – 11,2 % (21,6 %), синдромом раздраженного кишечника – 5,7 % (2 %), гастритами – 4,7 % (18,6 %). Средняя продолжительность лечения составила 16,8 койко-дней (7,0), соответственно.

Надо отметить, что при лечении больных в условиях дневного стационара поликлиники ОКГВВ была сохранена способность к самообслуживанию и мобильность, что позволило престарелым пациентам значительную часть времени проводить в привычной домашней обстановке, а также обеспечить большую доступность медико-социальной помощи.

Следовательно, наибольшая экономическая выгода достигается при лечении в условиях дневного стационара поликлиники путем сокращения времени пребывания на койке и, как следствие, затрат на лечение.

Таким образом, лечение пациентов старше 60 лет в стационарах дневного пребывания при поликлиниках позволяет решить экономические проблемы и проблемы социальной адаптации у пожилых.

ПРОТАСОВА Т.В., ШИБАНОВА И.А., ВОЛЫКОВА М.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Демографическое старение, как глобальная тенденция развития цивилизации, привлекает все большее внимание к положению пожилых людей в современном мире. Возрастное увеличение доли пожилых в популяции создает целый ряд проблем экономического и социального ха-

рактера. В понятие здоровья (ВОЗ) входят полное физическое, психологическое и социальное благополучие. Поэтому пожилые люди России ни по одному из параметров не могут считаться здоровыми. Здоровье пожилых – одна из самых важных проблем здравоохранения России, т.к. боль-



шую часть населения, обращающегося за медицинской помощью, составляют люди пожилого и старческого возраста.

При ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать не только клинические, но и психологические, деонтологические, социальные и другие проблемы. Это требует от него профессиональных умений и навыков, базирующихся на учете особенностей данного возрастного контингента, знание которых во многом позволяет определить стратегию и тактику ведения пожилого больного, а также огромных душевных сил и терпения.

Одной из особенностей больных пожилого и старческого возраста является полиморбидность, которая требует от курирующего врача максимальной осведомленности и практической ориентации в различных смежных областях и интегрального клинического подхода к ведению больного. Не менее важной клинической проблемой гериатрии являются трудности диагностики, одной из причин которых принято считать особенности течения заболеваний у пожилых. Для больных пожилого и старческого возраста характерна социально-психическая дезадаптация. Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся условиям и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других, что вызывает у многих стариков чувство неполноценности, бессилия, покинутости. В результате нередко развиваются такие нарушения, как тревожные состояния, депрессии, ипохондрический синдром.

Современная тенденция как можно дольше сохранять привычные жизненные условия больным преклонного возраста объясняется не только экономическими соображениями, но, главным образом, гуманистической направленностью помощи пожилым и старикам с учетом неблагоприятного воздействия, которое оказывает на них пребывание в стационаре. Госпитализация пожилого больного сама по себе является для него стрессовой ситуацией, поскольку нарушает сформировавшиеся жизненные стереотипы, лишает возможности общения с близкими или ограничивает его.

Травмы при падениях представляют одну из проблем ведения пожилых госпитализированных больных. 36 % больных падают при этом с кровати, главным образом вечером и ночью при попытке встать с кровати или во сне, 28 % больных падают с кресел, не имеющих запирательного механизма. Другой госпитальной проблемой больных пожилого и старческого возраста являются внутрибольничные инфекции, смертность от которых

в этом возрасте довольно высока и достигает 60–80 %. Основными их формами являются пневмонии, инфекции мочевыводящих путей, раневые инфекции. К развитию внутрибольничных инфекций в позднем возрасте предрасполагают повышенная микробная колонизация слизистых оболочек дыхательных путей в больничных условиях, наличие сахарного диабета, лимфопролиферативных и других заболеваний, иммунодефицитные состояния. В связи с этим, необходимы строгие показания к госпитализации пожилых больных, у которых имеются факторы риска развития инфекций.

Принятие решения о назначении лечения, в том числе медикаментозного, является важным и ответственным шагом в ведении пожилого больного и нередко представляет серьезную проблему. При принятии решения следует не только и не столько ориентироваться на различные клинические симптомы и отклонения в лабораторных показателях, сколько оценить влияние выявленных нарушений на физическую активность, социально-психологическую адаптацию и другие показатели качества жизни. Около 50 % больных пожилого возраста неправильно выполняют назначения врача относительно приема медикаментов или не выполняют их вообще. Основными факторами, обуславливающими нарушения комплаенса, являются недостаточность общения с врачом, нарушение когнитивных функций, а также другие причины, включая попытки избежать побочных явлений.

Большое значение в ведении пожилых больных имеет своевременное выявление побочных реакций на медикаментозную терапию. При этом следует не только ориентироваться на выявляемые при осмотре или лабораторных исследованиях изменения, но также учитывать информацию, получаемую от самого больного и его родственников относительно качества жизни. Необходимо по возможности избегать полипрагмазии, назначать медикаментозную терапию с учетом предполагаемой пользы и возможного риска осложнений.

Гериатры, социологи, психологи считают оптимальными внебольничные формы ведения пожилых, которые должны совершенствоваться и более широко внедряться в практику.

Таким образом, основной стратегической задачей гериатрии является обеспечение и поддержание качества жизни пожилого больного; ее решение во многом зависит от профессиональных навыков и умений врача-терапевта.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л.,
АЛЕКСАНДРОВА Н.Г., КУДАШЁВА С.В.

Управление здравоохранения администрации города Кемерово

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО

В условиях старения населения, углубления социальных проблем, ухудшения здоровья лиц пожилого возраста возникает объективная потребность решения задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне, создания новых механизмов и методов медико-социальной помощи как комплекса услуг. В связи с этим, администрацией г. Кемерово с 2001 г. разрабатываются городские целевые программы «Старшее поколение», «Качество жизни пожилых людей и инвалидов», в рамках реализации которых создана и совершенствуется инновационная модель подхода к работе с пожилыми людьми и инвалидами. Для координации работы в городе был организован координационный совет по делам пожилых людей и инвалидов.

Социальными работниками, совместно со специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений, отработана модель отбора и постановки пациента на медико-социальное и социальное обслуживание, что позволило учитывать индивидуальные особенности и потребности конкретного пожилого человека в оказании данного вида помощи.

С целью повышения эффективности взаимодействия медицинских и социальных учреждений при всех КЦСОН работают консультативно-отборочные комиссии (КОК), в состав которых входят: заведующий социально-реабилитационным отделением, специалист по социальной работе, врач-гериатр, психолог, реабилитолог. В случае необходимости в состав комиссии могут быть включены участковый терапевт, врач ЛФК, врач физиотерапевт, психотерапевт, медицинский психолог.

КОК, в зависимости от индивидуальных особенностей пожилого человека, определяет комплекс реабилитационных мероприятий и показания для направления пациента в учреждение медико-социальной помощи. В 2008 г. в отделениях дневного пребывания КЦСОН пролечено 935 пожилых людей и инвалидов, в профильных отделениях круглосуточных стационаров — 3566 чел., в дневных стационарах — 2924 чел., в стационарах на дому — 2329 чел., в отделении для ветеранов войн МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского» — 1160 чел., в ГУЗ «ОКГВВ» — 877 чел.

Повышению качества медико-социальной помощи способствовала организация в ЛПУ города гериатрической службы (4 приема врача-гери-

атра, в т.ч. специализированный гинекологический прием для пожилых пациенток на базе МУЗ «Клиническая поликлиника № 5»). Во время приема гериатров выделено фиксированное время для работы с социальными работниками. Врачи-гериатры по графику ведут приемы на базе КЦСОН, участвуют в работе консультативно-отборочных комиссий и обучении социальных работников. На базе МУЗ «Городская клиническая больница № 2» с 2005 г. функционирует гериатрическое отделение для лечения пациентов пожилого возраста, преимущественно с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В 2008 г. в отделении пролечены 1351 чел.

Эффективным результатом межведомственного взаимодействия является работа лечебно-оздоровительного центра «Милосердие» на базе МУЗ «Городская больница № 13», где ежегодно получают медицинскую помощь свыше 860 чел. Во время лечения в Центре пожилым людям и инвалидам проводится восстановительная терапия, осуществляются мероприятия социальной реабилитации с участием учреждений социальной защиты, культуры, образования. В составе больницы, кроме 36 бюджетных коек, функционируют 6 коек для лечения пациентов по программе добровольного медицинского страхования «Долголетие» ОАО СМО «Сибирь».

Важным направлением медико-социальной работы является помощь пациентам с онкологическими заболеваниями. С целью дальнейшего совершенствования этой работы в 2008 г. на базе МУЗ «Клиническая больница № 4» организован Городской паллиативный центр, в котором оказывается медико-социальная помощь (в том числе помощь на дому силами выездных бригад) пациентам в терминальной стадии онкологических и соматических заболеваний. В 2008 г. в городском хосписе и паллиативном центре пролечены 1189 чел., из них не менее 30 % — пожилые и одинокие люди.

Неотъемлемой частью медико-социальной работы является обучение социальных работников и родственников, осуществляющих уход за тяжелобольными и пожилыми пациентами, навыкам ухода и наблюдения. При КЦСОН постоянно действуют лектории, в работе которых активное участие принимают врачи различных специальностей. В ЛПУ города проводятся тематические школы здоровья и школы для родственников и социальных работников по уходу за инвалидами и пожи-



лыми людьми, где используются наглядные материалы, видеофильмы, информационные буклеты, памятки, брошюры. В 2008 г. работали 51 школа здоровья по 21 тематическому направлению, в которых обучены 17,2 тыс. чел., в т.ч. по уходу — 3456 родственников и социальных работников.

Таким образом, постоянное совершенствование системы межведомственного подхода в решении проблем пожилых людей и инвалидов способствует созданию условий для улучшения качества жизни и повышения социальной защищенности данной категории населения.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л.,
АЛЕКСАНДРОВА Н.Г., СОПОТОВА Т.А.

Управление здравоохранения администрации города Кемерово

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИК С КОНТИНГЕНТОМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Оказание медицинской помощи лицам, отнесенным к контингенту особого внимания (КОВ), часто требует решения не только медицинских, но и социальных вопросов.

Для повышения доступности медицинской помощи из бюджета города Кемерово выделяются средства для оказания адресной материальной помощи на дорогостоящие и альтернативные виды лечения, не подлежащих оплате или частично оплачиваемых из средств обязательного медицинского страхования (с использованием импортного расходного материала, с применением микрохирургической техники, медикаментов сверх утвержденного территориального перечня). Приоритетно адресную помощь получают лица, относящиеся к КОВ. Всего в 2008 г. пролечены 277 чел. на сумму 7700 тыс. руб. (средняя стоимость лечения составила 27,9 тыс. руб.).

Совершенствуется механизм лекарственного обеспечения КОВ. С целью облегчения получения льготных лекарственных средств ветеранам (участники, инвалиды войны, вдовы инвалидов войны) льготными аптеками ОАО «Аптеки Кузбасса» предусмотрена бесплатная доставка лекарственных средств на дом. В поликлиниках имеются объявления с указанием телефона (71-99-99), по которому можно позвонить и договориться о доставке. Лекарственные средства, имеющиеся в наличии в аптеке, доставляются в тот же день, с 15 до 18 часов. Механизм обеспечения временно отсутствующими в аптеке лекарствами оговаривается с доставщиком: предлагаются варианты замены на другое торговое название, сообщается время ожидаемого поступления отсутствующего лекарства.

Ежегодно проводится диспансеризация лиц, отнесенных к КОВ. В 2008 г. в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях города проведена диспансеризация 11877 чел., что составляет 91 % от подлежащих осмотру (всего в муниципальных учреждениях наблюдаются 13052 чел. КОВ).

Медицинская помощь, в т.ч. лабораторно-диагностические исследования, КОВ оказывается в порядке первоочередности, бесплатно. У врачей-специалистов на приеме выделено время для данной категории граждан. Немобильным пациентам на дому проводятся необходимые исследования и консультации выездной бригадой узких специалистов.

В оказании комплексной медицинской помощи лицам, отнесенным к КОВ, участвуют: территориальные поликлиники, профильные отделения стационаров, отделение ветеранов войн МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Областной центр оказания медицинской помощи малообеспеченным категориям населения, ЛОЦ «Милосердие». В течение 2008 г. в дневном стационаре пролечены 968 чел., в стационаре на дому — 1846 чел., в КЦСОН — 537 чел. В отделении ветеранов войн МУЗ «ГКБ № 3» пролечено 1160 чел., в гериатрическом отделении МУЗ «ГКБ № 2» — 240 чел., относящихся к КОВ. Стационарное лечение в специализированных отделениях получили 980 чел., санаторно-курортное — 470 чел.

Среди лиц, отнесенных к КОВ, особую группу составляют бывшие военнослужащие и члены их семей. С этой целью, согласно распоряжению администрации г. Кемерово от 09.09.2002 № 2190 «О создании городской комиссии по социальным вопросам военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей», при администрации города создана комиссия под руководством заместителя главы города по социальным вопросам И.Ф. Федоровой. Комиссия оказывает содействие в решении социальных и медицинских проблем данной категории граждан, вопросов межведомственного взаимодействия.

По итогам 2008 г. в городских поликлиниках находятся под наблюдением 1599 чел. бывших военнослужащих и членов их семей, в т.ч. участники боевых действий и миротворческих миссий на территории других государств — 967 чел. (в том



числе 49 инвалидов), участники боевых действий в Чечне и прилегающих территориях — 371 чел. (в том числе 8 инвалидов), инвалидов военной травмы из числа военнослужащих срочной и военной службы — 64 чел., родителей, вдов и детей военнослужащих, погибших при исполнении служебных обязанностей — 191 чел.

Бывшие военнослужащие, особенно молодого возраста, не страдающие хроническими заболеваниями, не всегда информируют ЛПУ об имеющейся льготе, обращаются за медицинской помощью при наличии острого заболевания. Процент охвата ежегодными профилактическими осмотрами данной категории ниже, чем других категорий контингентов особого внимания и составляет, в

среднем, за 3 года 75 % (по причине неявки в лечебное учреждение). В 2008 г. в стационарах города получили лечение 101 чел. из указанной категории граждан, в условиях дневного стационара — 98 чел., в стационаре на дому — 92 чел. Кроме того, 70 чел. получили санаторно-курортное лечение (60 % от подлежащих).

Для более полного охвата медико-социальной помощью лиц, отнесенных к КОВ, проводится: размещение наглядной информации о предоставлении медицинских услуг КОВ в ЛПУ, учреждениях социальной службы (Комплексных центрах социального обслуживания населения), военкоматах города, размещена информация на сайте «Забота».

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л., САМСОНОВ А.П.

Управление здравоохранения администрации города Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛИЦАМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Одной из важнейших составляющих качества жизни пожилых людей является удовлетворительное состояние здоровья и сохранение физической активности.

В городе Кемерово граждане старшего возраста получают медицинскую помощь как в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, так и в специализированных учреждениях. Социальная помощь предоставляется в учреждениях социальной защиты, медико-социальная помощь нуждающимся оказывается социальными работниками, геронтологами и терапевтами в рамках своей компетенции.

В октябре 2007 г. на базе МУЗ «ГБ № 11» г. Кемерово создан областной центр оказания медико-социальной помощи для малообеспеченной категории населения (Центр).

Главной целью организации Центра является повышение доступности медицинской помощи, в том числе дорогостоящих услуг для данной категории населения. Из общего числа пациентов большую часть (69 %) составляют лица пожилого возраста.

С целью эффективной организации деятельности Центра определен контингент, которому медицинская помощь должна оказываться только на бесплатной основе. Для учета малообеспеченной категории населения и определения статуса пациента в оперативном режиме ведется автоматизированная база данных.

Основным отличием Центра от других стационаров является не только оказание медицинской помощи, но и расширенный объем медико-социальных услуг: содействие в оформлении докумен-

тов лицам без определенного места жительства, проведение консультаций юриста, направление в Центр социальной адаптации населения, интернаты, хоспис, транспортировка при необходимости больных после выписки из стационара, предоставление информации о нуждающихся пациентах в КЦСОН для дальнейшего оказания медико-социальной помощи после их выписки из стационара, оформление документов на МСЭ и др.

В штат больницы введен психолог и социальный работник, которые обеспечивают проведение социально-средовой и социально-психологической реабилитации нуждающимся пациентам.

Отработано взаимодействие с общественными организациями и учреждениями других ведомств (Социально-реабилитационный центр, Дом детского творчества, Школа-интернат № 9, Детская школа искусств № 46, региональное отделение Общероссийской общественной организации «Красный крест» и др.). В результате взаимодействия в Центре организована общественная библиотека, праздничные поздравления детских коллективов, функционирует передвижная выставка поделок и рисунков, проводится арт-терапия и тестопластика, что позволяет благоприятно влиять на психоэмоциональное состояние пациентов.

В Центре отработан алгоритм передачи пациентов на этап медико-социального или социального обслуживания. При необходимости после выписки пациент получает услуги в учреждениях социальной защиты (социально-реабилитационном отделении, отделении дневного пребывания или социального обслуживания на дому, специализированных отделениях социально-медицинского об-



луживания на дому, отделении срочной социальной помощи КЦСОН).

С целью улучшения оказания медицинской помощи, проведения анализа результатов деятельности Центра с последующим принятием управленческих решений управлением здравоохранения совместно с администрацией Центра организован еженедельный мониторинг. Для оценки удовлетворенности пациентов специалистами управления здравоохранения, страховых медицинских организаций, МУЗ «ГБ № 11» проводится анкетирование.

В результате деятельности Центра отмечается повышение доступности и качества медицинской помощи для пожилых граждан и лиц, отнесенных к малоимущим слоям населения:

- за 12 месяцев 2008 года в стационаре пролечены 13592 пациентов,
- проведено 2160 оперативных вмешательств, из них 82 эндоскопических и дорогостоящих операций,
- улучшилось обеспечение оборудованием, что позволило повысить качество диагностики и лечебных процедур, расширить спектр проводимых исследований;

- в 10 раз уменьшилось количество жалоб и обращений в СМО «Сибирь», с 20 жалоб до 0-2 обращений в квартал, число благодарностей выросло до 15;
- по результатам соцопроса пациентов отмечается положительная динамика, по сравнению с результатами 2007 г., по позициям «качество питания», «организация санэпидрежима», «отношение медицинского персонала к больным»;
- расширился объем оказания медико-социальной помощи социально-незащищенным слоям населения: направлены в КЦСОН для оказания социальных или медико-социальных услуг — 509 чел.; в ЦСАН — 57 чел.; в хоспис — 19 чел.; запросов в ОВД — 214 чел.; транспортированы к месту проживания — 148 чел.; переданы в районные поликлиники — 584 чел.; проведено консультаций психолога — 470 чел., консультаций нарколога — 132 чел., консультаций юриста — 18 чел.

Таким образом, организация Центра позволила увеличить доступность медико-социальной помощи для пожилых лиц, повысить эффективность взаимодействия и преемственности между медицинскими и социальными работниками.

КОСТИН В.И.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМА ПОЛИПРАГМАЗИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Население земного шара, особенно в промышленно развитых странах, неуклонно стареет. В настоящее время во всем мире доля лиц старше 60 лет составляет более 15 % населения. Полипрагмазия — феномен, тесно связанный со старением нашего общества. Гораздо чаще полипрагмазия имеет место у пожилых пациентов. В среднем больные пожилого возраста получают по 1,5-7,1 медикаментов. Известно, что при назначении трех и более препаратов вероятность развития побочных эффектов у пожилых возрастает в 10 раз и более. Риск возникновения побочных эффектов от принимаемых препаратов у пациентов пожилого возраста в 5-7 раз выше, чем у молодых. Какие же причины лежат в основе полипрагмазии у пожилых пациентов? К объективным причинам можно отнести следующие:

- возрастные инволюционные изменения со стороны различных органов и систем могут ошибочно расцениваться как проявление той или иной патологии, в результате чего назначается неоправданно лечение;

- с увеличением возраста у пожилого больного растёт число заболеваний (полиморбидность). В среднем у одного больного 60-70 лет определяют 2-3 самостоятельных заболеваний, а после 75 лет — уже 4-6 заболеваний. Множественность заболеваний вынуждает врача назначать одновременно приём многих препаратов (вынужденная полипрагмазия);
- на фоне сложной клинической картины, обусловленной полиморбидностью, побочные действия лекарственных препаратов могут быть неправильно расценены как проявления заболеваний и синдромов, свойственных пациентам этой возрастной группы, и послужить причиной дополнительного назначения лекарственных препаратов;
- у пожилых пациентов высока частота психических нарушений, маскирующихся различными проявлениями со стороны внутренних органов (соматоформные расстройства). Наиболее типичны разнообразные кардиалгии, имитирующие ИБС, гипервентиляционный синдром, нарушения функции кишечника и др. Недос-



таточное знакомство врачей с подобными проявлениями или просто незнание таковых (только 40 % интернистов обнаруживают осведомленность в этой области) приводят к неоправданному назначению медикаментозного лечения.

Также следует отметить причины субъективного характера, связанные, в какой то степени, с психологическими особенностями пожилых пациентов:

- по данным Ю.Б. Белоусова, примерно 25 % лекарственных средств, потребляемых пожилыми больными, это препараты безрецептурного отпуска, и около 50 % — биологические добавки. Этому, в определенной мере, способствует излишняя доверчивость пожилых пациентов к рекламе, что приводит к самолечению. Прием дополнительных препаратов, помимо назначенных врачом, является существенным фактором формирования полипрагмазии;
- показано, что несоблюдение врачебных рекомендаций по приему лекарств имело место у 40 % пожилых больных, причем очень часто такое несоблюдение было сознательным. В частности, оно могло быть вызвано желанием ис-

пользовать большее количество медикаментов и получить назначения от нескольких врачей; полипрагмазии также способствует сформировавшийся стереотип отношений врача и больного. Большинство пациентов пожилого и старческого возраста ожидают от посещения врача обязательного назначения какого-либо лекарственного препарата, а не получив его, проявляют недовольство. Врач, в свою очередь, стараясь оправдать ожидания больного, идет на уступки и необоснованно назначает лекарственный препарат.

Кроме причин, которые непосредственно влияют на развитие полипрагмазии, есть так же ряд факторов, повышающих риск развития нежелательных эффектов у пожилых пациентов на фоне комбинированного применения лекарственных препаратов. Нарушения функций внутренних органов и процессов метаболизма, связанные с возрастными инволюционными изменениями и наличием полиморбидности, приводят к нарушению фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, что, в свою очередь, вызывает изменение привычных лекарственных взаимодействий.





ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОЖИЛЫХ





АВЕРКИЕВА Ю.В., РАСКИНА Т.А.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. КЕМЕРОВО

Проблема остеопоротических переломов в старших возрастных группах привлекает большое внимание исследователей и врачей всех специальностей во всем мире. Практически во всех регионах отмечается нарастание частоты переломов при минимальной травме, и, согласно ВОЗ, к 2050 г. она может достигнуть почти 4-кратного увеличения по сравнению с 1990 г., причем наибольший рост ожидается в странах с развивающейся экономикой.

При этом заболевании наиболее часто отмечаются переломы проксимального отдела бедра, дистального отдела предплечья и позвонков. Особое внимание уделяется переломам бедра, как наиболее прогностически неблагоприятным. По данным ВОЗ, летальность вследствие переломов бедра составляет от 12 до 24 % в течение первого года, в последующем 50 % больных имеют ограничение физической активности и нуждаются в посторонней помощи, 25 % становятся глубокими инвалидами.

Учитывая большую протяженность территории нашей страны, наличие большого числа разных народностей и этнических групп, крайне важно проведение исследований, охватывающих различные климатогеографические области.

Цель исследования. Оценить распространенность остеопоротических переломов среди жителей г. Кемерово в возрасте 50 лет и старше.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 1232 историй болезни жителей г. Кемерово в возрасте 50 лет и старше, наблюдавшихся в травматологических пунктах ГКБ № 2, ГКБ № 11, поликлиники № 5 за период с января 2004 г. по декабрь 2008 г.

В исследование включались пациенты с рентгенологически подтвержденными переломами позвонков, дистального отдела предплечья и проксимального отдела бедра, произошедшими при минимальном уровне травмы. Проанализирована распространенность переломов в зависимости от пола, возраста и локализации.

Результаты и их обсуждение. Переломы при минимальной травме зарегистрированы у 589 па-

циентов (47,8 %). У женщин (средний возраст $72,6 \pm 6,5$ лет) данные переломы определены в 397 случаях (67,4 %), у мужчин (средний возраст $65,0 \pm 4,5$ лет) — в 192 (32,6 %).

При анализе распространенности остеопоротических переломов у жителей г. Кемерово в разных возрастных группах были получены следующие результаты. В возрасте 50-65 лет распространенность переломов у мужчин составила 21 случай (3,6 %), у женщин — 67 случаев (11,4 %). В возрасте 65-80 лет отмечено повышение распространенности переломов до 126 случаев (21,4 %) и 283 (48 %) у мужчин и женщин, соответственно. В возрастной группе старше 80 лет зарегистрировано значительное снижение случаев переломов до 45 (7,6 %) у мужчин и 47 (8 %) у женщин.

Анализ распространенности остеопоротических переломов в зависимости от локализации показал, что за период с января 2004 г. по декабрь 2008 г. наибольшую долю в структуре всех переломов заняли переломы дистального отдела предплечья — 247 (41,9 %), причем у женщин они регистрировались в два раза чаще, чем у мужчин (27,7 % и 14,2 %, соответственно). Переломы шейки бедра наблюдались в 148 случаях (25,2 %), 17,5 % у женщин и 7,7 % у мужчин. Переломы тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника выявлены у 194 человек (32,9 %), мужчины — 19,9 %, женщины — 13 %.

ВЫВОДЫ:

1. Остеопоротические переломы в целом регистрируются у женщин достоверно чаще, чем у мужчин. Увеличение возрастного ценза сопровождается ростом числа остеопоротических переломов, при этом максимальное число переломов у мужчин и у женщин приходится на возраст 65-80 лет.
2. Основная локализация остеопоротических переломов у мужчин — тела позвонков грудного и поясничного отдела позвоночника, у женщин — дистальный отдел предплечья и проксимальный отдел бедренной кости.

АВЕРКИЕВА Ю.В., РАСКИНА Т.А.
ГОУ ВПО « Кемеровская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ

В настоящее время остеопороз рассматривается как глобальная проблема здравоохранения во всем мире. Это связано с высокой распространенностью и быстрым ростом случаев этого заболевания в последние десятилетия. Клинико-социальная значимость остеопороза определяется переломами костей скелета. Повреждения позвонков являются самыми распространенными осложнениями остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста. По данным European Prospective Osteoporosis Study (EPOS, 2004), они составляют 48 % всех остеопоротических переломов у мужчин и 39 % у женщин в возрасте 50 лет и старше. Остеопоротические переломы позвонков приводят к инвалидности, повышенной смертности, снижению качества жизни и экономическим затратам общества.

Цель исследования. Оценить качество жизни у лиц в возрасте 50 лет и старше с остеопоротическими переломами позвонков — жителей г. Кемерово.

Материалы и методы. Обследованы 38 пациентов (основная группа): 25 мужчин (65,8 %) и 13 женщин (34,2 %) в возрасте 50 лет и старше с остеопоротическими переломами позвонков и болью в спине при условии, что переломы позвонков диагностированы, по крайней мере, за год до включения в исследование (средний возраст больных $67,9 \pm 5,3$ лет). Число переломов позвонков колебалось от 1 до 7. Контрольную группу составили 39 человек с нормальной плотностью кост-

ти, не имеющие в анамнезе переломов позвонков (средний возраст $69,4 \pm 7,3$ лет) ($p > 0,05$).

Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по сопутствующей патологии. В исследование не включались больные с заболеваниями, влияющими на метаболизм костной ткани.

Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36, более высокие значения шкал которого соответствуют лучшим показателям качества жизни больных.

Результаты исследования. Показатели качества жизни у пациентов основной группы по 7 доменам из 8 в баллах были достоверно хуже, чем у пациентов контрольной группы: физическое функционирование ($41,0 \pm 20,3$ и $46,2 \pm 19,5$, $p < 0,001$), физическое ограничение ($9,8 \pm 18,1$ и $28,6 \pm 33,5$, $p < 0,01$), физическая боль ($36,7 \pm 10,2$ и $56,2 \pm 27,7$, $p < 0,01$), восприятие состояния здоровья ($21,2 \pm 10,3$ и $50,2 \pm 15,8$, $p < 0,01$), социальное функционирование ($43,5 \pm 23,8$ и $77,9 \pm 21,5$, $p < 0,01$), ролевые эмоциональные ограничения ($37,9 \pm 37,7$ и $39,36 \pm 39,8$, $p < 0,01$), психическое здоровье ($41,1 \pm 14,4$ и $45,3 \pm 13,7$, $p < 0,01$).

По домену жизнеспособности показатели в основной группе ($43,1 \pm 9,2$) не отличались значительно от контрольной группы ($44,0 \pm 10,1$), $p > 0,05$.

Вывод. Таким образом, по результатам опросника SF-36 у пациентов с остеопоротическими переломами позвонков качество жизни достоверно ниже, чем у пациентов без остеопоротических переломов, по абсолютному большинству шкал.

БАК Т.С., РАСКИНА Т.А., АВЕРКИЕВА Ю.В., ПАНКРАТОВА С.Ю.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ

Цель работы. Изучить влияние снижения минеральной плотности кости (МПК) на качество жизни (КЖ) больных ИБС старше 65 лет.

Материалы и методы. Обследованы 80 пациентов с ИБС: 56 женщин (70 %) и 24 мужчины

(30 %). Средний возраст обследуемых составил $71,8 \pm 5,8$ года. МПК определяли методом двухэнергетической рентгенологической денситометрии проксимального отдела бедренной кости (аппарат Exceell XR-45 Norland). Согласно рекомендациям ВОЗ (1994), оценка МПК осуществлялась по Т-кри-



терию. По данным денситометрии пациенты были разделены на 2 группы: I группа — лица с нормальными значениями МПК — 22 человека (27,5 %), II группа — больные, имеющие остеопенический синдром (ОПС) — 58 человек (72,5 %). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

Результаты исследования. Среднее значение Т-критерия у пациентов с нормальной МПК составило $-0,54 \pm 0,93$, в группе больных с ОПС среднее значение Т-критерия — $-2,65 \pm 1,13$.

Максимальные различия были выявлены по шкале «Общее здоровье» у больных I группы — 51,09, во II группе данный показатель достоверно ниже — 37,39 ($p < 0,01$). Показатель «Физическое функционирование» в I группе составил 53,18, что указывает на более высокий уровень КЖ по данной шкале в сравнении со II группой пациентов — 35,35 ($p < 0,01$). По шкале «Физическая роль» у обследованных выявлены следующие показатели: I группа — 45,45, II группа — 20,61, $p < 0,01$. По остальным шкалам различия КЖ недостоверны.

В блоке «Психологическая роль» более высокие показатели выявлены у пациентов с нормальными значениями МПК по сравнению с больными, имеющими ОПС: 62,23 и 29,39, соответственно, $p < 0,05$. «Боль» в меньшей степени выражена у пациентов I группы — 51,64, у лиц II группы значение данного показателя составило 32,82, $p < 0,04$. По шкале «Жизненная активность» у больных I и II групп показатели составили 56,23 и 34,21, $p < 0,03$. Более высокие показатели в блоке «Ментальность» у пациентов I группы — 67,45, у II группы — 41,54, $p < 0,01$. Показатель «Социальная роль» у пациентов I группы — 46,27, у больных II группы значение данной шкалы недостоверно меньше — 42,79, $p > 0,05$.

Заключение. По результатам опросника SF-36 снижение МПК достоверно ухудшает качество жизни пожилых пациентов по шкалам: «Общее здоровье», «Физическое функционирование», «Физическая роль», «Психологическая роль», «Боль», «Жизненная активность» и «Ментальность».

БАК Т.С., РАСКИНА Т.А., АВЕРКИЕВА Ю.В., ПИВОВАРОВА Ж.А.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,

г. Кемерово

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Цель работы. Изучить влияние снижения минеральной плотности кости (МПК) на эмоциональный фон и уровень тревожности пожилых больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от пола.

Материалы и методы. Обследованы 58 пациентов старше 65 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями, средний возраст обследуемых составил $72,43 \pm 6,8$ года. Уровень МПК определяли с помощью денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости рентгенологическим двухэнергетическим костным денситометром Exceell XR-45 с оценкой минеральной плотности кости (МПК) по Т-критерию в соответствии с критериями ВОЗ (1994 г.).

Для оценки качества жизни использовался Ноттингемский профиль здоровья, в котором более высокие значения баллов соответствуют более выраженным нарушениям КЖ. Для оценки уровня личностной тревожности (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) использовался опросник Спилбергера-Ханина. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от пола: I — женщины — 70,7 % (41 пациентка), II — мужчины — 29,3 % (17 больных).

Результаты исследования. У женщин среднее значение Т-критерия составило $-2,56 \pm 1,21$, у лиц мужского пола — $-2,92 \pm 0,96$, $p < 0,1$. Существенных различий между группами обследуемых по всем блокам Ноттингемского профиля здоровья не выявлено. Наиболее выраженные различия были выявлены в блоке «боль»: в I группе показатель составил 55,06 баллов, во II группе — 41,27 баллов, $p < 0,09$. Нарушение сна в большей степени ухудшает КЖ у женщин (51,47 баллов), чем у мужчин (40,51 баллов), $p < 0,1$. Снижение эмоциональных реакций было выявлено в обеих группах: в I группе — 35,14 баллов, во II группе — 27,07 баллов, $p < 0,08$. В блоке «социальная изоляция» у больных I и II групп: 25,53 и 17,91 баллов, соответственно, $p < 0,5$. Показатели физической активности у женщин и мужчин составили 36,54 и 32,07 баллов, $p < 0,4$. По всем блокам Ноттингемского профиля здоровья: «боль», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» у пациентов мужского пола отмечались более низкие показатели, свидетельствующие о лучшем КЖ, по сравнению с женщинами.

По результатам опросника Спилбергера-Ханина в I группе уровень личностной тревожности

51,6 баллов, во II — 49,75 баллов, что соответствует высокой степени тревожности, $p < 0,6$. Показатели ситуативной тревожности в I и II группе 41,71 и 40,30 соответственно, $p < 0,6$, т.е. различий нет, однако оба показателя соответствуют высокой степени тревожности.

Заключение. КЖ у больных с ОПС снижено; гендерных достоверных различий уровня КЖ, определяемого с помощью Ноттингемского профиля здоровья, не выявлено. В обеих группах отмечается высокий уровень личностной и ситуативной тревожности.

БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В., СУМИН А.Н., БАЙДИНА О.М.,
ПОПОВА Т.А., ХАЙРЕДИНОВА О.П.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН,

г. Кемерово

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»,

г. Ленинск-Кузнецкий

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Изменения в скелетной мускулатуре с возрастом характеризуются саркопенией — уменьшением мышечной массы, что утяжеляет состояние больных пожилого возраста и затрудняет проведение обычных программ физической реабилитации. Поэтому выглядит обоснованным использование у таких пациентов пассивных тренировок с помощью электростимуляции скелетных мышц, разработанных 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.

Нами обследованы 48 пациентов старше 70 лет, находившихся в остром периоде инфаркта миокарда на стационарном лечении. Выделены 2 группы больных: основная ($n = 27$, средний возраст $75,6 \pm 3,2$ лет) и контрольная ($n = 21$, средний возраст $74,4 \pm 3,4$ года).

Пациентам основной группы после стабилизации состояния (обычно 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 контрольной группы проходили курс обычной стационарной реабилитации для больных инфарктом миокарда. За 1-2 дня до выписки из стационара проводились статико-динамические и статические тесты на многофункциональном тренажере «Multi-Fitness-Center».

Также оценивали силу дыхательных мышц (СДМ) путем измерения давления на выдохе с помощью манометра, силу мышц кистей с помощью кистевой динамометрии (КДМ), проводили тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), ВЭМ, ЭхоКГ.

Изучали психологическое состояние пациентов с помощью шкал депрессии, САН, Спилбергера. При суточном мониторингировании ЭКГ оценивали среднюю ЧСС, ишемические изменения ЭКГ, нарушения ритма сердца и показатели вариабельности ритма сердца.

В основной группе, по сравнению с контрольной, можно отметить более высокую толерантность к физической нагрузке при ВЭМ ($34,5 \pm 24,3$ и $20,6 \pm 18,2$ W; $p = 0,058$) и при ТШХ ($p = 0,01$), большая СДМ ($59,7 \pm 28$ и $33,6 \pm 29,5$ мм рт. ст.; $p = 0,006$).

Сходные данные получены по результатам статико-динамических тестов для силы мышц (тест бабочка — $31,4 \pm 18,5$ и $17,8 \pm 17,6$ кг, $p = 0,019$; жим к груди — $21,8 \pm 13,2$ и $13,9 \pm 14,3$ кг, $p = 0,058$; разгибание нижних конечностей — $23,4 \pm 19,2$ и $11,2 \pm 13,2$ кг, $p = 0,03$) и их статической выносливости ($p = 0,034$).

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, по сравнению с контролем, уровень депрессии и реактивной тревожности, хотя эти различия и не достигли статистической достоверности.

Суточное мониторингирование ЭКГ выявило снижение числа нарушений ритма в основной группе.

Таким образом, данные исследования показали, что улучшение функционального и психоло-



гического состояния пожилых больных инфарктом миокарда, без развития процессов неблагоприятного ремоделирования, можно добиться, исполь-

зуя курс пассивных физических тренировок с помощью электростимуляции скелетных мышц по предложенному нами протоколу.

ВЕРЛАН Н.В., КОЛЕСНИЧЕНКО Л.С., ЛЕМЕШКО Е.Х.,
БЕССОНОВА Л.О., ГУБИНА Л.П., ПЕНСИОНЕРОВА Г.А.,
СЕРГЕЕВА М.П., СТАНЕВИЧ Л.М., ФИЛИППОВА Г.Т.

ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей»,
ГОУ ДПО «Иркутский государственный медицинский университет»,
г. Иркутск

СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ

Вопросы органопротекции в последние годы становятся очень актуальными. При хронических гипоксических состояниях известны механизмы, приводящие к гибели клеток: эксайтотоксичность — пагубное действие на клетки нервной системы повышенных концентраций возбуждающих аминокислот (глутамата, аспартата); «окислительный стресс» — повреждение клеточных мембран токсичными свободными кислородными радикалами и продуктами перекисного окисления липидов. Эти механизмы ярко выражены при сочетанной патологии: сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), хроническая церебральная ишемия (ХЦИ) — дисциркуляторная энцефалопатия — ДЭ, I и II стадии, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), выявляемой у пациентов старших возрастных групп. Целесообразно, чтобы препараты, применяемые для фармакотерапии этих больных, обладали органопротективной активностью, которую можно оценить по состоянию системы глутатиона.

В исследовании определялись клинико-биохимические параметры и показатели работы системы глутатиона у пациентов старших возрастных групп с ХЦИ, ХОБЛ в сочетании с АГ и СД. Концентрацию глутатиона определяли по реакции 5',5-ди-тиобис-2-нитробензоатом, активность глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатионтрансферазы (ГТ) — стандартными спек-

трофотометрическими методами. Все результаты обрабатывали статистически с использованием критериев F, t и d для несвязанных выборок. Различия считали значимыми при $P < 0,05$. Оценивался уровень активности ферментов глутатиона на фоне терапии милдронатом — препаратом с антиоксидантным действием. Группа сравнения включала аналогичных пациентов, получавших стандартное лечение, контролем были здоровые люди того же возраста.

Активность ферментов глутатиона снижалась у пациентов с ДЭ, особенно выражено — при сопутствующих СД и ХОБЛ: ГТ в эритроцитах и ГПО в плазме и в эритроцитах. Глубина изменений (в сравнении с контрольной группой) увеличивалась соответственно степени тяжести клинических проявлений СД, ХОБЛ и ХЦИ. На фоне «стандартного» лечения не отмечено существенного изменения активности ГР, ГПО. Статистически значимым было только повышение ГТ в плазме. Использование милдроната приводило к повышению активности ГПО. Результат терапии проявился и в улучшении состояния больных по критериям клинического тестирования.

Полученные результаты свидетельствуют, что активация эндогенной системы антиоксидантной защиты через ферменты глутатиона позволяет добиваться улучшения клинического состояния у пациентов с полиморбидным состоянием.

ВЕРЛАН Н.В., ЛЕМЕШКО Е.Х.

ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей»,
г. Иркутск

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Проблемы побочного действия лекарственных веществ привлекают все большее внимание, приобретая медико-социальное зна-

чение, в связи с нарастающим потоком поступления новых медикаментов и увеличением числа осложнений.



При проведении медикаментозной терапии всегда присутствует риск нежелательных эффектов. Согласно статистике, у 18-30 % больных возникают различные побочные реакции на лекарства, а 3-5 % больных госпитализируются именно из-за развившихся осложнений.

Довольно часто медикаментозные осложнения встречаются в пожилом возрасте. По вполне понятным причинам пациенты старших возрастных групп более часто и в большем количестве потребляют лекарственные вещества, получают медикаментозное лечение. Именно среди этого контингента больных чаще всего распространено злоупотребление лекарственными препаратами, самолечение, прием препаратов в течение длительных сроков, необоснованная приверженность к некоторым препаратам и одновременное употребление нескольких медикаментов. Исследования показали, что при одновременном приеме 4-5 медикаментов в 4,2 % случаев обнаруживаются реакции взаимодействия, в то время как при приеме 10-12 препаратов их частота возрастает до 45 %.

Различные причины ведут к побочным реакциям при использовании медикаментов, и особенности фармакологического действия самого лекарственного препарата в терапевтических дозах не всегда определяют их. Назначение нескольких лекарственных препаратов одновременно при плохом представлении об их взаимодействии между собой, использование лекарств иногда не самого лучшего качества усугубляется наступательной рекламной политикой ряда фармацевтических компаний. Необходимо учитывать и тот факт, что при назначении лекарственных средств врач ориентируется только

на инструкцию, представленную фармацевтической фирмой, а последняя не всегда объективно отражает информацию о нежелательных эффектах.

Несмотря на предпринимаемые попытки контроля за побочными эффектами лекарственной терапии, состояние регистрации побочного действия лекарств и медикаментозных осложнений не дает возможности правильно оценить проблему. Многие специалисты по изучению побочных реакций на лекарственные средства полагают, что система выявления не только медикаментозных осложнений, но и всех побочных реакций должна носить унифицированный характер.

Отсутствие четкой регистрации медикаментозных осложнений во многом объясняется трудностями дифференциации их от клинических проявлений заболевания, по поводу которого назначаются лекарственные препараты. Если токсико-аллергические проявления действия медикаментозных препаратов с локализацией на коже и слизистых оболочках сравнительно легко диагностируются, то токсические реакции со стороны паренхиматозных органов, системные проявления трудно отличить от самостоятельных заболеваний. Некоторые осложнения проявляются через длительное время после приема лекарств.

Оценкой сложных вопросов безопасности использования лекарственных средств при проведении фармакотерапии должен заниматься подготовленный специалист. Привлечение к лечебной работе госпиталей для ветеранов клинических фармакологов — одно из условий проведения рациональной фармакотерапии пациентам старших возрастных групп.

ГАЛЕЕВА Е.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ В ФТО ОКГВВ

В областном госпитале для ветеранов войн проводятся 2 вида лечения, которые редко встречаются в других лечебных учреждениях. Самый широко востребованный метод физиотерапии — магнитотурботерапия от комплекса «Магнитор». Мы были первыми в областном здравоохранении, когда в 1996 году начали это лечение.

Прежде всего, магнитное поле — естественный природный фактор, в магнитном поле Земли живут все земляне. Это не тепловой, не электрический, не лучевой фактор воздействия, поэтому диапазон заболеваний, подлежащих лечению магнитотурботерапией, очень широк. Все показания можно объединить в группы:

I группа — заболевания воспалительного характера: гастрит, аднексит, гайморит, флебит, бронхит, простатит и другие;

II группа — с уплотнением в тканях, с нарушениями обменных процессов: остеохондроз, артроз, атеросклероз, пневмосклероз и др.;

III группа — доброкачественные опухоли: кисты, фибромиомы, мастопатия, эндометриоз, аденома простаты и др.;

IV группа — онкологическая патология на ранних стадиях (для коррекции иммунодефицита).

Противопоказаний очень мало:

- наличие кардиостимулятора;
- беременность;
- декомпенсация любого заболевания.



После выведения больного из декомпенсации в плановом порядке можно проводить магнитотурботерапию.

Наличие металла в организме (зубные коронки, металлотезис, пули и осколки) не являются противопоказанием к магнитотерапии.

Магнитные поля (МП) действуют на нервную систему (центральную и периферическую) успокаивающе и обезболивающе, в результате нормализуется регуляция работы всех внутренних органов, успокаивается «пляска сосудов» (гипер- и гипотония, вегето-сосудистая дистония, климактерические расстройства и т.д.). Лечится не только неврастения, но и психастения.

МП улучшают питание в тканях на капиллярном уровне. Это значит, что мышца сердца, головной и спинной мозг, черепно-мозговые нервы и корешки спинного мозга лучше питаются. Быстрее эпителизируются эрозии и язвы желудка, причем более нежным, а не грубым рубцом; после инфаркта быстрее и нежнее формируется рубец в мышце сердца; все ткани получают улучшенное питание. Ускоряются обменные процессы на клеточном и тканевом уровне: улучшаются работоспособность, настроение, ярче половая жизнь, улучшается слух, зрение, память, сон и т.д. Кроме того, у пациента происходит активная очистка организма: прием намагниченной воды способствует усиленному мочеиспусканию. С мочой, калом, потом уходят из организма шлаки, соли, токсины, холестерин, в результате такой чистки происходят явления обновления, омолаживания. Большое значение имеет стимуляция кроветворения, что полезно для больных. Поэтому магнитотурботерапия проводится за полчаса до химиотерапии или лучевой терапии, чтобы смягчить влияние облучения, способствовать образованию белой крови, повысить защитные силы организма.

При комбинации магнитного поля с лучевой, лазерной, химио- и радиотерапией отмечается синергический эффект, хорошая переносимость процедур всеми группами больных (магнитотурботерапия проводится у онкобольных в Алтайском краевом онкоцентре г. Барнаула).

Магнитотерапия легко переносится пациентами, может применяться с 4-5 лет. Молодым, редко болеющим людям, нужно принимать магнитотерапию профилактически, чтобы отодвинуть старение тканей, вовремя «почистить» организм от шлаков.

Транскраниальное электровоздействие (ТЭВ) от аппарата «Трансаир». Проводится с целью активизации защитных (эндорфинных) механизмов мозга. Доказано, что через 10-15 минут воздействия происходит усиление выделения опиоидных пептидов (бета-эндорфина) и повышение их концентрации в несколько раз в мозге, спинномозго-

вой жидкости, крови. ТЭВ-терапия ориентирована на получение устойчивого здорового состояния организма, обладает обезболивающим, иммуномодулирующим эффектом, способствует регенерации ран, язв, волокон поврежденных нервов.

Показания:

- неврологические заболевания и синдромы: постстрессовые состояния, депрессии, повышенная утомляемость, вегетососудистые расстройства, невралгии тройничного нерва, паркинсонизм, ригидная форма;
 - терапевтические заболевания и синдромы: гипертоническая болезнь I-II стадии, гипотония, вегето-сосудистая дистония, острый инфаркт миокарда (стимуляция заживления поврежденных участков миокарда, начиная с 1-2 дня), язвы желудка, 12-перстной кишки, эрозивный гастрит, гастродуоденит, хронические, атрофические гастриты;
 - стоматологические заболевания и синдромы: стоматиты, глосситы, хейлиты, артрит височно-нижнечелюстного сустава, постоперационные боли после экстракции зубов;
 - офтальмологические заболевания и синдромы: глазные болезни при терминальной глаукоме, спазм аккомодации, острые боли при ранениях глаза, хирургических операциях;
 - заболевания ЛОР-органов: нейросенсорная тугоухость, вазомоторный ринит;
 - акушерско-гинекологические заболевания и нарушения: токсикозы 1-й половины беременности, вегето-сосудистые нарушения в предклимактерическом периоде, предменструальный синдром;
 - кожные заболевания: зудящие дерматиты, нейродермиты, аллергические кожные проявления;
 - болевой синдром у онкобольных: боли у оперированных больных, связанные с метастазированием, боли, обусловленные проведением хирургического, химиотерапевтического и лучевого лечения;
 - алкоголизм: снятие абстинентного синдрома, устранение аффективных нарушений, снижение патологического влечения к алкоголю;
 - иммунодефицит: стимуляция иммунной системы, купирование аллергических состояний (полинозы, диатез, вазомоторный ринит, бронхиальная астма, астматический бронхит и др.).
- Противопоказания:
- судорожные состояния, эпилепсия;
 - травмы и опухоли головного мозга, инфекционные поражения ЦНС;
 - острые психические расстройства;
 - гидроцефалия;
 - гипертоническая болезнь III стадии, гипертонический криз;
 - гипертиреоз;
 - мерцательная аритмия;



- наличие кардиостимулятора и других электростимуляторов;
- повреждения кожи в местах наложения электродов;
- возраст до 5 лет;
- лихорадочные состояния.

Процедура легко переносится, обезболивающий эффект отмечается уже во время лечения. В процессе лечения длительность обезболивающего эффекта увеличивается. Несмотря на опиоидный ме-

ханизм анальгезии, привыкания и пристрастия к процедурам не возникает.

Магнитотурботерапия и транскраниальное электровоздействие хорошо переносятся нашими ветеранами любого возраста (до 80-85 лет) и молодыми участниками боевых действий. Эти виды лечения включены в оздоровительный комплекс (массаж, лазеротерапия, водные процедуры, лечебная физкультура, пневмомассаж конечностей и др.).

ЖУК В.А., НИКОНОВИЧ С.Д., МЕРКУЛОВА Е.Ю.

*МУЗ «Городская клиническая больница № 4»,
г. Кемерово*

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ХОСПИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА

Пациенты хосписного отделения и, часто, их родственники являются людьми пожилого возраста. Система ценностей этих людей формировалась в то время, когда ценность личности, душевные потребности были на втором плане. Сложившееся мировоззрение, чаще всего, исключает возможность поддержания качества жизни на высоком уровне, особенно в условиях неизлечимой болезни одного из членов семьи. Повышение качества жизни пациенты и их родственники часто видят в улучшении физического самочувствия, бытовых условий, обеспечения лекарственными препаратами, качества ухода за тяжелобольными. При всей значимости этих сторон качества жизни есть и другая, более актуальная его сторона — степень удовлетворения душевных потребностей. Актуальность этой стороны продиктована сложившейся ограничивающей системой ценностей (ОСЦ), так как она часто исключает удовлетворение душевных потребностей. Из-за ОСЦ душевные потребности не только не удовлетворяются, но, часто, не осознаются как значимые потребности ни пациентами, ни их родственниками.

В проведенном психотерапевтом исследовании в хосписном отделении определялся уровень личностной близости (ЛБ) между родственниками пациентов и самими пациентами. По методике, созданной врачом-психотерапевтом, ЛБ определялась как способность открыто выражать свои чувства и мысли и принимать чувства и мысли собеседника. Низкий уровень ЛБ определялся как эмоциональное отчуждение (ЭО) и характеризовался склонностью скрывать свои чувства и мысли, склонностью запрещать выражение чувств и мыслей тяжелобольному пациенту. При высоком уровне

ЛБ удовлетворение душевных потребностей в семье возможно. При ЭО многие душевные потребности остаются неудовлетворенными. Это такие потребности, как право на принятие себя таким, как есть, со всеми своими чувствами и мыслями, право ожидать уважения этих мыслей и чувств окружающими, право на их конструктивное выражение, право на продолжение личностного развития до тех пор, пока человек остается в сознании.

При ЭО в семье пациенты уходят из жизни с тяжелым грузом не выраженных чувств и мыслей, неудовлетворенных потребностей и ценным жизненным опытом, который они так и не смогли передать своим потомкам. При высоком уровне ЛБ в семье неизлечимо больные пациенты уходят из жизни умиротворенными, передав свой опыт детям и внукам. Жизненный опыт тяжелобольного человека в сочетании с современным научным пониманием этого опыта помогает избежать участи неизлечимой болезни и достичь душевной гармонии родственникам пациента.

В исследовании принимали участие 82 человека — родственники тяжелобольных пациентов хосписного отделения МУЗ ГКБ № 4. Из них, 85,4 % считают, что достаточно хорошо понимают друг друга, но лишь 11,4 % этих людей реально проявляют ЛБ. Приведенные цифры показывают, что большинство людей интуитивно стремятся к личностной близости, но не знают, что такое ЛБ и поэтому достичь ее не могут. Дополнительное подтверждение этого — высокий процент родственников, которые готовы консультироваться у психотерапевта для повышения взаимопонимания с тяжелобольным родственником. Он составляет 67,1 %.



В систему повышения качества жизни включен и такой метод оздоровления и лечения, как ароматерапия. Курс ароматерапии длительностью от 7 до 21 дней прошли 8 пациентов со злокачественными опухолями в поздней стадии болезни. У всех был болевой синдром и расстройства адаптации. Эфирные масла назначались по обезболивающему или снотворному механизму действия масел, а эстетические предпочтения учитывались в меньшей степени.

Из 6 пациентов у 5 (83,3 %) был получен обезболивающий эффект сверх того, который был достигнут стандартной терапией, у всех троих (100 %) сон улучшился сверх того снотворного эффекта, который был достигнут стандартным лечением.

Для повышения качества жизни пациентов используются методы, соответствующие психофизиологическим особенностям лиц пожилого возраста. Это терапия уютом — создание комфортных условий пребывания в отделении; эстетотерапия — возможность осматривать жизнерадостные детские картины, подаренные отделению детскими школами искусств № 1 и № 19. Библиотерапия и музыкотерапия дают возможность пожилым пациентам читать книги и слушать музыку их молодос-

ти, что повышает их жизнеспособность, настроение и помогает пожилому человеку осознать себя полноценной личностью, имеющей право на эмоционально насыщенную жизнь. В отделении широко применяются методы психогигиены физической активности, позволяющие пациентам без насилия над собой вести максимально активную и полноценную жизнь. Методом опосредованного влияния на пожилых пациентов является психологическое консультирование их родственников. Об эффективности и полезности этого метода говорят не только благодарные отзывы родственников пациентов, но и приятное удивление пациентов, отмечающих перемены в отношениях с ними.

Пациентами хосписного отделения бывают представители различных слоев населения. Поэтому приведенные выше данные довольно точно характеризуют состояние психогигиены общения, потребность в различных современных методах оздоровления, а, значит, и уровень качества жизни в обществе в целом. Консультирование пациентов и их родственников с использованием методов системной психотерапии помогает не только уменьшить страдания пациентов, но и повысить душевное здоровье и культуру нашего общества.

ЛЕТАЕВА М.В., РАСКИНА Т.А., ШАФ Е.С.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ВНЕСУСТАВНЫЕ (СИСТЕМНЫЕ) ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА

Ревматоидный артрит (РА) занимает одно из ведущих мест в ряду ревматических болезней в связи с высокой распространенностью: в России — 1,8–2 %, в Кемеровской области — 3,5 %. РА является хроническим системным воспалительным заболеванием с прогрессирующим поражением преимущественно периферических суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита и широким спектром внесуставных (системных) проявлений.

Цель. Оценить характер и частоту внесуставных (системных) проявлений у больных РА мужского пола.

Материалы и методы. Обследовано 66 пациентов мужского пола с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов (1987). Средний возраст больных РА составил $56,3 \pm 1,4$ лет, длительность РА — $7,1 \pm 0,6$ лет.

Клиническое обследование пациентов проводилось по стандартам, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России. Активность РА определялась по индексу DAS-4, значение которого $< 2,4$

соответствовало низкой степени активности, 2,4–3,7 — средней и $> 3,7$ — высокой. Большинство больных имели высокую (23 человека — 34,9 %) и среднюю (43 человека — 65,1 %) степени активности ревматоидного воспаления. Наличие РФ установлено у 44 больных (66,7 %). В обследуемой группе больных преобладали пациенты со II и III рентгенологическими стадиями — 33 человека (50 %) и 18 человек (27 %), соответственно.

Результаты исследования. Системные проявления диагностированы у 38 больных (57 %), из которых у 26 (68 %) отмечалось наличие множественных системных проявлений. Повышение температуры зарегистрировано у 15 больных (39,5 %), при этом у 11 (28,9 %) из них в варианте субфебрилитета. Анемия установлена у 13 мужчин (34,2 %). Подкожные ревматоидные узелки определены у 12 пациентов (31,6 %), то есть у каждого третьего больного с системными проявлениями. У половины пациентов (6 чел.) наличие ревматоидных узелков сочеталось с множественными системными проявлениями. Потеря массы тела выявлена

у 10 больных (26,3 %), амиотрофия — у 8 (21 %). Полинейропатия, которая проявлялась нарушением чувствительности (болевой и температурной) в пальцах кистей и стоп при отсутствии двигательных расстройств, отмечена у 7 больных (18,4 %). Лимфаденопатия выявлена у 7 больных (18,4 %) и сочеталась с поражением селезенки и печени у 2-х (5,3 %). Наиболее часто определялось увеличение подчелюстных, шейных, подмышечных лимфатических узлов. У 2 больных (5,3 %) был диагностирован выпотной плеврит. Язвенное пора-

жение кожи в области нижней трети голени (проявление системного васкулита) развилось у одного больного и сочеталось с полинейропатией.

Выводы: Для клинической картины больных РА у пациентов мужского пола характерна высокая частота (57 %) внесуставных (системных) проявлений, в структуре которых преобладают ревматоидные узелки (31,6 %), анемия (34,2 %) и лихорадка (39,5 %). У 68 % больных РА мужского пола с системными проявлениями последние имеют множественный характер.

ЛЕТАЕВА М.В., РАСКИНА Т.А., ФАНАСКОВ В.Б.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МУЖСКОГО ПОЛА

Высокая распространенность остеопороза (ОП) и обусловленных им переломов скелета в популяции определяет эту проблему как одну из наиболее важных для современной медицины. ОП — сложное многофакторное заболевание, характеризующееся медленным бессимптомным прогрессирующим снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящее к увеличению риска переломов костей скелета. По заболеваемости, смертности и увеличению расходов на здравоохранение ОП сегодня находится на четвертом месте после сердечно-сосудистой, онкологической и эндокринной патологии.

Особенность ОП у мужчин — относительно высокая, по сравнению с женщинами, частота вторичного остеопороза, который выявляется у 30–60 % мужчин. Среди болезней и состояний, вызывающих вторичный ОП, наиболее важными являются хронические воспалительные заболевания, в первую очередь, ревматоидный артрит (РА), для которого характерно развитие как периапартулярной остеопении, так и генерализованной потери костной массы. Снижение минеральной плотности кости (МПК) зависит от множества факторов: возраста и пола больных, длительности заболевания, активности воспалительного процесса, тяжести функциональных нарушений, особенностей проводимой терапии и др.

Цель. Изучить зависимость между МПК, длительностью заболевания и рентгенологической стадией у больных РА мужского пола.

Материалы и методы. Обследовано 66 пациентов мужского пола с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматоло-

гов (1987). Средний возраст больных РА составил $56,3 \pm 1,4$ лет. Клиническое обследование пациентов проводилось по стандартам, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России. Длительность РА составила в среднем $7,1 \pm 0,6$ лет.

Все больные были разделены на 2 группы: по длительности заболевания: до 5 лет ($n = 30$) и более 5 лет ($n = 36$), и по рентгенологической стадии РА: I–II ($n = 41$) и III–IV ($n = 21$). МПК определяли методом рентгеновской абсорбциометрии (денситометр Exceell XR-45). Показатель МПК оценивали по шейке бедренной кости. Для диагностики остеопении и остеопороза использовали Т-критерий (ВОЗ, 1994).

Результаты исследования. Выявлено снижение МПК у 59 больных (89 %) — среднее значение Т-критерия — $-2,35 \pm 0,12$, МПК — $0,92 \pm 0,15$ г/см². Установлено, что в группе больных с длительностью заболевания менее 5 лет Т-критерий составил $-1,94 \pm 0,17$, МПК — $0,97 \pm 0,18$ г/см², в группе пациентов с длительностью заболевания более 5 лет — $-2,69 \pm 0,15$ и $0,88 \pm 0,19$ г/см², соответственно ($p < 0,05$). У больных с I–II рентгенологической стадией РА Т-критерий был достоверно выше ($-2,15 \pm 0,14$), чем у больных с III–IV стадией РА ($-2,68 \pm 0,2$, $p < 0,05$). Аналогичное соотношение имело место и при оценке МПК — $0,95 \pm 0,18$ г/см² и $0,87 \pm 0,18$ г/см², соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Снижение МПК выявлено у абсолютного большинства больных РА мужского пола — 59 человек (89 %). Снижение МПК ассоциировалось с длительностью заболевания и рентгенологической стадией РА.



ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А., ПИВОВАРОВА Ж.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата представляют серьезную проблему для современного общества, в связи с чем десятилетие 2000-2010 гг. объявлено ВОЗ международной декадой по заболеваниям костей и суставов, которая должна способствовать более глубокому пониманию патологии опорно-двигательного аппарата и ее связи с другими проявлениями.

Заболевания костно-мышечной системы в структуре общей заболеваемости больных терапевтического профиля за период 2006-2008 гг. переместились с четвертого на второе место, составив 18 % в 2008 г. (против 15,7 % в 2006 г. и 16 % в 2007 г.). Во многом это связано с открытием ревмоцентра на базе ОКГВВ в 2007 г., хотя госпитализация больных ревматологического профиля осуществляется в терапевтическое отделение с 2005 г.

Выделение 10 коек для данной категории больных и специализированный прием ревматолога в поликлинике ОКГВВ позволили упорядочить плановую госпитализацию пациентов. За последние 3 года в отделении пролечены 383 человека с патологией костно-мышечной системы, в число которых вошли как больные, наблюдающиеся у ревматолога, так и представители КОВ (контингента особого внимания), находящиеся в отделении на плановой госпитализации.

Первое место все годы занимают хронические дегенеративно-дистрофические заболевания суставов — остеоартрозы, составляя 39,3 % (139 человек) от общего количества пролеченных больных. Это определяется как превалированием пожилых пациентов старше 60 лет, так и лидирую-

щим положением данной нозологии среди ревматологических заболеваний.

На втором месте — одно из самых распространенных в популяции воспалительных заболеваний человека — ревматоидный артрит (РА), который приводит не только к ранней инвалидности, но и к снижению продолжительности жизни пациентов. Количество пролеченных больных с РА за период 2006-2008 гг. составило 133 человека — 37,6 %.

Третье место занимает группа серонегативных спондилоартритов, включающая преимущественно случаи анкилозирующего, реактивного и псориатического артритов. За указанный период в отделении пролечено 48 пациентов с данной патологией, что соответствует 13,6 % в структуре ревматических заболеваний.

Несколько меньшую группу представляют заболевания соединительной ткани, основное место среди которых занимает СКВ. В течение трех лет количество таких пациентов составило 34 человека (9,6 %). На последнем месте — группа васкулитов и псориатический артрит.

Таким образом, высокий процент пролеченных больных с заболеваниями костно-мышечной системы в структуре общей заболеваемости больных терапевтического профиля свидетельствует о большой распространенности данной патологии, как среди пациентов КОВ, так и в целом среди населения. Это подчеркивает актуальность проблемы диагностики заболеваний костно-мышечной системы с целью выработки комплексного и индивидуального подхода к их лечению и профилактике.

ПИВОВАРОВА Ж.А., ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Проблема ревматических заболеваний повсеместно приобретает всё большие масштабы в связи с неуклонным увеличением чис-

ла страдающих ими людей. Процесс старения населения рассматривается как одна из основных причин прогнозируемого роста распространённо-



ти воспалительных и, особенно, дегенеративно-метаболических заболеваний в популяции. Течение и лечение ревматических заболеваний у пожилых осложняется большим количеством сопутствующих заболеваний. Наличие болей в различных частях скелета приводит к снижению двигательной активности, оказывает неблагоприятные последствия в виде ухудшения функции кишечника, нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, развития компрессионных нейропатий, прогрессирования остеопороза и т.д.

Цель — изучить структуру воспалительных ревматических заболеваний у лиц пожилого возраста, особенности клинической картины, характер сочетанной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 35 пожилых пациентов, поступивших в терапевтическое отделение ОКГВВ с воспалительными ревматическими заболеваниями за период 2007-2009 гг. Средний возраст составил $67,4 \pm 3,2$ лет. Анализировали данные клинических, лабораторных, рентгенологических и других инструментальных исследований и медицинскую документацию.

Результаты исследования. Основную группу составили больные, страдающие ревматоидным артритом — 25 человек, что составило 71,4 % от общего числа больных, из них серопозитивных — 20 (80 %). Обращает на себя внимание наличие системных поражений у 52 % больных (13 случаев), наиболее частыми из которых были лихорадка и ревматоидные узелки. Второе место в структуре заболеваемости заняла подагра — 4 случая (11,4 %), третье — анкилозирующий спондилоартрит — 3 случая (8,6 %). Зарегистрировано по одному случаю дерматомиозита и васкулита (2,9 %).

Особенностями клинической картины ревматоидного артрита в пожилом возрасте явились дебют заболевания с асимметричного олигоартрита, частое вовлечение в процесс крупных суставов (коленных, плечевых), несоответствие рентгенологических изменений и функционального состояния пациентов, частое присутствие признаков депрессии. К сложностям диагностики ревматических заболеваний в пожилом возрасте следует отнести нарушения двигательной способности (сердечная недостаточность, поражения периферических сосудов), рентгенологические признаки остеоартроза, сопутствующие инфекционные и гематологические нарушения, затрудняющие интерпретацию лабораторных показателей — СОЭ, СРБ, РФ.

Во всех случаях ревматоидный артрит сочетался с другими заболеваниями (в среднем с тремя нозологиями). Сопутствующая патология была представлена следующим образом: гипертоническая болезнь — 17 случаев (68 %), ИБС — 11 (44 %), ХИМ — 10 (40 %), остеопороз — 9 (36 %), остеоартроз — 8 (32 %), заболевания ЖКТ, инфекции мочевых путей — по 6 (24 %), атеросклероз нижних конечностей и сахарный диабет — по 3 случая (12 %).

Выводы: Таким образом, наиболее частым воспалительным ревматическим заболеванием у лиц пожилого возраста является ревматоидный артрит. Главный фактор, отягощающий диагностику, течение и лечение РА, — сочетание с несколькими сопутствующими заболеваниями. Важной составляющей частью эффективного лечения должна стать комплексная оценка состояния здоровья, участие в диагностике, выборе тактики врачей смежных специальностей.

ПРОТАСОВА Т.В.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ УСТЬЯ АОРТЫ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА

Кальцинированный стеноз устья аорты (КСУА) дегенеративного генеза — заболевание неизвестной этиологии, проявляющееся прогрессирующим уплотнением створок аортального клапана (АК) с развитием кальцификации в их основании, формированием механического препятствия изгнанию крови из левого желудочка (ЛЖ) в аорту. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена широкой распространенностью заболевания, высокой смертностью пациентов с клиническими симптомами, значимостью ранних форм патологии, поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, опреде-

ленными трудностями в диагностике, а также тем, что широко используемые в кардиологической практике препараты (ингибиторы АПФ, β -блокаторы и др.) противопоказаны большинству больных аортальным стенозом (АС) и существенный положительный эффект связан лишь с хирургической коррекцией порока вне зависимости от возраста.

Частота кальцинированного АС у пожилых составляет 2-7 %, а у пациентов старше 80 лет — 15-20 %. При эхокардиографических (ЭхоКГ) исследованиях в общей популяции у 25 % лиц старше 65 лет выявлено неравномерное утолщение створок АК без сопутствующего стеноза — аорталь-



ный склероз; в настоящее время его принято считать ранней формой заболевания. С увеличением продолжительности жизни распространенность этой патологии будет расти.

Наиболее часто развитие КСУА связывают со следующими теориями: дегенеративной, механической, атеросклеротической, инфекционной и воспалительной.

В отечественной медицине традиционно развитие КСУА связывалось с атеросклерозом. Эти процессы имеют много общих черт и различий. Среди общих факторов риска — диета с повышенным содержанием животных жиров, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, повышенное содержание холестерина и липопротеидов низкой плотности, артериальная гипертензия и гипергликемия. Очевидно, что из-за роста суммарного риска этих факторов с возрастом долгое время эти заболевания считались частью пассивного необратимого процесса старения человеческого организма. Тем не менее, атеросклероз и кальциноз устья аорты могут протекать как одновременно, так и порознь. Так, при выраженном стенозе устья аорты изменения коронарных артерий при коронароангиографии выявляются менее чем у 50 % больных. В то же время, у большинства пациентов, страдающих ИБС, нет признаков КСУА.

Однако, несмотря на сходство факторов, predisposing к развитию АС и ИБС, а также на некоторую общность патологических процессов, происходящих в АК и стенке коронарной артерии (наличие окисленных липопротеидов, очаги хронического воспаления с инфильтрацией макрофагами и Т-лимфоцитами, микроскопическая кальцификация и продукция белков активированными макрофагами), между ними есть значительные различия. В АК отсутствуют гладкомышечные клетки, сосуды и накапливается гораздо больше кальция и белка, чем при коронарном атеросклерозе. Соседство клеток воспаления и окисленных ЛПНП в атеросклеротической бляшке неизменно приводит к возникновению некроза (минус-ткань), а в АК — к его уплотнению и утолщению за счет накопления коллагенового матрикса (плюс-ткань). Все клинические проявления коронарного атеросклероза связаны с нестабильностью бляшки и образованием тромба. В случае АС клинические проявления обусловлены обструкцией выходного тракта ЛЖ вследствие нарастания упругости и утолщения створок АК.

В отличие от ревматического и врожденного стеноза двустворчатого клапана, при КСУА дегенеративного генеза в процесс вовлекаются 3 створки клапана (иногда разные по размерам), не наблюдается сращения комиссур, кальцификация располагается преимущественно в основании створок, поражение других структур сердца отсутствует. Однако при массивной кальцификации АК этио-

логический диагноз порока становится весьма затруднительным. При исследовании срезов створок АК выявляются признаки активного воспаления — диффузная лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация створок. По мнению большинства исследователей, воспаление при данном заболевании носит первичный (аутоиммунный) характер, а не является реактивным, что не позволяет считать инфекционный эндокардит этиологическим фактором данной патологии. Четкая связь с инфекционными агентами (хламидии, вирусы герпеса, хеликобактер) пока не доказана.

КСУА является классическим примером эктопической дистрофической кальцификации: в створках клапана аорты обнаруживается зрелая костная ткань. Причины окостенения клапанов пока неясны. Активно разрабатывается теория системного нарушения обмена кальция, согласно которой, с одной стороны, изменяется минеральная плотность кости, с другой — появляются очаги эктопической кальцификации в тканях сердечно-сосудистой системы (в частности, в клапанах сердца). На этом фоне возможность патогенетической общности кальцинированного АС и заболеваний костной ткани (особенно остеопороза) становится очевидной. Однако не исключается возможность попадания клеток гемопоэтического ряда из тока крови в толщу клапана. Следует также отметить, что многие белки, необходимые компоненты формирования и роста кости, экспрессируются конституционально.

Заболевание проявляется в старшей возрастной группе, для которой характерна множественная сопутствующая патология, поэтому поводом для обращения к врачу нередко являются головокружения, приступы необъяснимой слабости, боли за грудиной, перебои в работе сердца и прогрессирующая одышка при физической нагрузке. Обычно таким пациентам ставят диагноз хронической сердечной недостаточности (ХСН) III-IV ФК по NYHA.

Основными клиническими проявлениями КСУА являются ангинозная боль, обмороки и одышка (триада Робертса). Объективным классическим симптомом стеноза устья аорты (вне зависимости от причины) является грубый систолический шум в проекции АК, проводящийся на сосуды шеи. В отличие от ревматического АС, при котором шум обусловлен прохождением тока крови через сращенные створки клапанов, шум при дегенеративном АС обусловлен прохождением тока крови через суженное кальцификацией аортальное отверстие с подвижными створками клапана аорты. Колеблющиеся створки гасят низкочастотный компонент шума и придают ему мягкий музыкальный оттенок (крик чайки). Этим же обусловлено преимущественное проведение шума к верхушке сердца, где систолический шум часто достигает аус-



культативного максимума (симптом Gallavardin). Иногда наличие систолического шума над верхушкой сердца у пациента пожилого возраста расценивается как проявление относительной митральной недостаточности при ХСН, что приводит к тактическим ошибкам в ведении таких пациентов.

Наличие КСУА следует предполагать в следующих клинических ситуациях:

- систолический шум в проекции АК у бессимптомных пациентов старше 65 лет;
- систолический шум над областью сердца у пациентов с быстро прогрессирующей сердечной недостаточностью, не объяснимой другими причинами;
- классическая триада симптомов (стенокардия, обмороки, одышка).

При проспективном наблюдении у большинства больных можно выявить более мягкие симптомы: приступы слабости или необъяснимые головокружения. С учетом исключения плохого прогноза важно вовремя распознать симптомы заболевания, даже если они неспецифичны и стерты.

Обмороки чаще появляются при физической нагрузке в результате снижения мозговой перфузии. При этом, вследствие системной вазодилатации, снижается АД, что проявляется приступами пепельной бледности или головокружениями на высоте нагрузки. Наиболее вероятной причиной обмороков, возникающих вне физической нагрузки, являются желудочковые аритмии или транзиторные нарушения проводимости (из-за анатомической близости кальцинированных структур и проводящих путей). К синкопальным состояниям наиболее часто приводят эпизоды кратковременной фибрилляции желудочков (часто купируются самостоятельно) и пароксизмы фибрилляции предсердий. Гипотензия и брадикардия приводят к значительному уменьшению коронарной перфузии и способствуют развитию фатальных желудочковых аритмий (даже без значимого стеноза коронарных артерий).

Дополнительными критериями КСУА являются отсутствие ревматического анамнеза; данные о перенесенных эмболических осложнениях или желудочно-кишечных кровотечениях, не связанных с язвенной болезнью, у пациентов пожилого возраста.

Микротромбы на клапанах аорты при КСУА обнаруживаются довольно часто. Нередки и кальциевые эмболии (15-19 %), но из-за малого размера эти эмболы с трудом поддаются визуализации (кроме эмболии в артерии сетчатки). Большинство таких эмболий протекают клинически бессимптомно.

У пациентов с пороками АК желудочно-кишечные кровотечения встречаются чаще, чем в популяции. Они могут быть как идиопатическими, так

и возникшими вследствие дисплазии сосудов подслизистой оболочки кишечника или на фоне других врожденных аномалий строения сосудистой стенки. Наиболее часто источником кровотечения является восходящий отдел ободочной кишки. Как правило, после хирургической коррекции порока биологическим клапаном желудочно-кишечные кровотечения не рецидивируют. Предполагается связь кровотечений с генетическими дефектами (мутации в участках 7-й хромосомы, ответственной за синтез эластина), приобретенной дисфункцией тромбоцитов, синдромом Виллебранда.

Основным инструментальным методом диагностики является ЭхоКГ с доплерографией. Четких ЭхоКГ-критериев КСУА до настоящего времени нет, что обусловлено множеством факторов: 1) размер отверстия АК у пациентов с КСУА не является стабильным (в отличие от такового у здоровых), т.е. изменяется в фазу изгнания; 2) чрезмерная фиксированность клиницистов на значении трансортального клапанного градиента неоправданна, т.к. при умеренном или даже незначительно повышенном градиенте возможен выраженный стеноз устья аорты; 3) существует зависимость площади отверстия АК и систолического градиента от объема потока крови.

Если по данным ЭхоКГ не удастся установить причину гемодинамической обструкции, проводят стресс-тест с инфузией добутамина и ЭхоКГ-мониторированием. Если на фоне стресс-теста увеличивается площадь аортального отверстия и систолического градиента — причина, вероятнее всего, в дисфункции миокарда; отсутствие прироста параметров обусловлено критической степенью АС. В некоторых случаях реакция на введение добутамина может отсутствовать вследствие ареактивности ишемизированного миокарда. В подобных ситуациях учитывают дополнительные параметры:

- степень кальцификации АК: чем она больше, тем выше вероятность выраженного АС. Кальцификацию оценивают по следующим критериям: I степень — единичные вкрапления в толще или по краю створок; II степень — множественные кальцинаты в створках АК без перехода на фиброзное кольцо клапана; III степень — распространенный кальциноз створок АК с переходом на фиброзное кольцо и прилегающие структуры. Предложены также количественные методы оценки содержания кальция (электронно-лучевая компьютерная томография);
- площадь аортального отверстия;
- скорость трансортального потока (самостоятельный критерий выраженности АС и прогностический фактора прогрессирования порока и времени появления симптомов заболевания).



Характерной особенностью КСУА дегенеративного генеза является длительный период компенсации, когда смертность, в том числе внезапная, крайне низка ($< 1\%$ в год), но при появлении клинических симптомов показатели внезапной смерти и смертности вообще значительно увеличиваются. По данным W. Roberts, 50 % больных умирают при появлении стенокардии в течение 5 лет, обмороков — 3 лет, сердечной недостаточности — 2 лет. При этом частота случаев внезапной смерти растет параллельно скорости прогрессирования симптомов заболевания — $\sim 17\%$ в год.

Скорость прогрессирования стеноза АК индивидуальна. По данным ЭхоКГ в среднем уменьшение площади аортального отверстия составляет $0,1\text{ см}^2$, увеличение скорости трансаортального потока — $0,3\text{ м/с}$ и трансклапанного градиента — 7 мм рт. ст. в год.

Проблема поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью (особенно к кардиохирургам) весьма актуальна не только для России. Отчасти это обусловлено незнанием природы симптомов больными, которые воспринимают головокружения, приступы слабости, перебои в работе сердца, одышку при нагрузке как проявления процесса старения. Однако в поздней обращаемости во многом повинны и врачи. Причинами для отказа от консультации кардиохирурга служат левожелудочковая недостаточность, пожилой возраст больного, сопутствующие заболевания, симптомы ИБС, улучшение соматического статуса после начала консервативной терапии. Эти симптомы расцениваются врачами как противопоказание для оперативного лечения. Клинические наблюдения за пожилыми пациентами после протезирования АК не подтвердили этого, что указывает на необходимость уточнения показаний для протезирования АК при АС:

- АС с клиническими симптомами заболевания вне зависимости от степени стеноза;
- умеренный или выраженный АС на момент операции аортокоронарного шунтирования;
- бессимптомный АС с систолической дисфункцией ЛЖ ($\text{ФВ} < 35\%$);
- бессимптомный выраженный АС, если необходим более высокий уровень физической нагрузки или планируется переезд в регионы, где медицинская помощь труднодоступна, а также как операция выбора для пациентов с вы-

раженной обструкцией выходного тракта ЛЖ (трансаортальный градиент $> 50\text{ мм рт. ст.}$), с учетом их пожеланий.

Консервативная терапия пациентов с АС направлена на замедление скорости прогрессирования АС, лечение симптомов заболевания, лечение сопутствующей патологии. Неоднократно предпринимались попытки замедлить скорость прогрессирования стеноза путем модификации факторов риска, в частности уровня ЛПНП. Наибольший успех достигнут при применении препаратов из группы статинов.

У пациентов с выраженным АС медикаментозная симптоматическая терапия, как правило, малоэффективна. Сердечные гликозиды показаны только при увеличении объема ЛЖ ($\text{КСО} > 50\text{ мл}$) и/или снижении $\text{ФВ} (< 35\%)$. При чрезмерном накоплении жидкости эффективны мочегонные средства, но использовать их следует с осторожностью, так как гиповолемия часто вызывает ортостатическую гипотензию. β -блокаторы угнетают сократительную функцию миокарда, усугубляют недостаточность ЛЖ и поэтому противопоказаны при тяжелой степени стеноза (площадь отверстия АК $< 0,8\text{ см}^2$). При умеренном или легком стенозе их назначение в малых дозах и короткими курсами целесообразно для профилактики стенокардии и внезапной смерти при КСУА. Предпринимаются попытки краткосрочного назначения таким пациентам вазодилататоров (ингибиторов АПФ, празозина, гидралазина, нитропруссиды, нитратов). Однако для проведения подобной терапии необходимы тщательный отбор пациентов, непрерывный инвазивный мониторинг и лечение в блоке интенсивной терапии.

Трепетание или фибрилляция предсердий наблюдаются менее чем у 10 % пациентов с выраженным АС, возможно, из-за позднего возникновения расширения левого предсердия при КСУА. При мерцательной аритмии следует всегда предполагать наличие поражения митрального клапана, а для ее купирования обычно применяют кардиоверсию.

В случае развития желудочковых нарушений ритма назначают антиаритмические препараты III класса (амиодарон). Имеются сообщения об эффективности ингибиторов АПФ (уменьшение гипертрофии миоцитов, снижение степени выраженности интерстициального фиброза и уменьше-

Таблица
Показатели тяжести АС по данным ЭхоКГ

Показатель	Легкий	Умеренный	Выраженный
Систолическое раскрытие створок АК, мм (норма $> 18\text{ мм}$)	12-15	8-12	< 8
Площадь аортального отверстия, см^2 (норма $2,0-4,0\text{ см}^2$)	1,5-2,0	1,0-1,5	$< 1,0$
Максимальный градиент давления на АК, мм рт.ст. (норма $< 10\text{ мм рт.ст.}$)	< 36	36-64	> 64
Максимальная скорость потока крови на АК, м/с (норма $1,0-1,7\text{ м/с}$)	< 3	3-4	> 4



ние задержки скорости проведения импульса в гипертрофированных миоцитах, т.е. снижение уязвимости миокарда по отношению к re-entry-аритмии).

Пациентам с КСУА дегенеративного генеза оправдано назначение препаратов, оказывающих метаболическое, антигипоксическое и кардиопротективное действие (предуктал).

К общим мероприятиям относятся регулярное ЭхоКГ-обследование, тщательная санация полости рта и профилактика инфекционного эндокар-

дита, выявление и коррекция факторов риска ИБС, обучение пациента своевременному выявлению симптомов заболевания.

Выраженное нарушение минеральной плотности кости (остеопороз) в сочетании с клинической картиной обмороков могут увеличивать риск возникновения инвалидизирующих состояний — таких, как переломы позвоночника и шейки бедра, что необходимо учитывать при ведении подобных пациентов.

ПРОТАСОВА Т.В., ВДОВИНА Ю.О., ЩЕГЛОВА И.Г., ПРАДЕДОВИЧ М.И.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Медицинское и социальное значение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) чрезвычайно высоко в связи с их высокой распространенностью. У лиц пожилого и старческого возраста доля ССЗ в структуре полиморбидности достигает, по данным разных авторов, 50 %. В ведении пожилых больных кардиологического профиля, особенно перенесших инфаркт миокарда (ИМ), большое значение придается психологическим аспектам.

Цель исследования — изучение особенностей психологического состояния больных ИМ пожилого возраста во время стационарного этапа лечения.

Обследованы 50 мужчин в возрасте 67–83 лет с достоверным ИМ. Психологический статус пациентов определяли с помощью теста ММРІ. Установлено, что у 43 пациентов (86 %) показатели теста ММРІ выходили за пределы нормы. У 27 человек (54 %) выявлено повышение профиля ММРІ по шкалам «невротической триады» (1, 2, 3), а также по шкалам 8 и 7, что является ха-

рактерными симптомами тревоги, растерянности, страха, депрессии. Эти изменения отмечались преимущественно в течение первой недели после развития ИМ (72 %). Перед выпиской из стационара чаще обнаруживались нарушение социальной адаптации, дисгармоничность в сочетании с беспокойством за состояние своего здоровья (40 %). Ипохондрические явления и симптомы психопатизации выявлены у 5 больных ИМ. Эти пациенты предъявляли массу жалоб на протяжении всей госпитализации, у них наблюдался «уход в болезнь», изображение будущего в пессимистических тонах.

Вывод. Развитие инфаркта миокарда у мужчин пожилого и старческого возраста сопровождается значительными изменениями в психологическом статусе, которые необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий в тесном содружестве с психотерапевтом, а также для составления индивидуальных психокоррекционных программ.

ПРОТАСОВА Т.В., ЕРМАКОВА А.Л., ШУМИЛОВА О.К.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Для пожилого больного терапевтического профиля характерно сочетание различных заболеваний, протекающих на фоне сниженных компенсаторных возможностей организма. ИБС по-прежнему доминирует в структуре заболеваемости и причин смертности. У пожилых больных уровень качества жизни в большой степени зави-

сит от выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН). Качество компенсации ХСН во многом связано со степенью приверженности больных к лечению (комплаентностью).

Цель работы — оценить влияние ХСН на качество жизни больных и степень приверженности больных к лечению.



Материал и методы. Методом сплошной выборки проведено анкетирование 50 пациенток с симптомами ХСН, которые находились на стационарном лечении в ОКГВВ. Средний возраст анкетированных составил $68 \pm 4,1$ лет. Для оценки качества жизни и особенностей психологического профиля использовали шкалы: SF-36, Хека-Хеса (Есть ли у вас невроз?), опросник Спилберга, анкету о приверженности к лечению.

Результаты и их обсуждение. У 4 % пациенток выявлена ХСН I стадии, у 70 % — IIА стадии и у 26 % — IIБ стадии. Все больные имели гипертоническую болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Стенокардия II-III ФК отмечена у 98 % пациенток, нарушение ритма и проводимости — у 42 %, инфаркт миокарда в анамнезе — у 28 %. Все анкетированные больные имели сопутствующие заболевания: поражение опорно-двигательного аппарата (76 %), заболевания пищеварительной системы (60 %), почек (60 %), желчевыводящих путей (38 %), дыхательной системы (34 %), сахарный диабет 2 типа (28 %).

У всех опрошенных выявлено снижение качества жизни по опроснику SF-36: восприятие общего состояния здоровья — 30,64; физическое функционирование — 36,14; психическое здоровье — 29,38; ролевое ограничение вследствие эмоциональных проблем — 16,5; социальное функционирование — 39,08; интенсивность боли — 31,74; жизнеспособность — 38,06; самооценка психического здоровья — 34,44. Статистически значимых различий по шкалам у больных с разными стадиями ХСН не выявлено. По опроснику Спилберга у всех больных выявлена высокая степень тревожности: ситуативная тревожность — в 55,2 %, личностная тревожность — в 68,2 % случаев. По

шкале Хека-Хеса (Есть ли у вас невроз?) опрошенные показали высокий балл (в среднем 17,62), что соответствует наличию невротического расстройства.

Все больные информированы о наличии у них артериальной гипертензии и необходимости соблюдения диеты с ограничением соли и жидкости, соблюдают рекомендации врачей. Отмечена довольно высокая комплаентность по отношению к медикаментозному лечению; пациентки регулярно принимают назначенные лекарственные препараты: диуретики (76 %), ингибиторы АПФ (44 %), аспирин (44 %), в-адреноблокаторы (38 %), антагонисты кальция (24 %), нитраты (16 %). Следует отметить, что 10 % больных продолжают регулярно принимать клофелин, что в основном связано со сформировавшейся у них психологической зависимостью от этого препарата. Статины никто из анкетированных не принимает постоянно (нет финансовой возможности, не замечают пользы от их приема, не хотят «нагружать печень»), несмотря на их доказанную эффективность. Приверженность к выполнению рекомендаций врача по изменению образа жизни крайне низкая: лишь 14 % опрошенных стараются соблюдать диету, снижать массу тела.

Выводы. Больным с ХСН свойственны высокий уровень тревоги, чувство неудовлетворенности своим положением в обществе, семье, оценка будущего в пессимистических тонах. Снижение уровня качества жизни в большей степени связано с эмоциональными проблемами. У обследованных пациентов выявлена высокая приверженность к медикаментозному лечению, что, вероятно связано с полиморбидностью. Комплаентность женщин пожилого возраста в отношении изменения образа жизни и стереотипа питания остается низкой.

РАЙХ О.И., СУМИН А.Н., КОНДЮКОВА Н.В., КОРОК Е.В.,
КАРПОВИЧ А.В., ХОДОСОВА Я.Е., БАРБАРАШ О.Л., БАРБАРАШ Л.С.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Психосоциальные факторы оказывают влияние на развитие и прогрессирование атеросклероза, обострение хронической ишемической болезни сердца, на ее течение и прогноз. Среди этих факторов в последнее время изучается поведенческий тип D, характеризующийся склонностью испытывать негативные эмоции в сочетании со сдерживанием их выражения, низкой самооценкой и скрытностью. При этом возраст па-

циентов и выраженность атеросклеротического поражения могут оказывать дополнительное воздействие на психологическое состояние пациентов.

Цель исследования — оценка различий психологического статуса и распространенности поведенческого типа D у больных с мультифокальным атеросклерозом в старших возрастных группах.

Обследовано 300 больных (возраст $61,4 \pm 0,5$ лет, 250 мужчин и 50 женщин), проходивших



обследование и лечение в Кемеровском кардиологическом центре в период подготовки к плановому оперативному лечению. Пациенты были разделены на группы: до 60 лет ($n = 122$), 60-69 лет ($n = 122$), 70 лет и старше ($n = 122$). Наличие стенозов экстракардиальных артерий определяли с помощью ультразвуковых методов исследований (аппарат «Aloka 5500») и, при необходимости, ангиографии. Наличие коронарных стенозов определяли с помощью коронароангиографии (на аппаратах Innova или Coroscor). Значимыми считали стенозы 50 % и более. Всем больным также проводили исследование психологического статуса с помощью опросников: качество жизни SF-36, шкала депрессии, Спилбергера-Ханина, Дженкина, опросник DS14 — для выявления личностного типа D, оценка когнитивных функций.

Число пораженных сосудистых бассейнов возрастало по мере увеличения возраста пациентов: если среди пациентов до 60 лет преобладало поражение одного сосудистого бассейна (70,5 %), а поражение 3-х бассейнов встречалось только в 8,2 % случаев, среди пациентов в возрасте 60-69 лет эти показатели составили 51,6 % и 16,1 %, а у больных старше 70 лет — 25,9 % и 31,5 %, соответственно ($p = 0,00001$). Уровень тревожности и депрессии нарастал в старших возрастных группах: среди больных до 60 лет выраженная тревожность наблюдалась в 8,2 % случаев, в группе 60-69 лет — в 23,4 %, у лиц старше 70 лет — в 46,3 % случаев, депрессия в — 6,6 %, 21,2 % и 37,1 % случаев, соответственно.

Отмечено и снижение с возрастом когнитивных функций ($p = 0,0001$). Качество жизни в группах больных до 60 лет и в возрасте 60-69 лет существенно не различалось, и только у больных старше 70 лет отмечено существенное его снижение. Так, показатели по шкале общего состояния здоровья составили $65,2 \pm 1,9$, $60,5 \pm 2,1$ и $45,1 \pm 3,3$ баллов, соответственно ($p = 0,000001$), по шкале физического функционирования — $67,5 \pm 2,1$, $63,8 \pm 2,0$ и $49,1 \pm 3,4$ баллов ($p = 0,00001$). У пациентов в возрасте до 60 лет и 60-69 лет одинаково часто встречались поведенческие типы А (47,5 % и 48,4 %) и АВ (44,3 % и 46 %), гораздо реже — поведенческий тип Б (8,2 % и 5,6 %). У лиц старше 70 лет отмечено существенное снижение встречаемости типа А (14,8 %) и возрастание больных с типом Б (18,5 %, $p = 0,021$). Распространенность «дистрессорного» типа личностных черт — типа Д — существенно увеличивалась с возрастом: у больных до 60 лет она составила 9,8 %, в группе 60-69 лет — 16,1 %, у лиц старше 70 лет — 18,5 % ($p = 0,0002$).

Таким образом, с возрастом отмечается увеличение числа пораженных атеросклерозом сосудистых бассейнов. Это сопровождается нарастанием распространенности неблагоприятных для прогноза психологических факторов — уровня тревожности и депрессии, поведенческого типа Д. Это подчеркивает значимость специальных программ по психологической реабилитации для больных старших возрастных групп с мультифокальным атеросклерозом.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В., КУЗНЕЦОВА О.В.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ГОСПИТАЛЯ Г. КЕМЕРОВО

Цель исследования — выявление особенностей течения пневмонии и микробной флоры нижних дыхательных путей у пожилых пациентов на фоне сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 больных пневмонией в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст $75,5 \pm 1,5$ лет), из них 31 мужчина и 7 женщин — 1 группа. В группу сравнения включено 16 больных пневмонией в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст $47,5 \pm 1,5$), из них 12 мужчин и 4 женщины. Группу сравнения составили участники афганской, чеченской войн, ликвидаторы аварии на ЧАЭС. Всем пациентам, имеющим продуктивный кашель, проведе-

но микробиологическое исследование мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам диско-диффузионным методом с помощью стандартных бумажных дисков.

Результаты и обсуждение. При проведении данного исследования выявлено, что длительность пневмонии у пациентов 1 группы достоверно больше, чем среди пациентов 2 группы ($p < 0,001$). Профессиональные вредности в анамнезе в 1 группе отмечают 80 % больных, а во 2 группе — 50 % пациентов. Из 30 пациентов 1 группы, имеющих профессиональные вредности, 11 работали на химических предприятиях города (в среднем стаж составил $23 \pm 2,5$ года), у 19 обследуемых имелся «подземный стаж» (в среднем $22 \pm 3,5$ года).



Структура профессиональных вредностей среди пациентов 2 группы выглядит следующим образом: из 8 больных у 5 имеется «подземный стаж», который составляет в среднем $9 \pm 1,5$ лет, трое работают на химическом предприятии «Азот» (стаж в среднем составляет $17,5 \pm 1,5$ лет). Выявлен достоверно более высокий процент курящих пациентов во 2 группе — 87 %, чем среди пациентов 1 группы — 80 % ($p < 0,001$), при этом стаж курения больше у лиц более старшего возраста — в среднем $45,5 \pm 6$ лет, у пациентов 2 группы — в среднем $23,5 \pm 3$ года.

Обращает на себя внимание наличие у пожилых пациентов различных сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа. Пациентов первой группы отличают более частые ОРВИ (в среднем $2,5 \pm 0,5$ раза в год), в то время как у больных 2 группы ОРВИ регистрируется в среднем $0,5 \pm 0,5$ раз в год. Наличие множества сопутствующей патологии усугубляет течение пневмонии.

Таким образом, общее число госпитализаций в год в 1 группе составляет в среднем $3,0 \pm 0,5$ раз в год, что достоверно выше ($p < 0,001$), чем во 2 группе, где общее число госпитализаций составляет в среднем $0,5 \pm 0,5$ раз в год.

У 36 пациентов 1 группы отмечена артериальная гипертензия различной степени, в то время как во 2 группе лишь у двоих обследуемых выявлена пограничная артериальная гипертензия. При исследовании структуры ишемической болезни сер-

дца в 1 группе нарушения ритма отмечены у 21 пациента (55 %). При проведении эхокардиографического обследования выявлена достоверно ($p < 0,01$) более низкая фракция выброса в 1 группе $53,8 \pm 4,4$, чем во второй группе, где фракция выброса составила в среднем $66,5 \pm 4,5$. Признаки гипертрофии правых отделов сердца, склероза аорты, гипертрофия левого желудочка были обнаружены у пациентов пожилого возраста и отсутствовали у более молодых.

В результате микробиологического исследования отмечено значительное преобладание в группе пожилых пациентов условно-патогенной микрофлоры: *St. mitis* — 31 %; а также *St. aureus* — 11 %; Грам-отрицательной микрофлоры: *E. Coli* — 8 %, *Klebsiella* — 3 %, *Ps. aeruginosa* — 3 %; истинные дрожжи — 10 %. В то же время, в 1 группе при проведении данного исследования оказались малозначимы такие возбудители, как *M. Cattarhalis* — 2 %.

ВЫВОДЫ:

1. Пневмония у пожилых пациентов с сопутствующей сердечно — сосудистой патологией характеризуется более тяжелым и продолжительным течением, чем у пациентов молодого возраста.
2. Ведущими возбудителями пневмонии у пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией на примере госпиталя г. Кемерово являются *St. aureus*, грам-отрицательная микрофлора, истинные дрожжи, условно-патогенная микрофлора.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью исследования являлся анализ антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у лиц пожилого возраста в стационарах города Кемерово за период 2008 года и ее соответствие рекомендациям Формулярной системы.

Материалы и методы. За период 2008 г. проанализировано 49 историй болезней и листов назначений умерших в 2008 году в стационарах г. Кемерово с диагнозом: Внебольничная пневмония в возрасте от 20 до 91 года.

Результаты и обсуждение. В стационары города Кемерово за период 2008 года поступили 1416 пациентов с диагнозом: Пневмония. Умерших среди них — 68 человек. Таким образом, ле-

тальность составила 4,8 %, что меньше по сравнению с прошлым годом, где летальность составляла 6 %, но в то же время на уровне 2006 года. При анализе историй болезней выявлено, что 37 человек из 68 умерли в трудоспособном возрасте. Но только 5 из них работали (13,5 %). 11 пациентов имели инвалидность (16,1 %) 1-2 группы по тяжелой сопутствующей патологии. 8 человек (11,8 %), практически каждый десятый умерший больной — БОМЖ. Обращает на себя внимание, что 48 % всех умерших составили лица пожилого возраста. Средний возраст умерших больных составил в 2008 году 60 лет. Средний возраст умерших в 2007 году — 54,7 лет. Кроме того, при анализе историй болезни и анамнеза умерших пациентов выявля-



но, что только 12 пациентов обратились в стационар в первые 5 суток от начала заболевания, остальные — на 10 день и позже.

25 пациентов (37 %) поступили в стационар в крайне тяжелом состоянии (кома, сопор, алкогольное опьянение), т.е. практически выяснить анамнез при поступлении у данной категории пациентов практически не удалось. При анализе листов назначения умерших от пневмонии пациентов в 44 % случаев выявлено несоответствие стартовой антибактериальной терапии, проводимой в стационарах города, рекомендациям Формулярной системы. Только у 56 % умерших пациентов стартовая антибактериальная терапия проводилась в соответствии с рекомендациями Формулярной системы 2007 года.

Очень широко используется цефалоспорины 1 поколения — цефазолин (10 %). Антисинегнойный фторхинолон 2 поколения ципрофлоксацин (неэффективный при внебольничной пневмонии) использовался как стартовый антибиотик в 10 % слу-

чаев. Однако самой часто применяемой группой препаратов оказались аминогликозиды: гентамицин, амикацин назначались у 28 % пациентов. В 2 % в качестве стартовой терапии применен линкомицин. Цефалоспорины 3 поколения в виде монотерапии применялись у 38 % пациентов. Терапия защищенными пенициллинами осуществлялась всего лишь у 6 % больных. У 12 % проводилась комбинированная антибактериальная терапия защищенным амоксициллином и макролидом для парентерального введения.

ВЫВОДЫ:

1. Таким образом, обращает на себя внимание необоснованное назначение неэффективных в качестве стартовой терапии антибактериальных препаратов у лиц пожилого возраста с внебольничной пневмонией.
2. Учитывая полученные данные, необходимо широко внедрять рекомендации Формулярной системы в практическую работу.

ШАФ Е.С., ШАТИНА Е.Ю., БАРБАРАШ О.Л., ПИРЮШОВА А.Г., ДИНОВА Е.С.
ГУЗ «Кемеровский областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

СРАР-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Каждый пятый человек после 30 лет постоянно храпит во сне. Часто храп воспринимается как неприятный, но безопасный звуковой феномен. К сожалению, храп является предвестником и одним из основных проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) — состояния, характеризующегося периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью (Guilleminault С., 1976). При тяжелых формах СОАС может отмечаться до 400-500 остановок дыхания за ночь общей продолжительностью до 3-4 часов, что ведет к острому и хроническому недостатку кислорода во время сна. Распространенность СОАС составляет 5-7 % от всего населения старше 30 лет (Stradling J.R. и соавт. 1991; Young T. и соавт. 1993). У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет около 30 % у мужчин и около 20 % у женщин, а у лиц старше 65 лет может достигать 60 % (Ancoli-Israel S., 1991).

Особую важность данное заболевание приобретает у пожилых пациентов. Во-первых, как уже было сказано, в связи с высокой распространен-

ностью СОАС у данной категории, во-вторых, из-за частых ошибок в его диагностике, когда симптомы СОАС интерпретируются как проявления церебрального атеросклероза, деменции, дыхания Чейна-Стокса и ряда других заболеваний. Более того, в пожилом возрасте наличие СОАС значительно утяжеляет течение ИБС, АГ, ХОБЛ. Еще одной важной проблемой является значительное увеличение потребления снотворных пожилыми, которые противопоказаны при СОАС и могут провоцировать гипертонические кризы, инсульты, и внезапную смерть во сне.

Наиболее эффективным методом лечения СОАС является создание постоянного положительного давления в дыхательных путях, предложенное Sullivan С.Е. с соавт. в 1981 году и получившее название СРАР-терапия (Continuous Positive Airway Pressure). Результаты проспективных исследований показали увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с не леченным СОАС. Marin J.M. и соавт. (2005) в 10-летнем наблюдении получили 3-х кратное увеличение фатальных осложнений и 4-5-ти кратное увеличение не фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с не леченным тяжелым СОАС по сравнению со здоровыми добровольцами и па-



циентами с неосложненным храпом. Следует обратить особое внимание, что у пациентов, проводивших СРАР-терапию по поводу СОАС, частота осложнений практически не отличалась от здоровых добровольцев. Таким образом, была доказана высокая эффективность СРАР-терапии в отношении профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СОАС.

Цель исследования — оценка эффективности СРАР-терапии у больных с СОАС.

Материалы и методы. Для диагностики СОАС использовались скрининговая анкета синдрома апноэ во сне и шкала сонливости (Epworth), результаты ночного кардио-респираторного мониторинга сна аппаратом Sc20 (Breas). Диагностическими критериями СОАС (International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual-ASDA, 1990) явились: индекс обструктивных апноэ/гипопноэ (ИАГ) ≥ 10 секундам; индекс эпизодов десатурации; наличие храпа. При установлении диагноза СОАС пациентам предлагалось проведение пробного сеанса СРАР-терапии аппаратом с автоматической настройкой лечебного давления — Auto-CPAP PV10i (Breas). Результат лечения оценивался по субъективным (улучшение качества сна и самочувствия на утро после проце-

дуры) и объективным критериям (снижение ИАГ и индекса эпизодов десатурации).

Результаты исследования. Обследованы 87 человек в возрасте от 44 до 76 лет, из них 65 пациентам был установлен диагноз СОАС различной степени выраженности. Среди пациентов с СОАС преобладали лица мужского пола (69,2 %), имеющие тяжелую степень заболевания (52,3 %). Практически все наблюдаемые имели сопутствующую патологию: избыточную массу тела и ожирение (81,2 %), ГБ (89,5 %), ИБС (41,8 %). Пробный сеанс СРАР-терапии был проведен 37 пациентам (56,9 %). Значительное улучшение качества сна и самочувствия утром отметили 29 человек. Анализ объективных критериев выявил снижение ИАГ с 39,3 до 8,6; индекса эпизодов десатурации — с 34,2 до 6,2.

Выводы. СРАР-терапия является высокоэффективным методом коррекции дыхательных нарушений во время сна у пациентов с СОАС. Метод СРАР-терапии был рекомендован пациентам для постоянного использования. Проводится дальнейшее наблюдение за исследуемой группой, которое позволит изучить особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СОАС.

ШИБАНОВА И.А., РАСКИНА Т.А., ВОЛЫКОВА М.А., АВЕРКИЕВА Ю.В.

ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ «ЦЕНТРА АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ» И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ МАБТЕРОЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Прогресс медицины и биологии в конце XX века расширил возможности медикаментозного лечения воспалительных заболеваний суставов и системных заболеваний соединительной ткани. Были разработаны принципиально новые противовоспалительные препараты, объединенные термином «генно-инженерные биологические агенты».

В настоящее время изучается возможность стойкого улучшения и даже полного излечения системных воспалительных заболеваний при раннем назначении «биологических агентов». Внедрение современных технологий лечения больных ревматического профиля позволяет: контролировать активность заболевания, замедлять темпы прогрессирования болезни, способствует сохранению трудоспособности пациентов и улучшению качества их жизни.

С апреля 2007 г. в Областном клиническом госпитале для ветеранов войн функционирует единс-

твенный в Кузбассе Центр антицитокиновой терапии, созданный в рамках Всероссийской программы оказания помощи пациентам с аутоиммунными ревматическими заболеваниями.

Основные задачи и функции центра антицитокиновой терапии.

1. Оказание высококвалифицированной помощи больным с воспалительными заболеваниями суставов: ревматоидным артритом, псориатическим артритом, анкилозирующим спондилоартритом с применением новых препаратов — «биологических» агентов.
2. Осуществление постоянного наблюдения у специалистов Центра антицитокиновой терапии, которые проводят углубленный мониторинг состояния больных, иммунологического статуса в соответствии с разработанными современными стандартами лечения и оценки его качества.



3. Создание и ведение единого регистра больных ревматоидным артритом, псориатическим артритом, анкилозирующим спондилоартритом, который является специализированной базой данных об этой категории больных.
4. Осуществление консультативно-диагностической деятельности по вопросам комплексной терапии воспалительных заболеваний суставов.
5. Организация сотрудничества с аналогичными центрами антицитокиновой терапии в России и за рубежом по различным аспектам диагностики и лечения.
6. Организация и проведение научных исследований, направленных на совершенствование и разработку новых методов антицитокиновой терапии воспалительных заболеваний суставов.

Результаты работы Центра антицитокиновой терапии. За период с декабря 2007 года по июль 2009 года пролечены 20 пациентов с ревматоидным артритом. Средний возраст больных $42,3 \pm 4,7$ лет. К началу терапии мабтерой у 14 больных регистрировалась высокая степень активности (DAS28 $6,09 \pm 0,53$), у 6 — умеренная степень (DAS28 $4,98 \pm 0,42$). Всем пациентам мабтера была назначена на фоне неэффективной ранее базисной терапии: 6 пациентов получали метотрексат 15 мг/нед., 11 пациентов — комбинированную терапию: метотрексат 10 мг/нед. и лефлюномид 20 мг/сут., и 3 пациента — метотрексат 10 мг/нед. и инфликсимаб 3 мг/кг по схеме (в течение года).

Мабтера вводилась по 1000 мг в 1-й и на 15 день в комбинации с метотрексатом 10 мг/нед. Во время каждого визита проводилась оценка длительности утренней скованности, числа болезненных суставов (ЧБС), числа припухших суставов (ЧПС), СОЭ, СРБ, РФ, IgA, M, G и определение качества жизни по HAQ. Оценка активности заболевания по DAS 28 проводилась перед 2-й инфузией, через 8 и 24 недели.

После первой инфузии мабтеры у всех пациентов отмечено улучшение самочувствия (ВАШ $89,2 \pm 3,2$ и $74,2 \pm 4,4$, $p < 0,05$), уменьшение длительности утренней скованности ($237,5 \pm 42,3$ и $150,4 \pm 32,4$ мин, $p < 0,05$), снижение СОЭ ($38,4 \pm 3,2$ и $25,1 \pm 4,5$ мм/час, $p < 0,05$), СРБ ($15,3 \pm 4,2$ и $11,3 \pm 2,3$ мг/л, $p < 0,05$). Ко второму месяцу терапии отмечено уменьшение ЧБС ($32,1 \pm 3,2$ и $15,4 \pm 3,4$, $p < 0,05$) и ЧПС ($28,4 \pm 2,4$ и $13,2 \pm 1,4$, $p < 0,05$), а также снижение РФ ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$) и стабилизация функционального состояния по HAQ ($p < 0,05$).

К 24 неделе наблюдения значительный терапевтический эффект зарегистрирован у 57,1 % больных и лишь 14,3 % пациентов потребовался повторный курс терапии.

Заключение. Применение мабтеры у больных РА, резистентных к стандартной терапии базисными препаратами, обеспечивает значимое подавление активности заболевания и улучшение качества жизни пациентов.



ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС





ВЕДМЕДЬ Г.Н., ЗЕБРЯЕВА Т.В., САЛЕНКОВА Л.Н., ШИБАНОВА И.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Проблема закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ) занимает важное место в структуре патологии нервной системы, составляя до 30-40 % всех травм мирного времени и до 70 % боевых, причем страдают в основном лица молодого, наиболее трудоспособного возраста.

Одним из ведущих клинических синдромов при последствиях легких черепно-мозговых травм является цефалгический, часто он имеет сложную структуру и тенденцию к хронизации. Приобретая хронический характер, боль становится, в свою очередь, причиной аффективных нарушений (депрессивное расстройство), функционального снижения когнитивной сферы.

Эмоциональная сфера личности подвергается длительному напряжению, эмоции приобретают реактивный характер, развивается эмоциональная неустойчивость. Мы полагаем, что нарушения эмоционально-волевой сферы, формирующиеся при хроническом невропатическом болевом синдроме, приводят к функциональному снижению развития основных психических процессов (памяти, внимания, мышления).

Функциональные когнитивные нарушения возникают при отсутствии непосредственного органического поражения вещества головного мозга. Основной причиной их развития являются те нарушения в эмоционально-волевой сфере, которые возникают вследствие формирования болезненного состояния у человека. Нарушается соотношение активности холинергической и норадренергической систем, формируется общая психическая слабость, происходит значительное ослабление произвольных волевых процессов, регулирующих высшие психические функции, пациенты испытывают затруднения в концентрации внимания, быстро утомляются. Отличительными особенностями функциональных когнитивных нарушений являются: непрогредиентный (или малопрогредиентный) характер нарушений, отсутствие диффузности поражения (не страдает вся личность в целом), легкие и умеренные мнестические нарушения, удовлетворительное общее состояние интеллекта, отсутствие выраженной социальной дезадаптации.

Хронические боли способны вызывать значительный дискомфорт в самочувствии, при этом резко слабеют функции сенсорно-перцептивной сфе-

ры. Во врачебной практике в терапии хронических болей вопросам восстановления нормального функционирования познавательной сферы внимание уделяется в последнюю очередь. И это связано с тем, что часто перед врачом стоит вопрос, действительно ли в данном случае причиной снижения интеллекта является хронический болевой синдром, или это связано с возрастом пациента, основным заболеванием или с выраженным депрессивным расстройством.

Целью нашего исследования является определение наличия связи между хроническим болевым синдромом и выявляемым функциональным нарушением когнитивной сферы.

В работе была использована краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), методика рисования часов для определения аффективного статуса, шкала депрессии Гамильтона. Мы провели наблюдение и диагностику описанными методами пациентов с перенесенными ранее легкими черепно-мозговыми травмами различной давности. Все пациенты были ранее обследованы (КТГ, МРТ головного мозга, ЭЭГ), у них отсутствовали признаки органического поражения головного мозга, клинические проявления заболевания укладывались в рамки вегетативно-сосудистого (35 %) и астенического (47 %) синдромов.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения Областного госпиталя ветеранов войн г. Кемерово. Мы наблюдали 57 пациентов в условиях неврологического стационара. Средний возраст выборки составил 37 лет.

Мы получили следующие данные. По шкале Гамильтона из 57 пациентов у 29 были выявлены признаки депрессивного расстройства. Из 29 человек, страдающих депрессивным расстройством, 22 пациента имели легкую степень его проявления и 7 человек — умеренную. Следует отметить, что распределение признака депрессии при хроническом болевом синдроме практически равномерное, а, следовательно, не отличается от теоретического. Это говорит о том, что в нашем случае развитие депрессивного расстройства не связано с хроническим болевым синдромом.

По шкале MMSE мы получили следующие результаты. Из общего количества участников психодиагностического обследования у 26 человек отсутствовали нарушения когнитивной сферы, 22 че-



ловека имели легкие когнитивные нарушения, 8 человек — умеренные и один — выраженные.

Для оценки достоверности полученных данных мы выбрали χ^2 -критерий Пирсона для сопоставления эмпирического распределения степени снижения интеллекта с нормальным теоретическим. Используя справочные данные (по Урбаху В.Ю.) для числа степеней свободы $v = 3$, определили критические значения χ^2 , $\chi^2_{кр} = 7,815$ ($p=0,05$), $\chi^2_{кр} = 11,345$ ($p = 0,01$), $\chi^2_{эмп} = 25,22$, $\chi^2_{эмп} > \chi^2_{кр}$, следовательно, эмпирическое распределение признака функциональных когнитивных нарушений отличается от теоретического. Таким образом, обследование группы пациентов с хроническим болевым синдромом шкалой MMSE показало статистическую значимость выявленных когнитивных нарушений.

Методика рисования часов. Из 57 человек 37 выполнили задание с ошибкой.

Используя справочные данные (по Урбаху В.Ю.) для числа степеней свободы $v = 2$, определили критические значения χ^2 , $\chi^2_{кр} = 5,991$ ($p = 0,05$), $\chi^2_{кр} = 9,210$ ($p = 0,01$), $\chi^2_{эмп} = 13,36$, $\chi^2_{эмп} > \chi^2_{кр}$. Таким образом, эмпирическое распределение признака функциональных когнитивных нарушений отличается от теоретического.

Вывод. Таким образом, можно говорить о том, что полученные результаты обследования статистически значимы, то есть большая часть пациентов с хроническим болевым синдромом имеет когнитивные нарушения в диапазоне от легкой до умеренной степени, определяемой шкалой MMSE, методикой рисования часов.

ГАТИНА М.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

В связи с аварией на Чернобыльской АЭС изучение воздействия малых доз радиации остаётся актуальным, поскольку для ликвидации последствий этой аварии были привлечены большие людские контингенты.

В поликлинике ОКГВВ в течение 2006-2008 гг. наблюдаются 13 ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, подвергшихся переоблучению в «малых» дозах (до 25-50 бэр): одна женщина и 12 мужчин в возрасте от 48 до 70 лет. 5 человек имеют II группу инвалидности. У человека инвалидность связана с радиацией.

Общая заболеваемость у чернобыльцев выше, чем в обычной популяции. Отмечено, что среди ликвидаторов широко распространены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС — 60 %, НЦД — 15 %, ГБ — 20 %). Заболеваемость за 2006-2008 гг. — 81. Характерно атипичное течение ИБС (полиморфизм жалоб, тенденция к скрытому течению заболевания, высокая частота нарушений сердечного ритма) и инсультов (на фоне нормального АД или незначительных его колебаний).

На втором месте — патология органов желудочно-кишечного тракта (заболеваемость за 2006-2008 гг. — 66). Она представлена, главным образом, язвенной болезнью, эрозивным и атрофическим гастродуоденитом и хроническим гастритом. Отмечаются частые рецидивы язвенной болезни, без выявления НР-фактора, возникающие на фо-

не острых респираторных вирусных инфекций, а также повышенная частота обнаружения полипов желудка и прямой кишки.

На третьем месте — нервно-психические заболевания (заболеваемость за 2006-2008 гг. — 24). Для ликвидаторов аварии на ЧАЭС характерны 5 синдромов: психовегетативный, неврозоподобный, астенический, экспрессивный и психоорганический. При этом последний (наиболее часто встречающийся) представлен в основном непсихотическими, т.е. не достигающими уровня деменции, вариантами — церебрастеническим и дистимическим. До 80 % ликвидаторов находятся в состоянии депрессии, что требует совместного ведения больных с психотерапевтом, неврологом, что позволяет делать поведение больного прогнозируемым.

Естественно, что при анализе заболеваемости ликвидаторов особый интерес вызывают данные о патологии системы крови и онкологических заболеваниях, как наиболее характерных отдаленных последствиях радиоактивного облучения. Однако значительных отклонений морфологического состава крови и костного мозга от нормы у лиц этой группы не выявлено. Убедительных данных о росте заболеваемости как лейкозами, так и онкологическими заболеваниями нет.

Таким образом, ведущей патологией у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС являются болезни сердечно-сосудистой системы.



ЗЕБРЯЕВА Т.В., ВЕДМЕДЬ Г.Н., ШИБАНОВА И.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Кемерово

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Несмотря на постоянный рост числа анальгезирующих средств, увеличение арсенала нейрохирургических, психотерапевтических методов, эффективность лечения пациентов, страдающих различными видами болевых синдромов, остается очень низкой.

С целью оказания эффективного медикаментозного воздействия на пациентов, страдающих хроническими болями, нами был избран препарат тебантин. Механизм анальгезирующего действия тебантина: препарат взаимодействует с α_2 - δ -субъединицами потенциалзависимых кальциевых каналов, предотвращает перегрузку нейронов ионами Са, увеличивает синтез ГАМК, стимулируя активность глутаматдекарбоксилазы; снижает количество возбуждающего нейромедиатора глутамата, а также модулирует активность NMDA-рецепторов.

На базе неврологического отделения ОКГВВ проведено лечение пациентов участников боевых действий с хроническими головными болями посттравматического характера (боевые ЧМТ, травмы, полученные после военных действий). В исследовании приняли участие 37 человек с последствиями ЧМТ без эпилептической симптоматики, с выраженными головными болями, вынужденных принимать анальгезирующие препараты, до 6-8 таблеток в сутки. Экспериментальная группа — 17 человек (мужчины средний возраст 35,5 лет); и контрольная группа — 20 человек (мужчины, средний возраст 35,5 лет). Критериями включения в исследование служило наличие длительных головных болей, сопровождающихся расстройством сна, начальными проявлениями депрессии, постоянной зависимостью от приема анальгезирующих препаратов (анальгин, пенталгин, нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП). Болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), в которой 0 соответствует отсутствию боли, а 10 баллов — нестерпимой боли. Депрессия оценивалась по шкале Гамильтона; в исследование включались пациенты с 5-10 баллами.

По результатам проведенного исследования по шкале ВАШ в экспериментальной и контрольной группах боль наличествовала в пределах 7-10 баллов, что является крайне высоким показателем выраженности болевого синдрома.

Все пациенты обеих групп получали стандартное лечение, включающее внутривенное капельное, внутримышечное, пероральное введение анальгетиков, миорелаксантов, НПВП, физиотерапевтическое лечение (транскраниальная электростимуляция головного мозга).

Помимо этого, пациенты экспериментальной группы получали тебантин с первого дня лечения. С учетом выраженности головной боли и расстройства сна, суточная доза составила 600 мг (по 1 таблетке 2 раза в сутки).

Эффективность препарата оценивалась по результатам лечения 37 пациентов экспериментальной группы. Интенсивность болевого синдрома достоверно снизилась после лечения в обеих группах.

На начальном этапе лечения боль у пациентов в экспериментальной группе по шкале ВАШ в среднем оценивалась в 8,8 баллов, в контрольной группе несколько меньше — 8,2 баллов. После проведенного лечения пациенты экспериментальной группы отмечали значительное уменьшение головной боли, улучшение самочувствия, нормализацию ночного сна. Средняя оценка по шкале ВАШ составила 2,4 балла. В контрольной группе мы также наблюдали снижение болевого синдрома, но не столь значимое. Оценка в среднем составила 3,5 балла по визуальной шкале боли.

В экспериментальной группе эффективность лечения, таким образом, составила 72,9 %, а в контрольной — 63 %. Следует отметить, что анальгетический эффект в основной группе наблюдался с первых дней лечения. Тебантин в дозе 600 мг в сутки у пациентов с выраженными головными болями продемонстрировал хорошую переносимость и эффективность.

Таким образом, тебантин эффективен в комплексном лечении хронической посттравматической головной боли.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧАЭС

Воздействие ионизирующего излучения может быть результатом внешнего облучения и попадания радиоактивных веществ внутрь организма. Нервная система отличается высокой чувствительностью к радиации. Установлено, что для действия радиации характерно определенное сочетание эффектов раздражения и повреждения структур нервной системы. Изменения возникают при всех дозах облучения. При радиационных поражениях нервной системы наблюдаются сосудистые изменения как одно из проявлений общего геморрагического синдрома: переполнение сосудов кровью, стазы, плазморрагии, точечные или обширные кровоизлияния в мозг и оболочки. Нередко выявляются изменения паренхимы нервной системы в форме реактивного и дистрофически-некробиотического процесса.

Среди возникающих вследствие общего облучения клинических форм выделяются: 1) явления астении; 2) вегетативно-сосудистая дистония; 3) менингеальный синдром; 4) энцефаломиелопатия; 5) коматозные состояния. В результате локального воздействия могут развиваться: 1) невралгии; 2) полиневропатии; 3) очаговые миело- или энцефалопатии; 4) очаговые некрозы головного и спинного мозга. Для хронической формы характерны те же расстройства, но развитие заболевания постепенное. В анамнезе можно выявить длительный контакт с излучателями или попадание радиоактивных веществ внутрь организма.

Участники ликвидации аварии на ЧАЭС, имеющие признаки поражения нервной системы, получают специализированную лечебно-диагностическую помощь в неврологическом отделении ОКГВВ. Проанализированы истории болезни за 2008 год. Из числа всех пролеченных пациентов контингента особого внимания (595 человек) эта группа составляет 12,8 % — 76 чел. Средний возраст 51,7 лет. Из них, 71 мужчина (93,4 %) и 5 женщин (6,6 %). Несмотря на трудоспособный средний возраст, работающими являются лишь 36 % (28 человек). Не работают — 5 человек, являются пенсионерами — 14, инвалидами II группы — 25, III группы — 4 человека.

При клиническом обследовании в преобладающем большинстве было выявлено сочетание поражения головного мозга (у 89,5 %) и периферической нервной системы (у 92,1 %). 50 % пациентов имели неврологические проявления остеохондроза шейного отдела, 48,7 % — поясничного отдела и 13,2 % — грудного отдела позвоночника. Преобладающим у этих пациентов выступает болевой синдром различной локализации. Компрессии корешков выявлены у 4 % больных, периферические парезы — у 2,6 %, тазовые нарушения — у 2,6 %. Полинейропатия конечностей встречалась у 20 % пациентов.

Не имели признаков страдания головного мозга 11,8 % пролеченных пациентов. У остальных была выявлена энцефалопатия смешанного генеза, которая клинически была представлена следующими синдромами: вестибуло-атактический — 57,9 %, астенический — 56,6 %, цефалгический — 56,6 %, невротический — 51,3 %, ангиодистонические пароксизмы — 23,7 %, когнитивный синдром — 17,1 %, синдром ликвородинамических нарушений — 5,3 %, синдром паркинсонизма — 5,3 %, депрессивный синдром — 4 %, кохлеарный синдром — 4 %, эписиндром — 2,9 %, гиперкинетический синдром — 2,6 %, ипохондрический синдром — 1,3 %, диссомнический синдром — 1,3 %.

Выявленные особенности заболеваемости участников ликвидации аварии на ЧАЭС определяют диагностическую, лечебную, реабилитационную тактику. В отделении наряду с рутинными методами диагностики и лечения проводится нейро-психологическое тестирование, исследование когнитивных функций, стабیلорафия, психотерапия, психокоррекция, лечебно-медикаментозные блокады, широкий арсенал физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики, озонотерапия, гипербарическая оксигенация.

Организацией медицинской помощи предусмотрена обратная связь с пациентами, проводятся выездные консультации неврологов. Регулярные курсы комплексного лечения благотворно сказываются на качестве жизни пациентов — участников ликвидации аварии на ЧАЭС.



КАНУННИКОВА Л.В., ФРОЛОВА Е.В.

ГУЗ «Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн»,
г. НовосибирскМЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ
ДЕЙСТВИЙ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Медико-социальная адаптация лиц, побывавших в экстремальных условиях, включающая оценку вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов, становится в настоящее время особенно актуальной в нашей стране. Это связано с тем, что в России, как и во всем мире, участились межнациональные и межрегиональные конфликты.

Исследования, проводимые в этой области, показывают, что у определенного процента людей, побывавших в экстремальных ситуациях, возникают посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). По результатам исследований, в структуре психической патологии среди участников боевых действий (УБД) данный вид расстройств составляет от 70 до 90 %. Поэтому медико-психологическая реабилитация является основным направлением работы с данной категорией населения для их успешной адаптации к условиям мирной жизни.

В Новосибирской области этот контингент насчитывает порядка 25 тысяч человек. Они закреплены за нашим госпиталем для оказания лечебно-диагностической помощи и медико-психологической реабилитации. Данная работа ведется с 2000 года в Центре медико-психологической реабилитации (ЦМПР) госпиталя психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами, терапевтами, неврологами и др. Основными направлениями работы нашего Центра являются: своевременное выявление лиц, подвергшихся чрезмерному воздействию стресса в результате участия в боевых действиях; диагностика состояний дезадаптации и других нарушений, вызванных травматическими поражениями центральной нервной системы и стрессовыми расстройствами в результате боевых действий; психотерапевтическая поддержка и коррекция при наличии психологических проблем; консультирование и психологическая помощь членам семей погибших; разработка и внедрение новых форм реабилитационных технологий для лиц, подвергшихся воздействию боевого стресса; применение разработок новосибирских ученых, основан-

ных на использовании биологической обратной связи (БОС-ЛАБ, БОС-ПУЛЬС); проведение трудовой экспертизы.

Для выявления с диагностической целью признаков ПТСР у ветеранов боевых действий в ДРА и Чечне нами разработан экспресс-опросник участника боевых действий (на основании диагностических критериев МКБ-10 и известных опросников боевого стресса). Анализ ответов позволил разделить 1632 респондентов на комбатантов с: клинически выраженным ПТСР (327 чел. — 20 %), отдельными симптомами ПТСР (939 чел. — 65 %), отсутствием ПТСР (366 чел. — 15 %) и прийти к выводу, что при повторных поступлениях на лечение расстройства, связанные со стрессом, теряют свою остроту, но не теряют актуальности и продолжают влиять на состояние ветеранов, претерпевая в своем развитии стадийность и переходя в психосоматику.

Следует отметить, что на имеющиеся последствия боевой психотравмы наслаиваются и признаки органического поражения центральной нервной системы вследствие полученных ранений и контузий. Это указывает, с одной стороны, на то, что решение только психологических проблем не излечивает последствий травм и контузий, с другой — что «излечение тела невозможно без излечения духа». Таким образом, психологическая и медицинская составляющие представлены в стенах нашего Центра в равной степени, дополняют друг друга, а специалисты всех служб работают в тесном контакте на благо пациента.

В результате наших исследований эффективность психокоррекционных мероприятий с исходом «улучшение» наблюдалась у 90 % пациентов, с исходом «стабилизация» — у 10 %. Наличие компьютерной базы данных по вышеуказанному контингенту и её своевременное пополнение позволяет усовершенствовать методики работы с пациентами, исключать повторение уже ранее применяемых методик, фиксировать и обрабатывать результаты, отслеживать динамику реабилитационного процесса.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПОГИБШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Организация службы реабилитации участников боевых действий и членов семей погибших военнослужащих составляет одну из важнейших задач современного общества. Комплексная реабилитация — это межведомственная дисциплина, требующая координации и преемственности служб здравоохранения, социальной защиты населения, военного комиссариата.

В МУЗ ЦГБ г. Междуреченска наблюдаются 506 участников боевых действий в Чечне, 168 участников миротворческих миссий на территории Афганистана, 62 члена семей погибших военнослужащих. На диспансерном учете состоят 342 человека, в структуре заболеваемости 1-е место занимают болезни органов дыхания, 2-е — костно-мышечной системы, 3-е — системы кровообращения, 4-е — эндокринной системы, 5-е — желудочно-кишечного тракта. Первичная заболеваемость распределилась так: 1-е место — болезни органов дыхания, 2-е — кожи, 3-е — системы кровообращения. Инвалидность имеют 11 человек. Умерли в 2008 г. 6 человек: отравления — 2, травмы — 2, токсическая энцефалопатия — 1, острая сердечная недостаточность — 1. За 5 месяцев 2009 г. умер 1 человек — алкогольная кардиомиопатия.

Медико-психологическая реабилитация представлена двумя этапами. На первом этапе деятельность по социальной адаптации осуществляется во взаимодействии с военным комиссариатом города, специалисты которого направляют граждан данной категории в управление социальной защиты населения и в учреждения здравоохранения. Ведется учет ветеранов, оказывается справочно-консультативная помощь, определяется нуждаемость в адаптационных мероприятиях. Второй этап реабилитации проводят областные структуры. В 2008 г. комплексным медицинским обследованием охвачено 95 % контингента. В течение прошлого года обратились за медицинской помощью 314 человек, из них 230 получили амбулаторное лечение, 72 — стационарное, 12 — СЗТ, 10 — СКЛ, пролечены в госпиталях 47 человек. За 5 месяцев 2009 г. комплексным обследованием охвачены 47 %. Обратились за медицинской помощью 181 человек, получили амбулаторное лечение 142, стационарное — 39, СКЛ — 2, в госпиталях — 12. Для реабилитации данного контингента на базе МУЗ ЦГБ развернуто 27 коек.

На территории города работает Центр экстренной психологической помощи по телефону, проводится очное индивидуальное консультирование по обращению. Но со своими проблемами ветераны стесняются обращаться к психологам. Ветераны боевых действий, состоящие на службе в УВД, проходят обязательный двухэтапный курс реабилитации. Для выявления признаков стрессовых расстройств все участники боевых действий проходят психофизиологическое обследование в ЦПД г. Новокузнецка, с последующим оздоровлением в санатории «Мазурово». При УВД работает кабинет психологической разгрузки, где проводятся психологические дебрифинги с целью снижения нервно-психологического напряжения, индивидуальное психологическое консультирование по актуальным личным проблемам, проводится обучение саморегуляции, работа с семьями сотрудников. За 2008 год 1-й этап психологической реабилитации прошли 8 человек, 2-й этап — 7 человек; за 5 месяцев 2009 года: 1-й этап — 7 человек, 2-й этап — 1 человек. Существует возможность реабилитации ветеранов вместе с семьями в «Мазурово». Основная проблема медико-психологической реабилитации данного контингента — отсутствие личной заинтересованности, недостаточная мотивация, низкая приверженность к реабилитации.

Для улучшения качества жизни ветеранов боевых действий и членов семей погибших военнослужащих в городе работает Программа «Социальной поддержки населения города Междуреченска на 2009 год». В текущем году предусмотрено выделение 269,8 тыс. руб. на социальную поддержку данной категории. За 5 месяцев 2009 г. уже выделено 152,13 тыс. руб., что позволило оказать помощь 87 человек — 155 обращений. Через учреждения социальной защиты города помощь получили 103 человека (135 обращений) на сумму 128,43 тыс. руб.: выдаются продуктовые наборы, выплачивается материальная помощь на приобретение дорогостоящих медикаментов, оказываются бытовые услуги, проводится оздоровление детей, спортивные мероприятия. Семьям 33 ветеранов предоставляется субсидия на содержание жилья и коммунальных услуг. В 2009 г. предоставлено 11 мест в ДОУ для детей ветеранов боевых действий, очередности для данной категории нет. Ключевым фактором адаптации является трудоустройство. Состоят на учете в центре занятости населения и получают пособие по без-



работице 5 ветеранов, 7 человек трудоустроены в 2009 г., 1 человек обучается новой профессии.

Реабилитация — процесс поиска ресурсов, позволяющих индивидууму адаптироваться в общес-

тве. Работа в этом направлении проводится достаточно полная, но затрудняется пассивностью, недостаточной мотивацией к реабилитации данного контингента.

ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А., ПИВОВАРОВА Ж.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,

г. Кемерово

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БЫВШИХ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ДАВНОСТИ СЛУЖБЫ

А ртериальная гипертензия (АГ) является ведущей проблемой современной медицины в силу ее распространенности и определяющего вклада в развитие ишемической болезни сердца (ИБС) и cerebrovasкулярных заболеваний. В Российской Федерации почти половина взрослого населения страны имеют АГ. Основными заболеваниями, формирующими высокую смертность, являются ИБС (46,9 %) и cerebrovasкулярные болезни (37,6 %). Особенно высокий уровень смертности отмечается среди мужчин трудоспособного возраста. За последние десятилетия, вследствие участвовавших вооруженных конфликтов, вновь встала проблема развития АГ в отдаленном послевоенном периоде. Особенностью сосудистого поражения у данной категории является раннее поражение атеросклерозом коронарных и мозговых артерий. Это вызывает развитие признаков преждевременного старения, что подтверждено данными научных исследований (Шенко О.Н., 2004).

Цель настоящей работы — изучить состояние липидного спектра как фактора, влияющего на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний у бывших участников боевых действий (БД), в зависимости от сроков давности службы.

Материалы и методы. В исследование были включены 107 человек. Основную группу составили 60 ветеранов войны в Афганистане и Чеченской Республике (ЧР) мужского пола в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст $40,1 \pm 6,5$ лет). Бывшие воины находились в условиях боевой обстановки 5-27 лет тому назад (в среднем $23,3 \pm 2,8$ лет для Афганистана и $8,7 \pm 2,8$ лет для ЧР). Подгруппу I-A ($n = 20$) составили лица с давностью службы до 15 лет включительно, куда вош-

ли все воевавшие на территории ЧР; подгруппу I-B — лица с давностью службы более 15 лет ($n = 40$ — все участники БД в Афганистане).

Контрольную группу составили 47 военнослужащих — офицеров КВВКУС той же возрастной категории (средний возраст $40,8 \pm 4,7$ лет), не принимавших участия в боевых действиях. Показатели липидного спектра рассчитывали холинэстеразным методом и по формуле Friedewald W.T. Дислипидемией считались показатели $ОХС > 5,0$, $ХС-ЛПНП > 3,0$, $ХС-ЛПВП < 1,0$ и $ТГ > 1,7$ ммоль/л, $КА > 4,0$ у.е.

Результаты. Выявлено, что концентрации показателей ОХС и ХС-ЛПНП в обеих подгруппах основной группы превышали нормативы и составили в I-A подгруппе $5,5 \pm 0,9$ и $3,3 \pm 0,95$, в I-B — $5,4 \pm 0,84$ и $3,2 \pm 0,97$ ммоль/л, соответственно. В контрольной группе данные показатели соответствовали нормативам ($ОХС = 4,8 \pm 0,77$, $ХС-ЛПНП = 2,7 \pm 0,79$ ммоль/л) и достоверно отличались от показателей ОХС и ХС-ЛПНП в основной группе ($p < 0,05$). Остальные показатели липидного спектра не превышали нормальные во всех группах обследуемых. При сравнении данных в обеих подгруппах основной группы достоверных различий между концентрациями показателей не выявлено.

Выводы. Таким образом, дислипидемия (по показателям ОХС и ХС-ЛПНП), выявленная у бывших участников БД, независимо от давности сроков службы, безусловно, может относиться к факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний. Отсутствие изменений в липидном спектре у военнослужащих, не участвовавших в БД, свидетельствует в пользу более раннего развития атеросклероза у воевавших лиц.

ПИРЮШОВА А.Г., ШАФ Е.С., ШАТИНА Е.Ю., ДИНОВА Е.С.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ – ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Формирование системных соматических и психических расстройств у пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) определяется влиянием комплекса потенцирующих друг друга неблагоприятных факторов ядерной катастрофы (психотравмирующих воздействий, биологических эффектов облучения, социальных факторов). В качестве механизмов поражения сердечно-сосудистой системы рассматриваются непосредственное воздействие ионизирующего излучения на функцию эндотелия; дислипопроотеидемия атерогенного типа у лиц с радиационным анамнезом; иммунодефицит, выражающийся в виде формирования аутоиммунопатологических реакций к тканям, в том числе миокарда и эндокринных органов. Кроме того, общепризнано, что спустя 10 лет и более после ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС практически у всех ликвидаторов формируются многообразные изменения личности и социальной адаптации, рассматриваемые в рамках посттравматического стрессового синдрома (PTSD), усугубляющие течение сердечно-сосудистых заболеваний. Все перечисленные механизмы ведут к ускоренному старению организма с развитием в более ранние сроки патологий, характерных для лиц более пожилого возраста.

Цель — проанализировать особенности клинической картины, течения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных — ликвидаторов аварии на ЧАЭС в 1986, 1987 и 1988 гг.

Материалы и методы. Обследованы 58 мужчин с гипертонической болезнью (ГБ), находящихся на лечении в кардиологическом отделении ОКГВВ. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 3,2$ года. Основную группу составили 30 пациентов — ликвидаторов аварии на ЧАЭС, контрольную — 28 пациентов, заболевших в период после аварии на ЧАЭС, но не подвергшихся воздействию радионуклидов. Анализировали медицинскую документацию (выписки, амбулаторные карты, истории болезни), анамнез, клинические, физикальные и лабораторно-инструментальные данные.

Результаты исследования. При оценке давности заболевания в основной группе до 5 лет страдали ГБ — 4 человека (13,4 %), от 5 до 10 лет — 10 пациентов (33,3 %), от 10 лет — 16 (53,3 %), в контрольной группе — 15 (53,6 %), 8 (28,6 %) и 5 (17,8 %), соответственно.

Следовательно, при одинаковом возрасте в группе пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС преобладали лица с давностью заболевания АГ более 5 лет, а в контрольной — до 5 лет ($p < 0,01$).

Пациенты основной группы достоверно чаще страдали ГБ II и III степени, а пациенты контрольной группы — ГБ I и II степени ($p < 0,01$). По уровню риска развития осложнений лица, пострадавшие от последствий аварии на ЧАЭС, в $83,4 \pm 3,7$ % случаев принадлежали к высокому и очень высокому риску, а пациенты контрольной группы — только в $50 \pm 2,9$ % случаев ($p < 0,001$).

Наличие ИБС достоверно чаще диагностировалось в основной группе — в 62,7 % случаев по сравнению с 38,6 % в контрольной группе, а ПИКС — в 21,5 % и 10,7 %, соответственно. У ликвидаторов аварии на ЧАЭС достоверно чаще выявлялись изменения на ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, синусовая тахикардия, желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия, изменения конечной части желудочкового комплекса (ST-T), блокада левой ножки пучка Гиса.

В основной группе достоверно чаще требовалось назначение комбинированной терапии и большие дозы гипотензивных препаратов. Атеросклеротическое поражение сосудов разных локализаций имело место как в основной, так и в контрольной группах. Однако облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей и стенозирующий атеросклероз сонных артерий более чем в 5 раз чаще был диагностирован у больных основной группы по сравнению с контрольной ($p < 0,05$).

Полиморбидность наблюдалась как у лиц основной группы, так и контрольной. Однако наиболее выражена она была в группе пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС: уступая первое место болезням системы кровообращения. Вторыми по встречаемости явились болезни системы пищеварения. На третьем месте — болезни костно-мышечной системы. Достоверно чаще у пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС выявлялись морфологические изменения в щитовидной железе (ЩЖ), представленные чаще узловым зобом, диффузным эндемическим зобом, аутоиммунным тиреоидитом. У лиц контрольной группы отдельные нозологические единицы не были диаг-



ностроены вовсе, например, кистoadенома ЩЖ и тиреоидэктомия. По данным изучения углеводного обмена в отдаленном постчернобыльском периоде его нарушения выявлены достоверно чаще у лиц, пострадавших от воздействия радиации. Из болезней глаз у лиц основной группы существенно чаще диагностировались катаракта по сравнению с частотой ее встречаемости у лиц контрольной группы. У лиц основной группы имеет место увеличение частоты заболевания мочеполовой системы, кистообразования в печени и почках и дос-

товерно чаще регистрируется нейросенсорная тугоухость.

Выводы. У лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения вследствие аварии на ЧАЭС, артериальная гипертензия развивается на 5-10 лет раньше, чем у лиц, не подвергшихся воздействию радионуклидов. Для данной категории больных характерно более тяжелое течение ГБ, наибольшие риски развития осложнений, наличие ассоциированных клинических состояний и полиморбидность.

ТОРГАШОВ М.Н., БАЯНДИНА Е.В., ВОРОНОВА Ю.С., ЛУНЯКИНА С.Б.
ГУЗ «Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн»,
г. Новосибирск

РОЛЬ СТРЕССИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

Характер закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ) значительно отличается от травм, получаемых в мирное время. Воздействие множества психотравмирующих событий приводит к боевой психической травме. Отличие боевой психической травмы от прочих состоит в том, что время экспозиции стрессов длительное, и изменения в нервной системе человека успевают сформироваться и закрепиться. Процесс изменения в центральной нервной системе начинается и продолжается после психотравмирующего эпизода, приводя к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Александров Е.О., 2005). Сочетание ЗЧМТ и ПТСР значительно утяжеляет течение друг друга, часто способствуя формированию хронического болевого синдрома.

Цель нашего исследования — определить влияние стрессирующих факторов при формировании хронической боли на изменение качества жизни участников боевых действий (БД) с хроническими головными болями.

Исследование проведено среди ветеранов БД, поступивших на лечение в медико-психологический центр госпиталя. Минимальный срок с момента участия в боевых действиях — не менее 3 лет. Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование с применением дополнительных методов исследования: оценка наличия и тяжести проявления ПТСР по ОТС Котенева, отвечающего критериям DSM-VI, определению уровня депрессии по опроснику Бека, интенсивность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), определение изменения качества жизни проводился по опроснику SF-36. Статистические данные обработаны с применением программы Statistica.

В исследовании приняли участие 64 ветерана, средний возраст $43,6 \pm 7,5$ года. Участников войны в Афганистане было 34 пациента (53,1 %), в Чечне — 30 (46,8 %). Головную боль испытывали 48 пациентов (75 %), интенсивность боли по «ВАШ» составила $48,7 \pm 3,7$ баллов. Головную боль напряжения (ГБН) испытывали 13 пациентов (27,1 %), головную боль, связанную с ЧМТ — 14 (29,2 %), цервикогенную ГБ — 8 (16,7 %), симптоматическую ГБ — 6 (12,5 %), смешанного характера — 12 (25 %). ЧМТ различной тяжести были у 28 ветеранов (58,3 %).

Хронические головные боли (ХГБ) испытывали 11 пациентов (22,9 %). Средний уровень депрессии при ХГБ был $11,6 \pm 1,4$ по шкале Бека, ПТСР выявлено у 11 пациентов (28,2 %) незначительной степени ($57,5 \pm 5,7$) и выраженное ($90,6 \pm 2,4$) — у 5 (12,8 %) пациентов с хронической головной болью.

Наибольшее влияние на качество жизни пациентов оказывает интенсивность болевого синдрома ($54,9 \pm 3,5$), приводя к ограничению в социальной сфере ($54 \pm 1,4$), у пациентов снижена самооценка психического здоровья ($64 \pm 3,6$). Эмоциональное ($85,8 \pm 7,5$) и физическое ($83,2 \pm 2,5$) состояние в меньшей степени определяло ограничение повседневной деятельности.

ХГБ коррелировали с продолжительностью пребывания в зоне БД ($r = 0,4$, $p < 0,003$), выраженностью проявления ПТСР ($r = 0,35$, $p < 0,005$). Проявления ПТСР более выраженные отмечались у ветеранов БД, перенесших ранения ($r = 0,59$). Среди стрессирующих факторов большее воздействие оказывала гибель сослуживцев ($r = 0,4$, $p < 0,005$). Кроме полученного боевого стресса, в повседневной жизни пациенты отмечали отрицательные стрессирующие факторы; при ХГБ корреля-

ционная связь установлена с потерей работы ($r = 0,39$), болезнью близких ($r = 0,32$).

ВЫВОДЫ:

1. Выявленные зависимости показывают важность проведения медико-психологической реабили-

тации ветеранов БД не зависимо от давности участия в боевых действиях.

2. Проведение поэтапной психологической реабилитации в сочетании с медикаментозным лечением позволяет наиболее полно и эффективно использовать ее возможности.

ФРОЛОВА Е.В., ТОРГАШОВ М.Н., ВОРОНОВА Ю.С.,
БАЯНДИНА Е.В., ЛУНЯКИНА С.Б.
ГУЗ «Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн»,
г. Новосибирск

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ИМЕЮЩИХ ПТСР

Формирование хронической боли существенно зависит от комплекса психологических факторов. Особую роль в мультифакторной природе хронических болей отводят психотравмирующим событиям жизни больного. По мнению ряда исследователей, развитию хронического болевого синдрома способствуют те стрессорные события, которые порождают у человека чувство беспомощности — в частности, воздействия экстремальных факторов военного времени, медико-психологическими и психосоциальными последствиями которых являются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). По данным центров исследований США (1988 г.), у ветеранов войны во Вьетнаме ПТСР наблюдалось у 15 % от общего числа ветеранов. По данным отечественных авторов (Евтушенко В.Я. и соавт., 1995; Хрупкин В.И. и др., 1997), от 11,4 до 82,9 % всех боевых травм сопровождаются различными психическими нарушениями. У ветеранов боевых действий в Афганистане, имеющих ПТСР, боли в нижней части спины отмечались в 1,2 раза чаще, боли в суставах и головные боли — в 1,6 раза, висцеральные боли — в 2,2 раза чаще, чем у не имеющих (Пушкарёв А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2002).

Реабилитационные мероприятия включают медикаментозное лечение, физиотерапию, а также поэтапное психотерапевтическое лечение. Для лечения непосредственно болевого синдрома применяются нестероидные противовоспалительные средства. При болях в спине, сопровождающихся рефлекторным мышечным спазмом, назначается миодаксал по 150 мг 3 раза в сутки (2-3 нед.). При депрессивных расстройствах, чувстве напряжения, страха, тревожности применяются антидепрессанты (пароксетин 20 мг, стимулотон 50 мг, amitриптилин по 50-100 мг в сутки на 2-3 нед. с рекомендациями продолжения терапии в амбулаторных условиях от 2-х мес.). Для лечения симпто-

мов тревоги и ажитации, а также для ослабления навязчивых мыслей и переживаний, стабилизации настроения используется карбамазепин по 400 мг в сутки. При навязчивых переживаниях, частых состояниях психоэмоционального возбуждения, при наличии интрузивных симптомов применяются инфузии сибазона по 10-20 мг в сутки (не более недели). При расстройствах сна назначается феназепам по 0,5-1 мг за 30 минут до сна продолжительностью 1-2 нед. Для улучшения и стабилизации мозгового метаболизма и кровоснабжения головного мозга, коррекции расстройств микроциркуляции используется мексидол — инфузионно по 5 мг/кг в сутки (1 нед.), затем по 125 мг 3 раза в сутки (2 нед.), лувцетам по 1,2-2,4 г в сутки.

В комплексное лечение включается симптоматическая терапия. Обязательно назначается физиотерапия, направленная как на лечение локального болевого синдрома (магнитотерапия, электрофорез местных анестетиков, диадинамофорез диметилсульфоксида, фонофорез кортикостероидов, токи Д'Арсонваля), так и психоэмоциональных нарушений — седативного характера («ультратон» волосистой части головы, «электросон», электрофорез бромистого натрия на воротниковую зону, подводный душ-массаж, расслабляющий массаж, мини-сауна) и тонизирующего характера (стимулирующий и сегментарный массаж). Психотерапевтическое лечение неврологических больных с хроническими болевыми синдромами включает:

1. Подготовительный этап (снятие неактуального психологического напряжения) — методами аутотренинга, мышечной релаксации по Джекобсону.
2. Коррекционно-развивающий этап (создание благоприятной психологической атмосферы) — рациональная психотерапия.
3. Этап встраивания в систему социальных связей и отношений (коррекция поведения, улучшение



социально-психологической компетентности, повышение коммуникативной активности, закрепление эффективных схем поведения) — когнитивная, песочная, аналитическая психотерапия.

Комплексный подход к лечению позволяет достичь продолжительной стабилизации положительного эффекта лечения, значительно улучшить качество жизни ветеранов.

ШАФ Е.С., РАСКИНА Т.А., ШАТИНА Е.Ю., ДИНОВА Е.С., ПИРЮШОВА А.Г.

*ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово*

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС – ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Известно, что тревожно-депрессивные состояния выступают как в качестве независимого фактора риска развития ИБС, так и осложняют ее течение, являясь значимым предиктором сердечно-сосудистых катастроф. Распространённость депрессии в общей популяции составляет 2-11 %, у больных ИБС встречается в 12-47 % случаев. Тревожные расстройства регистрируются у 10-34 % пациентов с ИБС, в то время как их общая распространённость — 1,5-4 %. На настоящий момент общепризнанно, что спустя 10 лет и более после ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) практически у всех ликвидаторов формируются многообразные изменения личности и социальной адаптации.

Цель — изучить распространённость и прогностическую значимость тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ИБС — ликвидаторов аварии на ЧАЭС в 1986, 1987 и 1988 гг.

Материалы и методы. Обследованы 37 мужчин с ИБС, находящихся на лечении в кардиологическом отделении ОКГВВ, средний возраст больных составил $56,1 \pm 2,8$ года. Основную группу составили 20 пациентов-ликвидаторов аварии на ЧАЭС, контрольную — 17 пациентов, заболевших в период после аварии на ЧАЭС, но не подвергшихся воздействию радионуклидов. Группы были сопоставимы по длительности заболевания, сопутствующей патологии, социальному статусу. Анализировались медицинская документация, анамнез, клинические и инструментальные данные.

Оценка тревоги и депрессии проводилась с применением шкалы HADS и теста Спилберга-Ханина.

Результаты исследования. Анализ госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS показал наличие депрессии в группе пациентов — ликвидаторов ЧАЭС у 13 человек (65 %) и лишь у 6 пациентов (35,2 %) контрольной группы. Наличие тревоги выявлено у 18 пациентов (90 %) основной группы, из них клинически выраженная тревога — у 10 больных (50 %). В группе контроля повышенная тревожность выявлена у 9 пациентов (52,9 %), а клинически выраженная — у 4 (23,5 %). При оценке шкал Спилберга-Ханина выявлено, что для пациентов — ликвидаторов ЧАЭС характерен более высокий уровень личностной тревожности, а для пациентов контрольной группы — более высокий уровень реактивной тревожности. При одинаковой длительности заболевания ($8,6 \pm 2,4$ лет) пациенты основной группы достоверно чаще имели стенокардию более высокого функционального класса, по сравнению с пациентами контрольной группы. Постинфарктный кардиосклероз встречался у 6 пациентов (30 %) основной группы и у 3 больных (17,6 %) контрольной.

Вывод. Таким образом, у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения вследствие аварии на ЧАЭС, распространённость тревожно-депрессивных расстройств высока, что, несомненно, оказывает неблагоприятное влияние на течение ИБС и прогноз.





ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ





АНОСОВА Н.И., ТЕПЛОВ А.В.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Одна из самых важных перемен в современном обществе — это его «старение». Возрастные изменения слуха (пресбиакузис) — одна из основных проблем медицины. Частота нарушений слуха по мере старения возрастает лавинообразно. Среди лиц 50-60 лет плохо слышащих — 25 %, в возрасте 60-70 лет — 40 %, а среди лиц старше 70 лет — свыше половины.

Пресбиакузис — сложный и многогранный процесс, развивается медленно и незаметно для человека, сочетает периферические и центральные нарушения, усугубляется общесоматической патологией, что значительно уменьшает возможность профилактических мероприятий. Точную причину развития возрастных изменений назвать сложно. Возможно, что суммарная нагрузка, действующая на органы слуха человека в течение всей его жизни, складывающаяся из шума, перенесенных болезней, принятых препаратов, наслаивается на естественный процесс старения и на определенном этапе переходит в новое качество. Свою лепту вносит наследственная предрасположенность, так как пресбиакузис развивается не у всех. Результатом возникновения возрастных изменений слуха являются проблемы коммуникации, неудовлетворительная социальная адаптация, приводящие к изоляции и депрессии.

Ежегодно на базе ЛОР-отделения ОКГБВ проводится обследование и реабилитация около 200 пациентов с пресбиакузисом. В результате наблюдения больных с возрастными проблемами слуха было выявлено, что проведение только медикаментозной терапии с учетом общесоматической патологии или электроакустическая коррекция слуха, в том числе цифровыми программируемыми аппаратами, не приводят к уменьшению скорости формирования изменений в периферическом отделе слухового анализатора и незначительно повышают пороги слуха в разговорном диапазоне. Наилучший эффект достигнут при комплексной реабилитации пациентов. Медикаментозное лечение проводится препаратами, регулирующими артериальное давление, липидный обмен, антиоксидантами, ноотропами, улучшающими

проведение нервных импульсов, при отсутствии противопоказаний.

Наиболее физиологический вид физиотерапевтического лечения — магнитотерапия. Действие магнитных полей обусловлено сосудорасширяющим, спазмолитическим, противовоспалительным, иммуностимулирующим и седативным эффектами. Метод транскраниальной магнитотерапии дает положительный результат в комплексном лечении пациентов с ушным шумом и имеет минимальное количество противопоказаний, в том числе при наличии новообразований.

Электроакустическая коррекция слуха дает наилучший эффект у больных, слухопротезирование которых начато в сроки не более 3-х лет от возникновения выраженных изменений слуха. Используются цифровые программируемые и аналоговые слуховые аппараты. Слабослышащие пациенты отказываются использовать слуховые аппараты по трем основным причинам:

1. Недоосознание проблемы сниженного слуха.
2. Страх потери остаточного слуха в результате пользования слуховым аппаратом.
3. Предполагаемая некосметичность слухового аппарата. Необходимо разъяснять полезность постоянного использования слухового аппарата.

Повторные обследования после всех этапов реабилитации подтверждают, что в 90 % случаев в результате комплексного подхода удается добиться уменьшения ушного шума, улучшения разборчивости речи и, как следствие, прибавки слуха, значительного улучшения качества жизни.

Таким образом, несмотря на определенные сложности диагностики, лечения и профилактики пресбиакузиса, коррекция слуховых нарушений является решаемой задачей при сочетании медикаментозной терапии с учетом общесоматической патологии, транскраниальной магнитотерапии и использованием современных достижений слухопротезирования. Все это благотворно влияет на возможности остаточного слуха, эффективно стимулирует процессы внимания, памяти, решает проблемы общения.

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

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И УШЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Проанализировано 25 историй болезни пациентов, проходивших лечение в ОКГВВ по поводу острых и хронических заболеваний уха и придаточных пазух носа, протекающих с внутричерепными осложнениями. Глубина исследования составила 10 лет. Среди госпитализированных пациентов преобладали жители города (85 %). Пациенты старше 65 лет составили 28 % от общего количества пациентов анализируемой группы.

Распределение по риногенным и отогенным внутричерепным осложнениям выглядело следующим образом. Риногенные осложнения составили 47 %, из них гнойный риногенный менингит отмечен в 25 % случаев, абсцесс лобной доли — в 12,5 %, вялотекущий лептоменингит — в 25 %, сочетанное поражение (абсцесс в сочетании с менингоэнцефалитом) — в 37,5 % случаев. Отогенные осложнения имели место у 53 % больных, из них половину составил гнойный отогенный менингит, 40 % — отогенный абсцесс височной доли, 5 % — синус-тромбоз, 5 % — сочетанное поражение (отогенный менингит в сочетании с абсцессом).

Проанализировано посезонное обращение пациентов за медицинской помощью. Оказалось, что наибольшее количество случаев с внутричерепными осложнениями отмечено весной — 45 %. Осенью обратились 35 %, летом — 20 %, и только 15 % больных — в зимний период времени. Выявленная закономерность может быть объяснена весенне-осенним снижением иммунитета. Нужно отметить, что за период с 2006 года до настоящего времени внутричерепных осложнений зарегистри-

ровано не было. 50 % пациентов госпитализированы утром, 36 % — днем, 10 % — вечером, 4 % — ночью.

При оценке социального статуса больных оказалось, что работающее население составляет 50 %, пенсионеры — 25 %, учащиеся ПТУ и начальных курсов вузов — 15 %, неработающие — 10 %. Среди пациентов анализируемой группы не было лиц с высшим образованием. Видимо поэтому больные недооценивают свое болезненное состояние, поздно обращаются за медицинской помощью и не знают о грозящих им осложнениях. Люди преклонного возраста склонны скрывать жалобы, указывающие на серьезные заболевания. Среди лиц всех возрастов распространено мнение, что старость — период болезней и упадка сил, и что плохое самочувствие естественно для пожилого возраста. Кроме того, для лиц пожилого возраста характерна полиморбидность, что осложняет диагностику и лечение.

Таким образом, трудности своевременной диагностики внутричерепных осложнений у пожилых пациентов связаны с наличием у них когнитивных нарушений, множественной сопутствующей патологии, а также «стертостью» клинической симптоматики из-за самостоятельного применения больными антибиотиков. Для установления характера и давности воспалительного процесса сбор анамнеза должен быть очень детальным, с применением опроса родственников. Необходимо своевременное направление на плановое щадящее оперативное лечение лиц пожилого возраста, особенно при подозрении на наличие внутричерепного осложнения.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНУСИТОМ

Полипозный риносинусит — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эо-

зинофилами. Около 1 % населения Земли страдает данным заболеванием.

Особенности строения полости носа, слизистых оболочек у больных пожилого и старческого возраста (не леченные оперативным путем искривление перегородки носа, гипертрофия носо-



вых раковин, субатрофия и атрофия слизистой оболочки, изменение архитектоники полости носа после ранее перенесенных оперативных вмешательств: синехии, перфорация перегородки носа, изменённая форма носовых раковин) не позволяют проводить операции без чёткого визуального контроля.

Хроническая патология полости носа, отсутствие адекватного носового дыхания при заболеваниях сердечно-сосудистой системы ведет к увеличению сердечного выброса, гипоксии миокарда, повышению артериального давления.

Несомненно и отрицательное влияние на бронхо-легочную систему, особенно у пациентов, страдающих бронхиальной астмой, обструктивным бронхитом и другими хроническими заболеваниями. В связи с нарушением защитной, дыхательной, обонятельной функций носа происходит увеличение сухости слизистой оболочки глотки, трахеи, бронхов; стекание слизи (нередко с примесью гнойного экссудата) вызывает обострение заболеваний бронхов и легких, приводит к форсированному дыханию, более частому применению бронхолитиков, увеличивает частоту приступов удушья.

При сахарном диабете (на фоне диабетической ангиопатии), в отсутствии достаточной аэрации носа и придаточных пазух носа, при стекающем секрете, на фоне воспаления и сдавления полипозной тканью слизистой оболочки полости носа, чаще возникают гнойные процессы, которые протекают длительно и вяло, трудно поддаются лечению.

Одним из методов хирургического лечения хронического полипозного риносинусита у пациентов, в том числе пожилого возраста, является эндоскопическая ревизия полости носа и эндоскопическая полипотомия. Жесткие эндоскопы с их превосходными оптическими свойствами, а также аналоговая видеотехника, позволяют уменьшить операционную травму при одновременном улучшении контроля над ходом операции. Данный метод позволяет лечить пациентов из группы риска, которых нельзя оперировать под общим обезболиванием. При эндоскопической ревизии полости носа и эндоскопической полипотомии у пациентов

возрастной категории имеются следующие преимущества:

- выявление анатомических вариантов строения;
- адекватная анестезия;
- операция проводится в положении пациента полулежа или лежа;
- пациент не видит и практически не ощущает стекания крови, т.к. одновременно с удалением полипозной ткани проводится аспирация (особенно при работе с шейверной системой);
- появление возможности не только выполнить полипотомию полости носа, но и провести ревизию остеомеатального комплекса со вскрытием этмоидальных булл с частым обнаружением в них воспалительного содержимого, удалением крючковидного отростка, осмотром соустьев верхнечелюстных пазух, их расширением, обнаружением в пазухах экссудата, осмотром полости верхнечелюстных пазух, эндоназальным удалением полипозной ткани из пазух, оценкой контактирующих раневых противоположащих поверхностей для профилактики образования синехий;
- возможность удаления хоанальных полипов;
- максимальное щажение очень чувствительной слизистой оболочки (исключение появления кровотечения и боли);
- выполнение тампонирувания после окончания операции на несколько часов или отсутствие необходимости в тампонирувании;
- возможность лечить пациентов из группы риска, которых нельзя оперировать под общим обезболиванием или которые имеют риск массивного кровотечения;
- увеличение промежутка между рецидивами.

Мы проанализировали предоперационную подготовку, ход операции, течение послеоперационного периода по 51 истории болезни пациентов в возрасте 56-81 года за двухлетний период. Оказалось, что 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.



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

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА РАДИОХИРУРГИИ «AUTOCOS» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Проблема диагностики и лечения носовых кровотечений до настоящего времени остается актуальной в связи с широким распространением данной патологии, наличием сложных случаев, когда трудно обнаружить источник кровотечения, а также необходимостью выбора оптимального метода его остановки. Течение носовых кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста имеет некоторые особенности. Как правило, у пожилых больных имеются различные соматические заболевания, сопровождающиеся нарушением тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза, сосудистыми нарушениями, снижением компенсаторных возможностей организма. К сожалению, часто ни сами больные, ни их родственники, не обращают должного внимания на рецидивирующие носовые кровотечения, что приводит к развитию тяжелой анемии.

В течение последних 5 лет в ЛОР-отделении ОКГВВ уменьшилось количество экстренных госпитализаций по всем нозологическим единицам, кроме носовых кровотечений. Возросло как абсолютное количество, так и их удельный вес в структуре госпитализированных.

Для коагуляции сосудов при носовых кровотечениях с января 2009 года мы используем радиохирургический аппарат «Autocon». Преимуществами данного вида воздействия на сосуды слизистой оболочки полости носа являются:

- безопасность применения (наконечник покрыт защитным сплавом);

- точечное воздействие на сосуды (в режиме коагуляции или фульгурации);
- использование местной анестезии перед манипуляцией;
- возможность избежать выполнения передней тампонады в качестве неотложного вмешательства для остановки кровотечения;
- наличие вакуумного удаления истекающей крови одновременно с коагуляцией позволяет с большой точностью видеть источник кровотечения, уменьшает возможность аспирации и заглатывания крови в желудочно-кишечный тракт и снижает страх пациента при виде крови;
- отсутствие противопоказаний;
- сохранение носового дыхания (отсутствие препятствия в виде тампонов, которые тяжело переносятся всеми пациентами, особенно больными старших возрастных групп).

При массивных кровотечениях и невозможности обнаружения источника кровотечения сразу при обращении в санпропускник мы используем плановую коагуляцию сосудов с применением эндоскопической техники. У пациентов, которым была проведена коагуляция сосудов слизистой носа аппаратом «Autocon», не было рецидивов кровотечений, отсутствовали вегетативные реакции, коллапс (в отличие от тампонад). Таким образом, в клинике внедрен новый метод щадящего и одновременно эффективного лечения носовых кровотечений, который является методом выбора в лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

ГОНЧАРЕНКО А.В., ЯНЕЦ И.С.,
ЗИНИНА-БЕРМЕС И.Н., ПРОНИН М.П.

ГУЗ «Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница»,
г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ У КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сначала 2009 г. в Кемеровской области внедрён новый вид оказания специализированной офтальмологической помощи участникам контингента особого внимания (КОВ) и пациентам старшей возрастной группы в рамках гу-

бернаторской программы «Доступное зрение». Основной задачей программы является хирургическое устранение катарактальной слепоты у пациентов по месту жительства, в 10 удалённых и сельских территориях.



Инновацией для Кузбасса является перенос хирургического лечения катаракты в непрофильные стационары по месту жительства пациентов, что практически снижает удельный вес фактора удалённости областного ЛПУ. Исполнителем программы является мобильная офтальмологическая бригада (МОБ) ГУЗ КОКОБ — структурное подразделение, оснащённое всем необходимым для проведения диагностики и хирургического лечения данной патологии по технологии факоэмульсификации (ФЭК), являющейся всемирным «золотым стандартом».

Именно ключевые достоинства метода — малоинвазивность, бесшовность, имплантация мягких интраокулярных линз, позволяют проводить операции в стандартных операционных ЦРБ, иметь краткосрочный стационарный период до 5-7 дней, использовать в послеоперационном периоде только местные способы лечения и проводить за один операционный день более 10 вмешательств. Данная технология с 2007 г. занимает более 50 % в структуре оперативных вмешательств в ГУЗ КОКОБ. За 2008 г. и 6 месяцев 2009 г. выполнены 4287 ФЭК, 75,9 % пациентов имеют послеоперационную остроту зрения 0,5 и выше.

МОБ за этот же период в рамках программы «Доступное зрение» выполнила 417 ФЭК с послеоперационной остротой зрения 0,5 и выше у 64,5 % пациентов.

Современные технологии являются ведущими в структуре хирургического лечения витреоретинальной патологии у КОВ и лиц старческого возраста в ГУЗ КОКОБ. Наряду с упомянутыми достоинствами, современные малоинвазивные техно-

логии базируются на использовании одноразовых расходных материалов, что служит основой профилактики послеоперационных осложнений, но является очень затратным. Так, средняя стоимость расходных материалов на хирургическое лечение одного пациента с патологией сетчатки и стекловидного тела составляет около 20 тыс. рублей.

Приоритетным для Кузбасса является обеспечение расходными материалами КОВ за счёт средств областного бюджета. Такой подход позволяет не только удовлетворять потребности в этом виде хирургии, но и неуклонно увеличивать количество вмешательств со стойким положительным результатом. Доля витрэктомий в 2008 г., в том числе и по ультрасовременным технологиям 23, 25 Ga, по сравнению с 2005 г., выросла в 4,6 раза. Это позволяет констатировать отсутствие фактической очередности для данного вида помощи и обеспечить 100 % доступность. В доступной современной литературе ни по одной территории РФ подобных данных не представлено.

Таким образом, основой высоких функциональных результатов офтальмохирургии пациентов КОВ и лиц старческого возраста могут служить только современные малоинвазивные технологии. Неотъемлемым условием обеспечения потребности и доступности технологий является интеграция кадрового потенциала и умелого управления ресурсами материально-технической базы при бюджетном финансировании.

Опыт 6 месяцев 2009 г. показывает рост качественных и количественных показателей эффективности применения современных технологий в КОКОБ за счёт накопленной ресурсной базы.

ЛОПАТИН Д.Г., ТЕПЛОВ А.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Слизистая оболочка полости носа является первым защитным барьером, подвергающимся постоянному воздействию неблагоприятных экологических, климатических и биологических факторов внешней среды. Организм постоянно стремится компенсировать постоянное раздражение слизистой оболочки полости носа, однако с возрастом возможности компенсаторных механизмов и регенерации снижаются. Таким образом, в структуре ЛОР патологии среди лиц пожилого возраста значительное место занимают хронические риниты, ведущим симптомом которых является назальная обструкция (вазомоторный, гипертрофический, медикаментозный).

Затруднение носового дыхания не только значительно нарушает качество жизни, но и ухудшает функцию внешнего дыхания со всеми вытекающими последствиями. Нередко для облегчения носового дыхания пациенты вынуждены постоянно пользоваться сосудосуживающими каплями, которые, за счёт системного вазоконстрикторного эффекта, осложняют течение и терапию сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом возрасте, ухудшают функциональные возможности слизистых желез и мерцательного эпителия слизистой оболочки. Восстановление адекватного носового дыхания у данного контингента больных возможно лишь с применением наиболее безопасных и



падающих методов коррекции слизистой оболочки полости носа под местной анестезией.

Для достижения максимального функционального результата и минимизации риска осложнений у пожилых пациентов с 2008 года в нашей клинике успешно применяются методы эндоназальной контактной лазерной хирургии. При проведении операции используется медицинский лазерный аппарат ЛАМИ в режиме импульсного излучения мощностью 6,4-7,2 Вт с длительностью импульса 600 мс и интервалом между импульсами 10 мс.

При вазомоторном и медикаментозном рините мы применяем следующую методику. Под местной аппликационной и инфильтрационной анестезией раствором лидокаина 10 % и 2 %, соответственно, гибкое кварцевое волокно диаметром 0,4 мм в режиме излучения вводится интраслизисто в области передних концов нижних носовых раковин и медленно продвигается вглубь на 2-2,5 см. Затем, также медленно, выводится обратно с некоторой задержкой на выходе для эффективного гемостаза. Так формируются раневые каналы с коагулированной по оси продвижения и периферии волокон подслизистой кавернозной сосудистой сетью.

В зависимости от индивидуальных анатомических особенностей и выраженности симптомов заболевания, таких каналов может быть сформировано от 1 до 3 с каждой стороны. Функционально значимый эпителиальный слой носовых раковин не повреждается. В случае гипертрофического ринита к вышеуказанному воздействию добавляется поверхностная контактная лазерная коагуляция гипертрофированных участков слизистой оболочки нижних носовых раковин. Впоследствии, при заживлении, объем слизистой оболочки раковин значительно уменьшается за счет склерозирования в зоне раневых каналов, запустевания и денервации кавернозных сосудистых сплетений, что, в конечном итоге, приводит к расширению просвета носовых ходов и стойкому восстановлению носового дыхания.

В 2008-2009 гг. по данным методикам выполнено 18 операций пациентам в возрасте от 65 до

83 лет, 14 мужчинам и 4 женщинам. В 12 случаях было установлено наличие вазомоторного или медикаментозного ринита, 6 пациентов имели гипертрофические изменения слизистой оболочки нижних носовых раковин, преимущественно в задних отделах. Все пациенты имели гипертоническую болезнь, длительно (2 года и более) принимали сосудосуживающие капли для носа. Вмешательства не вызывали болезненных ощущений и выполнялись в комфортном для пациента положении полусидя. Ни в одном случае не было отмечено осложнений в виде кровотечения и вегетативных реакций.

В раннем послеоперационном периоде риноскопически мы не отметили выраженных реактивных явлений со стороны слизистой, что обуславливало отсутствие выраженного субъективного дискомфорта. Носовое дыхание восстанавливалось в сроки от 4 до 7 дней, а применение масляных аппликаций и спреев на основе морской воды способствовало корректному заживлению без образования спаек.

Контрольный осмотр пациентов в сроки от 2 до 6 месяцев после вмешательства не выявил нарушения носового дыхания. Всех пациентов удалось избавить от необходимости применения сосудосуживающих капель.

Таким образом, особенностью лазерной технологии коррекции слизистой оболочки полости носа является высокая точность воздействия, отсутствие кровотечения и выраженных реактивных явлений со стороны слизистой оболочки в послеоперационном периоде, а также хорошая переносимость воздействия пациентами. Благодаря малому диаметру и гибкости кварцевого волокна энергию лазера можно использовать в самых узких и глубоких отделах полости носа и носоглотки, при необходимости контролируя процесс вмешательства при помощи эндоскопической оптики. По нашему мнению, метод лазерной коррекции носового дыхания является оптимальным для лиц пожилого возраста и наиболее безопасным при наличии сопутствующих заболеваний.

МЕРЛУШКИН С.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Для обезболивания операций, проводимых в областном колопроктологическом центре ОКГВВ, чаще всего используется спинномозговая анестезия (СМА). Выбор СМА в качестве основного метода обезболивания объясняется

преобладанием оперативных вмешательств в области промежности, что связано с основным профилем деятельности колопроктологического центра, а также со значительным количеством операций герниопластики и операций на нижних от-



делах мочевыводящей системы у лиц пожилого и старческого возраста.

С появлением современных атравматических игл диаметром менее 0,4 мм с конусовидным концом и боковым отверстием для введения анестетика, в настоящее время практически устранен синдром ликворной гипотензии. СМА стала более простой в техническом выполнении и обеспечивает быструю сегментарную блокаду. При СМА дозы анестетиков в 10-15 раз меньше, чем при ЭПА. Регионарная анестезия не сопровождается угнетением дыхания, нет парезов желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде. Предупреждается послеоперационная гипералгезия и не развивается хронический болевой синдром. При спинальной анестезии отсутствуют токсические проявления местных анестетиков. Также преимуществом СМА является более легкая техника ее выполнения, по сравнению с эпидуральной.

В качестве местного анестетика использовался 0,5 % раствор маркаина спинал хэви, который вводился в субдуральное пространство в расчетной дозе на уровне L2-L3. Обязательно проводится волемиическая подготовка в объеме 12-15 мл/кг массы тела больного. Для этих целей используются как

кристаллоиды, так и коллоиды. Кожные покровы в области пункции обрабатываются нейодсодержащими антисептиками во избежание развития асептического воспаления в эпидуральном или спинномозговом пространстве. Как правило, у всех пациентов СМА была достаточно эффективной и создавала комфортные условия для работы хирургов. Следует отметить, что основная доля осложнений СМА у пациентов пожилого и старческого возраста приходится на брадикардию и гипотонию.

Главным патогенетическим механизмом возникновения гипотонии при СМА является десимпатизация обширных сосудистых регионов брюшной полости, нижних конечностей, и ограничение венозного возврата. Значительная гипотония проявляется у пожилых больных, имеющих патологию сердечно-сосудистой системы. При этом массивная инфузионная терапия не является единственным средством профилактики и лечения нестабильности кровообращения. В этих случаях наиболее часто используется эфедрин. Как правило, тщательное соблюдение техники выполнения СМА, проведение адекватной волемиической поддержки позволяет избежать осложнений и достичь адекватного уровня обезболивания.

ТЕПЛОВ А.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Кемерово

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Одним из важных моментов планирования хирургической операции любого профиля является выбор метода рассечения тканей и способа интраоперационного гемостаза. Особую актуальность эта проблема приобретает в хирургическом лечении лиц старшего возраста, имеющих, как правило, различную сопутствующую патологию. На фоне традиционно применяемых для этих целей инструментов выгодно отличается не имеющий аналогов радиохирургический прибор «Сургитрон». Радиохирургическая (РХ) технология используется врачами различных специальностей, однако в оториноларингологии она еще не нашла широкого применения.

В основе действия РХ прибора «Сургитрон» лежит преобразование энергии электричества в радиоволны диапазонов АМ-FM с выходной частотой 3,8 Гц. Рассекающий эффект прибора достигается за счет тепла, которое возникает в условиях сопротивления ткани проникновению высокочастотных радиоволн, исходящих из активного вольфрамового электрода. Благодаря этому теплоты клетки ткани подвергаются испарению. Непос-

редственный контакт электрода с клетками отсутствует, разрушение ткани происходит только в слое, воспринимающем волну. Рассекаемая ткань расходуется в стороны от разреза и не нагревается.

В зависимости от сочетания ряда факторов (мощности воздействия, характера волн, размера рабочей части активного электрода) возможны 4 варианта РХ воздействия: резание, резание плюс коагуляция, коагуляция, фульгурация.

Разрез достигается использованием чистого фильтрованного сигнала, состоящего из непрерывного потока высокочастотных волн, который вызывает наименьшее боковое воздействие, выполняет микроскопически ровное рассечение без коагулирующего эффекта и дает возможность применения при разрезах поверхностных слоев кожи в процессе любых вмешательств, особенно косметических.

Разрез плюс коагуляция — наиболее удобная в практике ректифицированная волна, в дополнение к ровному разрезу производящая и легкую коагуляцию. Этот режим применяется для рассечения подкожной жировой клетчатки, мышц, фас-



ций, слизистой оболочки, перешейка щитовидной железы.

Коагуляция выполняется в режиме частично выпрямленного сигнала, используется в основном с целью гемостаза при операциях, носовых кровотечениях, для разрушения телеангиэктазий и небольших кожных новообразований.

Фульгурация (от лат. fulgur — молния) достигается применением волны искрового промежутка. Данный вид воздействия связан с искрой, точечным ожогом и мгновенным обезбоживающим эффектом. В этом режиме осуществляется локальное разрушение ткани и коагуляция сосудов среднего диаметра. Режим эффективен в отношении новообразований небольших размеров, а также для обработки раневой поверхности после удаления новообразований, особенно при подозрении на их малигнизацию.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности радиоволновой технологии в лечении различной хирургической патологии ЛОР органов (как экстренной, так и плановой).

С момента внедрения РХ технологии (2007 г.) у нас на лечении находились 78 пациентов в возрасте от 65 до 85 лет с такими видами патологии, как ронхопатия (храп, синдром обструктивного ночного апноэ), доброкачественные новообразования ЛОР органов, лица, шеи, носовые кровотечения различной этиологии, мицетома верхнечелюстной пазухи. Все пациенты имели сопутствующую патологию со стороны различных органов и систем, наиболее важной из которых в плане операционного риска являлась патология сердечно-сосудистой системы.

Результаты хирургического лечения с применением РХ прибора оценивались по клиническим данным: функциональный и косметический эффект,

болевые ощущения, интенсивность геморрагии и эффективность гемостаза во время операции, сроки заживления послеоперационной раны. У всех пациентов удалось добиться хороших клинических результатов без каких-либо осложнений, связанных с хирургической травматизацией тканей.

Наш опыт применения РХ технологии в лечении заболеваний ЛОР органов у пожилых пациентов позволил выделить ряд преимуществ данного метода:

1. Радиохирургический метод рассечения ткани и гемостаза может быть применен практически в любой оториноларингологической операции и является наиболее безопасным для пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями.
2. В силу своей компактности, небольшого веса, пространственной свободы наконечника прибор удобен для хирурга. В процессе вмешательства, меняя режимы и мощность воздействия, можно выполнять любые действия, от разреза до фульгурации.
3. Атравматичное резание и коагуляция тканей, минимальный отек в послеоперационном периоде, быстрое заживление ран, высокий косметический и функциональный эффект операций.
4. РХ технология позволяет расширить возможности амбулаторной ЛОР хирургии, уменьшить продолжительность операций, сократить период реабилитации после хирургического лечения.

Результаты нашего практического опыта показывают, что внедрение РХ технологии будет способствовать повышению эффективности хирургических вмешательств, уменьшению риска осложнений, что чрезвычайно важно в лечении пожилых пациентов.

ХАТМИНСКИЙ Н.Ю., ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ЗИНИНА-БЕРМЕС И.Н.,
ШЕЛКОВНИКОВА Т.В., БОЛТОВСКАЯ О.Г., АЛИМОВ А.В.

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница»,
г. Кемерово*

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Первичная открытоугольная глаукома является частой причиной слепоты и слабоумия, особенно в пожилом возрасте. Несмотря на успехи медикаментозной терапии глаукомы, важную роль играет хирургическое лечение, проводить которое желательно на ранних стадиях заболевания. Вместе с тем, риск возникновения осложнений в ходе антиглаукоматозных операций и в послеоперационном периоде, возможность снижения остроты зрения после операции побуждают воздерживаться от хирургическо-

го лечения, как врача офтальмолога, так и пациента.

В ГУЗ КОКОБ внедрены технологии, позволяющие снизить риск осложнений при хирургическом лечении глаукомы. Это метод управляемой дозированной декомпрессии во время операции и непроникающая глубокая склерэктомия.

Управляемая дозированная декомпрессия и устройство для ее проведения разработана и внедрена в нашей клинике. Метод широко внедрен в медицинскую практику, освещен в публикациях,



в том числе на VII и VIII всероссийских съездах офтальмологов. Суть метода заключается в постепенном снижении внутриглазного давления при проведении фистулизирующих антиглаукоматозных операций. Благодаря этому удается избежать синдрома острой гипотонии глаза и его последствий. Особое значение этот метод имеет при операциях с исходно высоким внутриглазным давлением (ВГД) или когда глаз длительное время находился в условиях высокой гипертензии.

Непроникающая глубокая склерэктомия — метод, разработанный в Московском МНТК МГ им. акад. С.Н. Федорова. Эта операция заслужила хорошую репутацию у российских и зарубежных офтальмологов. Особенностью метода является отсутствие полного проникновения в полость глаза. Формируется мембрана, представленная десцеметовой оболочкой и трабекулой угла передней камеры

глаза, обеспечивающая фильтрацию камерной влаги. Благодаря этому не возникает послеоперационной гипотонии, отслойки сосудистой оболочки и других осложнений. Сокращается реабилитационный период. Это приобретает особенно большое значение для операций на единственном глазу, в случаях, отягощенных артериальной гипертензией, излишним весом.

В течение года в ГУЗ КОКОБ выполняется до 700 антиглаукоматозных операций. В 20 % случаев операция проводится с управляемой дозированной декомпрессией глаза. Более половины пациентов прооперированы по современной непроникающей методике. Большой опыт хирургии глаукомы в нашей клинике с применением современных методов позволяет нам широко рекомендовать оперативное лечение этой патологии в пожилом возрасте на ранних стадиях заболевания.

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А., ПТАХИН А.В.
*ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
Межтерриториальное колопроктологическое отделение,
г. Кемерово*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАНТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время основным подходом к хирургическому лечению больных пожилого и старческого возраста с наружными грыжами живота является выполнение герниопластики без натяжения собственных тканей, с применением полипропиленовых сетчатых эксплантатов. Применение синтетических протезов обеспечивает оптимальные условия заживления раны, формирование плотного соединительно-тканного рубца, снижает риск ранних послеоперационных осложнений и рецидивов грыж, сокращает сроки реабилитации. Это особенно важно при лечении больных, имеющих несколько сопутствующих заболеваний, таких как ХОБЛ, ИБС, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, многие из которых сопровождаются перманентным повышением внутрибрюшного давления, отягощающим течение послеоперационного периода.

Цель — проанализировать результаты хирургического лечения наружных грыж живота у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. За период с 1999 по 2008 гг. в условиях колопроктологического отделения ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» были оперированы 141 больной пожилого и старческого возраста с наружными грыжами живота в возрасте от 65 до 86 лет.

Мужчин было 121 (85,8 %), женщин — 20 (14,2 %). Больных с паховыми грыжами было 120 (85,1 %), с послеоперационными вентральными грыжами — 12 (8,5 %), с пупочными грыжами — 9 (6,4 %).

Герниопластика местными тканями выполнена 115 больным (81,6 %), средний возраст которых составил $73,8 \pm 2,9$ лет. С 2005 года внедрен ненапряжной Onlay-способ пластики вентральных грыж с применением полипропиленового сетчатого эксплантата. В течение трех лет с применением сетчатого протеза оперированы 26 больных (18,4 %). Средний возраст больных составил $76,2 \pm 4,3$ лет. Герниопластика местными тканями применена у 98 больных с паховыми грыжами (69,5 %), с применением сетчатого эксплантата — у 22 (15,6 %). При послеоперационных вентральных грыжах аутогерниопластика выполнена в 8 случаях (5,7 %), с применением сетчатого эксплантата — в 4 (2,8 %).

Результаты. Образование послеоперационных сером выявлено у 4 больных (15,4 %). С целью эвакуации сером в раннем послеоперационном периоде проводились пункции, в сроки до 2 недель наблюдения. При анализе отдаленных результатов лечения больных с наружными грыжами живота установлено, что количество рецидивов при применении герниопластики местными тканями от-



мечено в 8 случаях (6,9 %). При применении полипропиленового сетчатого протеза был 1 рецидив (3,8 %) у больного, которого ранее многократно оперировали по поводу рецидивной паховой грыжи с использованием пластики местными тканями. Операция сопровождалась техническими трудностями, обусловленными сложностью фиксации протеза к дегенеративно измененным окружающим тка-

ням, что в последующем привело к миграции сетчатого эксплантата.

Заключение. Оптимальным подходом в лечении больных пожилого и старческого возраста с наружными грыжами живота является применение ненатяжной герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого протеза у всех больных данной группы исследования.

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А., ПТАХИН А.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
Межтерриториальное колопроктологическое отделение,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Проблема хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста актуальна во всем мире в связи с высоким риском возникновения послеоперационных осложнений, которые связаны с наличием сопутствующей патологии.

Цель — изучить результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста на базе госпиталя ветеранов войн.

Материалы и методы. С 1999 по 2008 гг. на базе межтерриториального колопроктологического отделения областного клинического госпиталя ветеранов войн оперированы 844 больных пожилого и старческого возраста. Возраст больных был от 65 до 86 лет, в среднем 75 ± 3 лет. С колопроктологической патологией были оперированы 480 больных (56,9 %), с абдоминальной хирургической патологией — 207 (24,5 %), с урологической — 157 (18,6 %). У всех больных были сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии компенсации и субкомпенсации.

Показаниями к операции у колопроктологических больных были следующие заболевания: геморрой — 99 больных (20,6 %), параректальный свищ — 19 (3,9 %), анальная трещина — 19 (3,9 %), парапроктит — 85 (17,7 %), полипы толстой кишки — 188 (3,9 %), рак толстой кишки — 16 (3,3 %), полип анального канала — 7 (1,4 %), хроническое воспаление эпителиально-копчикового хода — 3 (0,6 %), абсцесс эпителиально-копчикового хода — 2 больных (0,4 %).

Показаниями к операции при абдоминальной хирургической патологии были следующие заболевания: наружные грыжи живота — 141 человек (68,1 %), гнойные поражения мягких тканей — 29 (14 %), новообразования мягких тканей — 15

(7,2 %), желчно-каменная болезнь — 5 больных (2,4 %). Пластика наружных грыж живота местными тканями выполнена у 115 больных (81,6 %), сетчатым полипропиленовым эксплантатом — у 26 (18,4 %).

Больные с урологическими заболеваниями: доброкачественная гиперплазия предстательной железы — 110 (70,1 %), фимоз — 15 (9,5 %), водянка оболочек яичек — 10 (6,3 %), рак предстательной железы — 6 (3,8 %), киста придатка яичка — 2 (1,2 %), рак мочевого пузыря — 6 (3,8 %), сужение выходного отдела уретры — 5 (3,1 %), нефролитиаз — 1 (0,6 %), карбункул почки — 1 (0,6 %), киста почки — 1 (0,6 %).

Больным были выполнены следующие операции: чрезузурная аденомэктомия — 38, трансуретральная резекция аденомы простаты — 8, эпицистостомия — 32, биопсия простаты — 38, нефрэктомия — 3 пациента (по поводу кисты почки, нефролитиаза, карбункула почки), меотомия с пластикой уретры — 5, циркумцизио — 15, трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря — 2, чрезузурная резекция опухоли мочевого пузыря — 4, операция Бергмана-Винкельмана — 10, иссечение кисты придатка яичек — 2.

Результаты исследования. Осложнения в группе колопроктологических больных были следующие: после геморроидэктомии у 4 больных (4 %) возникло кровотечение в послеоперационном периоде, рубцовое сужение анального канала было в одном случае (1 %). Рецидив парапроктита отмечен у 10 больных (10,1 %).

В группе хирургических больных были следующие осложнения: рецидив вентральной грыжи в течение 5-летнего срока наблюдения после герниопластики местными тканями возник у 6 пациентов (5,2 %). У больных, которым была выпол-



нена ненатяжная герниопластика с использованием сетчатого полипропиленового эксплантата, рецидив отмечен в 1 случае (3,8 %).

После урологических операций нами отмечены следующие осложнения: после чрезузурной аденомэктомии у 2 больных (5,2 %) в раннем послеоперационном периоде развилась тампонада мочевого пузыря, склероз шейки мочевого пузыря с недержанием мочи — у 1 больного (2,6 %).

с недержанием мочи — у 1 больного (2,6 %).

Выводы: В условиях специализированной хирургической клиники при всестороннем предоперационном обследовании больных пожилого и старческого возраста были получены хорошие результаты хирургического лечения.

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»,
Межтерриториальное колопроктологическое отделение,
г. Кемерово

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из самых частых заболеваний, встречающихся у мужчин пожилого и, особенно, старческого возраста. В возрасте старше 50 лет около 25 % мужчин имеют симптомы аденомы предстательной железы, а в возрасте старше 65 лет — уже более 50 %. Со временем заболевание развивается у 85 % мужчин. Лечение ДГПЖ зависит от стадии заболевания и индивидуальных особенностей, индивидуальной переносимости препаратов.

Цель — изучить результаты хирургического лечения ДГПЖ у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В условиях колопроктологического центра за 10 лет были оперированы 38 больных с ДГПЖ в возрасте от 65 до 82 лет. С 2007 года выполняются трансуретральные аденомэктомии. Чрезузурная аденомэктомия выполнена у 30 больных (78,9 %), трансуретральная аденомэктомия (ТУР) — у 8 больных (21,1 %). Средний возраст больных, которым выполнена чрезузурная аденомэктомия, составил $75,3 \pm 2,7$ лет, больных с ТУР предстательной железы — $79,2 \pm 5,1$ лет.

Результаты. Среди больных, которым выполнялась чрезузурная аденомэктомия, в раннем послеоперационном периоде отмечено 2 осложнения (6,7 %) — кровотечение с тампонадой мочевого пузыря. Этим больным проводилась ревизия мочевого пузыря, остановка кровотечения. Среднее пребывание в стационаре составило $16,2 \pm 3,6$ суток.

У пациентов, оперированных методом ТУР, в послеоперационном периоде отмечался незначительный болевой синдром и гематурия, проходящая в течение 5-7 дней. Среднее пребывание в стационаре составило $10,7 \pm 3,8$ суток. Осложнений не было. После ТУР больные получали ненаркотические анальгетики (кеторолак) в течение 3 суток. После чрезузурных аденомэктомий назначались наркотические анальгетики (промедол) вследствие выраженного болевого синдрома.

Выводы. Наименее травматичным методом оперативного лечения ДГПЖ является ТУР, что особенно важно для больных старческого возраста, у которых имеется сопутствующая патология, осложняющая течение послеоперационного периода. Единственным недостатком ТУР является возможный рецидив ДГПЖ в течение 5 лет, который можно устранить повторной операцией (ТУР).

ЯНЕЦ И.С., ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ПРОНИН М.П., ХАТМИНСКИЙ Н.Ю.
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница»,
г. Кемерово

ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ведущее место среди причин устранимой слепоты принадлежит заболеваниям хрусталика. В основном это старческая катаракта. Это заболевание излечивается исключительно хирургическими методами.

Мировым лидером среди хирургических технологий лечения катаракты на сегодняшний день является метод ультразвуковой факоэмульсификации. В ГУЗ КОКОБ широко внедрены



на эту методику. Более 50 % операций по поводу катаракты выполняются способом факоэмульсификации. При этом имплантируются современные гибкие интраокулярные линзы, не требующие расширения операционного разреза для имплантации.

Несмотря на то, что последнее время катаракта стала встречаться в пресенильном возрасте (40-60 лет), основная масса пациентов представлена людьми пенсионного возраста старше 60-70 лет (более 70 %), имеющими различные льготы. Обязательным медицинским страхованием предусмотрено лечение катаракты методом экстракапсулярной или интракапсулярной экстракции. Эти методы остаются в арсенале офтальмохирургов как надежные и незаменимые в ряде клинических случаев зрелой или осложненной катаракты.

Метод факоэмульсификации открывает новые возможности для хирургии на неполностью помутневшем хрусталике. Склонность к артериальной гипертензии, массивный живот чреваты возникновением операционных осложнений при экстракции катаракты. Проведение операции на закрытом глазу при факоэмульсификации, минимальная хирургическая травма, сокращение времени вмешательства позволяют оперировать пожилых пациентов с различной сопутствующей соматической патологией, выраженным ожирением. Более 60 % пациентов прооперированы методом факоэмульсификации при остроте зрения 0,2-0,4 и выше, когда традиционная методика применяется крайне редко из-за трудностей, связанных с удалением вязких хрусталиковых масс.

Накоплен большой опыт факоэмульсификации катаракты, сочетающейся с глаукомой и псевдо-

эксфолиативным синдромом. Наличие стойкого миоза, подвывиха хрусталика, мелкая передняя камера глаза, массивный хрусталик значительно осложняют проведение оперативного вмешательства. Для широкого проведения операции факоэмульсификации на таких глазах офтальмохирургам потребовалась серьезная наработка хирургического опыта.

Применение метода факоэмульсификации у пожилых пациентов привело в среднем к более спокойному послеоперационному течению. Повысилась острота зрения в ранние сроки после операции. Уменьшилось число послеоперационных осложнений.

Спокойное послеоперационное течение выявило новые проблемы. В массе пациенты после операции факоэмульсификации не чувствуют себя перенесшими хирургическое вмешательство. Несмотря на предупреждение, они ведут себя неосторожно, нарушают рекомендуемый режим, что ведет иногда к незапланированным осложнениям.

В целом опыт применения метода факоэмульсификации катаракты у пожилых пациентов в нашей клинике показал его высокую эффективность, очертил сложности внедрения и освоения этой методики. В ряде клинических случаев этот способ лечения катаракты оказывается незаменим и позволяет вернуть зрение при сопутствующей общей и офтальмологической патологии. В то же время, не оставляет сомнений, что не стоит во всех случаях без тщательного отбора и подготовки пациента рекомендовать этот метод, во избежание отрицательных результатов в нестандартных случаях.





ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ





КАРМАЦКАЯ Г.Г., ИСМАГИЛОВА З.Х., КАПУСТИНА М.А.
МУЗ «Городская больница № 1»,
г. Ленинск-Кузнецкий

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ КОВ В ГОРОДЕ ЛЕНИНСКЕ-КУЗНЕЦКОМ

Процесс старения — биологическая закономерность. Это особый период в жизни человека, когда он должен вступить в борьбу со своим неминуемым угасанием. Для многих это сознательный период самооценки, когда подвергается анализу прожитая жизнь. «Старость — это не болезнь, а очередной этап жизни».

В России, как и во всем мире, в общей структуре населения ежегодно увеличивается доля людей пожилого и старческого возраста, нуждающихся в медицинской и социальной поддержке.

Пожилые и престарелые люди нуждаются в особом медицинском подходе. Уровень их заболеваемости в 2 раза, а в старческом возрасте в 6 раз выше, чем у людей более молодого возраста. Болезни у стариков протекают вяло и продолжительно. В старости быстрее истощаются резервы физиологических систем. Помимо этого, для старческого возраста характерны такие проявления, как психическая утомляемость, замедленное восприятие.

Более сильно проявляются недоверчивость, обидчивость, остро переживаются недостаток внимания и одиночество, проявляется беспокойство за свое материальное благополучие, стремление найти поддержку окружающих. В связи с этим качество оказания медицинской помощи и, в особенности, сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста приобретает большое социальное значение.

Качество сестринского ухода — важнейший показатель качества труда сестринского персонала, о чем косвенно свидетельствуют:

- отсутствие у пациентов осложнений, связанных с оказанием сестринских услуг;
- удовлетворенность пациента и его родственников сестринским уходом;
- отсутствие жалоб и замечаний со стороны пациентов, родственников, коллег, старшей медицинской сестры, лечащих врачей и заведующего отделением.

Учитывая особенности психологии наших пациентов, современный медицинский персонал должен владеть глубокими знаниями профессиональной этики и деонтологии и активно использовать эти знания в своей практической деятельности.

В ходе работы проводятся ежегодные семинары с персоналом по различным аспектам лечения и ухода за лицами пожилого и старческого возраста, новым технологиям в этой области. Для медицинской сестры важны не только профессиональная подготовка, но и такие человеческие качес-

тва, как терпеливое, ответственное отношение к пациенту, умение сопереживать, желание оказать помощь. Не меньшее значение имеют коммуникабельность, способность быстро принимать решение в нетипичных ситуациях, противостоять негативно-му поведению больного, устойчивость к стрессу.

Медицинские сестры осуществляют огромный объем работы по уходу за пациентами, закрепляют результаты усилий врачей. Особенно важен уход, если пациент немолод, и ресурсы его организма истощены последствиями длительных болезней и тяжелых ранений.

В г. Ленинск-Кузнецкий на базе МУЗ «Городская больница № 1» в 2005 году открыто отделение для ветеранов войн на 20 коек. В отделение госпитализируются ветераны войн (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, лица, приравненные по льготам к участникам ВОВ, труженики тыла и т.д.). Госпитализация в отделение осуществляется в плановом порядке.

С целью улучшения качества сестринской помощи в отделении уделяется большое внимание созданию благоприятных условий труда, обеспечению комфорта, как для пациента, так и для всего персонала: светлые и просторные палаты, четырехразовое горячее питание, комната отдыха для просмотра телепередач или чтение книг в широком ассортименте библиотеки, также стали внедряться сеансы музыкотерапии. В процессе музыкотерапии можно не только снять травмирующие переживания в ходе их припоминания и изживания, но и наполнить душевное состояние пациентов переживаниями, которых не хватает в реальной жизни, связанными с такими качествами как смелость, бодрость, энергия.

Также важна беседа — хотя бы с точки зрения переживаний, связанных с состоянием здоровья в этом возрасте. Она выполняет несколько функций: уведомить пациента о заботе, о его здоровье; смысле и необходимости оздоровительных и реабилитационных мероприятий; снять разочарованность, депрессию, со всеми подрывающими жизненные последствиями; позволить выговориться, поддерживать ценность воспоминаний и значимость прожитой жизни.

Лечебные процедуры, манипуляции и ежедневные разговоры с пациентами, общение пациентов между собой — все это отодвигает различные заболевания на более поздний срок.

К тому же пожилым людям нередко «одно лишь доброе слово помогает лучше других лекарств».

Отношение к пожилым людям — важный показатель политического, экономического и морально-го благополучия общества.

Хотелось бы, чтоб в России заботились и поддерживали старых людей, ведь все мы когда-нибудь постареем.

ПОДЪЯПОЛЬСКАЯ Н.И.

МУЗ «Кемеровский кардиодиспансер (ККД)»,
«Центр социального обслуживания населения (ЦСОН) по оказанию помощи КОВ»,
г. Кемерово

СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МУЗ «ККД» И «ЦСОН» ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

По мере роста численности пожилых людей неуклонно возрастает потребность в медицинской и социальной помощи, так как лица пожилого возраста являются основными потребителями этих видов услуг.

В связи с этим встал вопрос о взаимодействии лечебно-профилактических учреждений и Центров социального обслуживания населения. С 2006 года участковая служба поликлиники Кемеровского кардиологического диспансера (ККД) работает в тесном сотрудничестве с отделениями реабилитации инвалидов, социальной и медико-социальной помощи Центра социального обслуживания населения (ЦСОН) Рудничного района. Целью такого сотрудничества является повышение качества сестринской помощи, более эффективное решение вопросов медико-социальной помощи и рациональное использование кадрового потенциала.

В рамках реализации этой цели своё развитие получили следующие формы взаимодействия:

- существует система по выявлению одиноких пожилых людей. Участковая служба поликлиники передаёт данные о таких лицах в ЦСОН для решения вопроса об оказании им социальной, либо медико-социальной помощи;
- социальные работники закреплены за участковыми терапевтами, выделены определенные часы приёма социальных работников. Это позволяет оперативно решать вопросы, связанные с оказанием помощи лицам, нуждающимся в уходе и наблюдении, осуществляется совместная курация тяжелобольных пациентов на дому, с четким разделением функций специалистов.

Для более полной оценки состояния здоровья пациента разработана «Карта сестринского наблюдения пациента», в которую включены следующие разделы:

- первичная оценка состояния пациента;
- диагноз;
- возможные осложнения;
- выявленные проблемы;
- план сестринского ухода;

- лист динамического наблюдения.

Записи в Карте сестринского наблюдения производятся медицинскими работниками, как участковой службы поликлиники, так и Центра социального обслуживания населения. Работа с тяжелобольными пациентами планируется так, что ежедневно больного посещают либо специалисты ЦСОН, либо участковая медсестра, либо участковый терапевт. Участковый терапевт контролирует выполнение запланированных манипуляций и медицинских назначений.

При планировании работы с тяжелобольным пациентом большое внимание уделяется обучению родственников элементам рационального ухода за больным. Такие знания медицинские работники получают в ходе семинарских занятий, проводимых совместно с социальной службой.

На базе поликлиники также проводится обучение социальных работников основам наблюдения за тяжелобольными пациентами, рассматриваются вопросы оказания неотложной помощи, соблюдение при выполнении манипуляций санитарно-противоэпидемического режима, изучаются особенности психо-эмоционального статуса пожилого человека.

В 2007-2008 гг. проведено 22 совместных семинарских занятия с привлечением врачей: геронтолога, эндокринолога, уролога, гастроэнтеролога и специалиста по гигиеническому обучению и воспитанию.

На базе ЦСОН и в поликлинике ККД организован приём врача-геронтолога, как для пациентов, так и для социальных работников, по вопросам оказания медико-социальной помощи пожилым людям.

В ЦСОН организовано отделение социальной реабилитации инвалидов. Врачи поликлиники принимают участие в составлении индивидуальных программ реабилитации.

Контроль взаимодействия социальной и участковой служб осуществляется заведующими терапевтическими отделениями поликлиники и заведующими отделениями социальной помощи ЦСОН. Двухсторонний контроль позволяет выявить проб-



лемы, возникающие в процессе совместной работы и более конструктивно решать их.

Результатом сотрудничества лечебно-профилактических учреждений и ЦСОН является интеграция усилий и повышение преемственности между органами здравоохранения и социального обеспечения, с разделением функций специалистов и широким обменом информацией. Это поз-

воляет эффективнее решать вопросы оказания медико-социальной помощи, повысить качество медицинской помощи, рационально использовать средства и кадровый потенциал. Сегодня уже трудно представить себе курацию одиноких пожилых людей, тяжелобольных, инвалидов без совместного участия медицинских и социальных работников.

САЛЬНИКОВА Е.М.

ГСУ СО «Кемеровский дом-интернат для престарелых и инвалидов»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Основной задачей сестринской помощи в доме-интернате является: оказание качественной медицинской помощи престарелым и инвалидам, в полном соответствии и в полном объеме, выполнения гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными стационарными учреждениями социального обслуживания.

Основные функции сестринской помощи включают в себя: предоставление проживающим социально-медицинских услуг, в соответствии с государственным перечнем социальных услуг в стационарных учреждениях (во исполнение постановления АКО № 279 от 30.12.2004 г.), а именно:

- 1) содействие в оказании медицинской помощи, в объеме Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области, региональных целевых программ в учреждениях здравоохранения Кемеровской области;
- 2) содействие в организации прохождения диспансеризации;
- 3) организация и проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- 4) обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации;
- 5) содействие в получении зубопротезной, протезно-ортопедической и слухопротезной помощи;
- 6) организация лечебно-трудовой деятельности;

- 7) содействие в проведении медико-социальной экспертизы;

- 8) организация лечебно-оздоровительных мероприятий:

- оказание первой доврачебной помощи;
- проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур;
- обеспечение по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- оказание помощи в выполнении физических упражнений;
- обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание);
- проведение санитарно-просветительской работы;

- 9) организация работы групп здоровья по медицинским показаниям и возрастным особенностям граждан;

- 10) госпитализация в учреждения здравоохранения, содействие в направлении по заключению врачей на санаторно-курортное лечение.

В своей деятельности медицинские сестры руководствуются следующими принципами:

- индивидуального подхода к реализации потенциальных возможностей престарелых и инвалидов;
- ранней медико-социальной и психолого-педагогической диагностики и коррекции психофизиологических функций и проявлений социальной дезадаптации;
- коррекционной направленности;
- сохранения и восстановления здоровья;
- соблюдения прав престарелых и инвалидов.



СИНКИНА Е.А., МАРКОВНИЧЕНКО Т.В.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОЙ ПОДГОТОВКЕ К ИССЛЕДОВАНИЯМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В последнее десятилетие в России растет заболеваемость раком толстой кишки, увеличивается число пациентов с синдромом раздраженной кишки. В связи с этим становится актуальным качественная и ранняя диагностика предопухолевых заболеваний. Информативность колоноскопии в значительной степени зависит от качества подготовки толстой кишки к исследованию. Вместе с тем сама подготовка толстой кишки представляет серьезную проблему. Дело не только в том, что ни один из методов подготовки не обладает 100 % эффективностью, но и в потенциальной опасности для пациента любого способа подготовки, и во влиянии любого способа подготовки на слизистую оболочку кишки. В то же время, у больных пожилого и старческого возраста возникают существенные трудности для качественной подготовки толстой кишки к колоноскопии. По этой причине у пациентов старше 60 лет неполная колоноскопия выполняется на 20 % чаще, чем в более молодом возрасте.

Задачи: выявить наилучший способ подготовки для пациентов различных возрастных групп и проследить влияние способов подготовки на слизистую оболочку кишки.

Для эффективного и безопасного проведения эндоскопических исследований и операций в обязанности медсестры входит подготовка пациентов к этим процедурам. Медсестра эндоскопического отделения разъясняет цели и задачи исследований и операций, их значение, правил проведения больных во время их проведения, возможность неудач и развития послеоперационных осложнений (психологическая подготовка). Если для подготовки желудка не требуется специальных усилий, то подготовка толстой кишки занимает длительное время и требует немалых навыков, как со стороны пациента, так и медицинского персонала.

В нашем госпитале в эндоскопическом отделении ведется работа по изменению роли медицинской сестры в проведении подготовки к фиброколоноскопии. Данное направление выбрано, как наиболее актуальное, т.к. успех проведения процедуры во многом зависит от качества подготовки пациента. Сегодня используется два основных вида подготовки толстой кишки к колоноскопии: лаважный и клизменный. При лаважной подготовке применяются различные составы и схемы их приемов. При применении раствора фортран-

са для подготовки кишки накануне исследования пациенту приходится выпить 3 литра раствора (при весе до 80 кг) за 3 часа. Массивная жидкостная нагрузка на кишку и быстрый пассаж содержимого по толстой кишке примерно в 5-15 % случаев придает слизистой оболочке толстой кишки признаки острого воспаления в виде диффузной или очаговой гиперемии, утолщения складок, появления мелких эрозий, что требует дифференциальной диагностики с истинными заболеваниями толстой кишки и приводит к гипердиагностике колитов. Клизменная подготовка применяется в различных вариантах, но обязательно с соблюдением бесшлаковой диеты и слабительных. Обычно используются накануне дня исследования две сифонные или множественные очистительные клизмы (4 клизмы вечером и 4 клизмы утром). Клизменная подготовка толстой кишки существенно чаще приводит к изменениям слизистой прямой кишки в виде эрозий, гиперемии при использовании жесткого наконечника. По нашим наблюдениям, клизменно-диетическая подготовка некомфортна, длительна по времени, вызывает водно-электролитные нарушения.

Как показали исследования, в большинстве случаев безопасность подготовки кишки больного достигается не только индивидуальным подходом к пациенту, но и комбинацией способов подготовки. Для качественного информационного обеспечения пациента нами разработано методическое пособие для медицинской сестры, в котором поэтапно описан ход беседы с пациентом, разработана памятка для самого пациента. С целью выделения дополнительного времени для работы с пациентом пересмотрен график работы медицинских сестер эндоскопического отделения. Проводимая работа дала положительный результат: снизился показатель отказа от процедур и количество некачественно подготовленных пациентов.

В результате нашей работы у пациентов изменились первоначальные «негативные» взгляды на процедуру, мы достигли максимального участия самого пациента в лечебно-диагностическом процессе. Возможно, это объясняется осторожным выбором схемы подготовки, даже при широко применяемой нами подготовке фортрансом.

Основными причинами плохой подготовки, независимо от возраста, были несоблюдение схемы подготовки (68 %), нарушение проходимости киш-



ки (сужение) (14 %), хронический запор (18 %). Как показали наши исследования, наиболее предпочтительной оказалась лаважная подготовка фортрансом (эффективная колоноскопия в 91 % случаев). При соблюдении схемы подготовки мы не отметили возникновения каких-либо осложнений. Следует заметить, что лаважная подготовка фортрансом используется и рекомендуется многими клиниками. По сравнению с кишечным лаважем солевым раствором, применение фортранса оказалось более предпочтительным из-за возможности легкой аспирации остатков жидких каловых масс и более полного осмотра всей поверхности слизистой оболочки толстой кишки.

Таким образом, по нашим данным, наилучшее качество подготовки больного к колоноскопии достигается использованием лаважной схемы подготовки фортрансом во всех возрастных группах. Первичная клизменная подготовка наилучшие результаты принесла у лиц трудоспособного возраста. Реактивные изменения слизистой оболочки прямой кишки были у каждого 10-го пациента неза-

висимо от возраста, но достоверно чаще при клизменной подготовке. Наименее часто реакция слизистой оболочки толстой кишки отмечена при лаважной подготовке солевым раствором. От того, насколько хорошо понимают друг друга медработник и пациент, зависят качество и результат исследования или лечения. Пациенты чаще всего бывают физически готовы, а вот психологическое состояние очень страдает. Мы считаем, что эту проблему должны в комплексе решать медицинские сестры эндоскопического отделения, палатные медсестры, участковые медсестры в поликлинике. Применение медсестрой психологической помощи пациентам при проведении эндоскопических исследований улучшает эмоциональное состояние, что, в свою очередь, улучшает качество оказываемой помощи и состояние пациентов после исследования. Поэтому ориентация деятельности медперсонала на личность пациента, применение моделей сестринского ухода на практике является обязательным условием на современном этапе развития здравоохранения РФ.

ТЕРЕЩЕНКО О.Н.

*ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово*

ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ЛИЦАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ИЗ СОСТАВА КОВ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Решение актуальных проблем лиц старшего поколения — одно из приоритетных направлений развития здравоохранения России. Общий уход за пациентами старших возрастных групп более сложен и требует большего внимания и времени, чем обычный медицинский уход. Основным принципом такого ухода является уважение к личности, принятие пациента таким, каков он есть со всеми его физическими и психическими недостатками.

При организации ухода за лицами старшего возраста нужно знать, что такие пациенты имеют ряд особенностей, связанных с возрастными изменениями органов, функционированием систем. Кроме того, обеспечивая сестринский уход, необходимо учитывать особенности течения заболеваний: полиморбидность (наличие двух и более заболеваний), наличие заболеваний в хронической форме, стертость, невыраженность симптомов различных заболеваний, функциональную недостаточность органов и система, наличие «старческих» болезней (остеопороза, гиперплазии предстательной железы и др.), снижение защитных иммунных реакций.

Важное место в организации ухода занимает предупреждение травм и несчастных случаев, которые нередко встречаются у таких пациентов вследствие возрастного снижения зрения и слуха, плохой координации движений и легкой потерей равновесия. Для профилактики падений предусмотрены поручни вдоль стен, ходунки, кресла-каталки. Полы в палатах, коридорах, ванных комнатах и туалетах должны быть нескользкими, наличие разлитой жидкости на полу недопустимо.

К каждому больному нужен индивидуальный подход с учетом психологических особенностей и его отношения к заболеванию. Для установления контакта с пациентом медицинская сестра должна разговаривать спокойным приветливым голосом, обязательно здороваться. К больным нужно обращаться с уважением, по имени и отчеству, фамильярные обращения «бабушка», «дедушка» и пр. недопустимы. Психологическая подготовка гериатрических пациентов к различным медицинским манипуляциям, умение слушать, сопереживать и давать советы — это важные факторы в успешном лечении.



Питание пациентов старших возрастных групп должно быть гипокалорийным и ограниченным по объему, что служит методом борьбы с преждевременным старением. Дозу потребляемых жиров нужно снизить, соотношение белков, жиров и углеводов составляет 1 : 0,9 : 3,5. Очень важна антисклеротическая направленность питания, заключающаяся в снижении калорийности и включении в нее продуктов, нормализующих липидный обмен (например, морская капуста). Растительная клетчатка (фрукты, овощи, зерновые) активизирует моторную деятельность кишечника, эффективна при запорах, является мерой профилактики злокачественных образований. Полноценный режим питания, включающий зерновые культуры, фрукты и овощи, позволяет обогатить рацион витаминами и минеральными веществами.

Создание оптимального лечебно-охранительного режима имеет большое значение, т.к. пациенты геронтологического возраста часто страдают бессонницей, у них меняется режим сна — они спят больше днем, а ночью ведут активный образ жизни (едят, ходят по палате, читают). Причиной бессонницы могут быть возрастные расстройства сна, дневной сон, плохо подобранная кровать с продавленной сеткой, плохое проветривание помещения, шум в коридоре и т.д. при необходимости врач назначает снотворные препараты. Медсестра должна обеспечить соблюдение лечебно-охранительного режима и может порекомендовать отвар пустырника по 10-15 мл за 40 минут до сна, 10-20 капель валокордина или стакан теплого молока с медом.

Строгий постельный режим пожилым пациентам назначают в крайних случаях (пневмония, инфаркт миокарда, выраженная недостаточность кровообращения и др.), т.к. могут возникнуть стойкие явления в легких, образование тромбов в конечностях с последующими тромбоэмболиями в легочной артерии, затрудненное мочеиспускание, усиление запоров, тугоподвижность суставов. Профилактировать все эти осложнения можно с помощью комплекса мероприятий: уход за кожей и профилактика пролежней, растирание и массаж, лечебная физкультура, борьба с запорами.

Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима при работе с геронтологическими больными строго обязательно, т.к. такие пациенты имеют ослабленный иммунитет и подвержены высокому риску инфицирования.

Немаловажное значение имеет соблюдение пациентом личной гигиены. При необходимости смена нательного, постельного белья, уход за волосами, ногтями, кожей, полостью рта осуществляется при помощи медперсонала. Пациентам, длительно находящимся на постельном режиме, необходимо осуществлять тщательный уход за кожей и профилактику пролежней (по отраслевому стандарту).

Контроль приема лекарственных средств пациентами геронтологического возраста обязателен. При снижении памяти и развитии деменции (слабоумия) пациент может забыть принять лекарство или принять его повторно. Необходимо следить за водным балансом больного, т.к. недостаточное употребление жидкости способствует повышению концентрации в организме назначенных препаратов, появлению побочных эффектов, развитию лекарственной интоксикации. Доза лекарственных препаратов уменьшается до 2/3, а в отдельных случаях и до 1/2 дозы взрослого человека.

Наблюдение за пациентом пожилого возраста необходимо постоянно. Это контроль за гемодинамическими показателями (артериальное давление, пульс), дыханием, температурой тела, кожей и слизистыми, сознанием, психической деятельностью, физической активностью, способностью к самообслуживанию, а также контроль за физиологическими отправлениями. О любом ухудшении самочувствия больного, появлении новых симптомов медсестра должна немедленно информировать врача. До его прихода помочь пациенту принять удобное положение, обеспечить покой, при необходимости оказать первую помощь.

Организация досуга является одним из важных элементов ухода за пациентами преклонного возраста (если позволяет самочувствие пациента). Задачами правильно организованного досуга являются: разрушение монотонности больничного (особенно постельного) образа жизни, поднятие настроения, выработка установки на излечение, сохранение двигательной активности в пределах возможного, борьба с тревогой и депрессией, повышение самооценки. В качестве досуга рекомендуется просмотр телепередач, прослушивание музыки, чтение, настольные игры и т.д.

Главное, в чем нуждается больной пожилого и старческого возраста — это терпеливый уход и внимание, направленные на поддержание и восстановление нарушенных физических и психических функций.



ТОЛМАЧЕВА В.А.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. КемеровоОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ
КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В ОБЛАСТНОМ
КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН:
ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В процессе реформирования современного здравоохранения мы не должны забывать о тех, кому сейчас труднее всего. И эта работа предполагает участие всех заинтересованных министерств и ведомств системы здравоохранения и социального обеспечения. Ведь отношение к старикам — это показатель культуры общества и его нравственного здоровья. Пожилые люди, обладая выраженной индивидуальностью, в качестве пациентов имеют общие выраженные черты, обусловленные старением всех органов и систем. Ветераны ВОВ и лица, относящиеся к контингенту особого внимания, заслуженно требуют к себе повышенного внимания и активной позиции со стороны медицинских работников.

Ориентация государства преимущественно на экономические, а не на социальные расходы приводит к тому, что проблема обеспечения здоровья становится все более актуальной. Причем, проблемой непосильной для пожилого человека, физические и материальные возможности которого ограничены и не позволяют в одиночку или даже при поддержке семьи решать вопросы удовлетворения даже необходимого минимума потребностей, обусловленных заболеваниями и инвалидностью, что ставит старых людей на грань выживания.

Эффективность деятельности любого медицинского учреждения, амбулаторно-поликлинического, стационарного в значительной степени зависит от качества работы среднего медицинского персонала. Сестринская служба — одна из тех, которой сегодня под силу решение проблем повышения качества жизни лиц старшего возраста, причем за счет не только качества выполнения сестринских манипуляций, но и консультативной и обучающей практики. Гериатрию по праву называют «царством медицинских сестер».

Повышение качества медицинской помощи ставит перед специалистами сестринского дела новые задачи. Для обеспечения соответствующего уровня сестринского ухода медицинские сестры должны уделять большое внимание психологическим особенностям пациентов, выбирать тактику общения, оказывать помощь в достижении и развитии адаптационных возможностей, уметь контролировать жизненную ситуацию, прогнозировать возникновение проблем и быть готовым к их решению.

Работа медицинских сестер в гериатрическом стационаре, каким является областной клинический госпиталь для ветеранов войн, отличается от видов работ в других ЛПУ.

Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентом с целью полной реабилитации пациента. Медицинская сестра постоянно находится рядом с пациентом, именно от нее зависит во многом не только уход за больным, но и, в конечном итоге, его выздоровление. Сфера деятельности медицинской сестры широка и многогранна. В настоящее время почти повсеместно происходит процесс переоценки всей системы сестринского обслуживания. В нашей стране сестринский персонал преимущественно работает под руководством врачей. На самом деле сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-социальной помощи и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований.

Миссия сестринского дела по отношению к обществу состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам людей определить, достичь и развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на оптимальном уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медицинских сестер не только выполнения функций по укреплению и сохранению здоровья, предупреждению заболеваний, но и душевной отзывчивости, теплоты, любви и самоотверженной преданности профессии. Коллектив медицинских сестер областного клинического госпиталя для ветеранов войн за десять лет существования учреждения на деле доказал каждодневным трудом, что это коллектив профессионалов, единомышленников, неравнодушных людей работающих по призванию.

Для улучшения качества оказания сестринской помощи впервые в госпитале введена должность медицинской сестры-координатора, которая проводит комплексную гериатрическую оценку пациентов, проводит анкетирование по выявлению и определению степени когнитивных нарушений, осуществляет связь с органами социальной защиты, проводит индивидуальные и групповые занятия по социальной реабилитации пациентов.



В перспективе важное значение имеет перепрофилирование и рациональное использование сестринской помощи, создание отделения сестринского ухода за пациентами, относящимися к КОВ, с привлечением студентов Кемеровского областного медицинского колледжа (КОМК). Внедрение персонализированного учета и создание отделения централизованной раздачи медикаментов. Создание постоянно действующих школ, структурированного терапевтического обучения, про-

ведение мониторинга пациентов, относящихся к КОВ на амбулаторном этапе, которые способствуют уменьшению осложнений, более легкому течению заболеваний, повышению информированности больного относительно своего заболевания.

Проведение научно-исследовательской работы совместно с КОМК улучшит качество оказания помощи и будет способствовать внедрению новых сестринских технологий.

ТРУБАЧЕВА Н.Н.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

В последние годы российская оториноларингология претерпевает поистине революционные позитивные изменения, связанные, прежде всего, с постепенным распространением и внедрением в повседневную клиническую практику прогрессивного видеоэндоскопического оборудования и специализированного хирургического инструментария. Преимущества современных хирургических технологий перед традиционными очевидны, что определяет ежегодное увеличение количества эндоскопических хирургических вмешательств.

Так, в нашей клинике, по сравнению с 2006 годом, количество эндоскопических операций увеличилось на 54 %. Учитывая наш опыт работы в этой области, можно утверждать, что эндоскопическая ЛОР-хирургия требует не только отличного знания особенностей сложного дорогостоящего эндоскопического оборудования и правил обращения с ним, но и предопределяет роль операционной сестры как важнейшего ассистента при выполнении операции. Преодолев первичные трудности, возникшие на пути освоения новых технологий, мы задались целью поиска путей оптимизации проведения эндоскопических операций, в частности — возможностей снижения затрат времени на проведение каждой конкретной операции. К этому побудил нас не столько рост числа оперируемых эндоскопическими методами пациентов, сколько желание облегчить стресс, которому подвергается организм больного при любых хирургических вмешательствах.

По нашему представлению, оптимальными по времени эндоскопические хирургические вмешательства становятся только при четко согласован-

ной работе звеньев системы «оборудование — сестра — врач». Именно рассматривая первое звено данной системы, появилась мысль добавить к эндоскопической стойке фирмы «Karl Storz Endoscore» дополнительный видеомонитор (дубль — монитор), установленный в поле зрения ассистирующей медицинской сестры. Зрительный контроль хода операции позволяет опытной операционной сестре не только предвидеть постоянно меняющуюся потребность в том или ином инструменте или интраоперационной обработке оптики, но и своевременно помочь хирургу в необходимых ситуациях. Это обстоятельство имеет особенное значение в силу специфики эндоскопических ЛОР-операций, отличающихся отсутствием, в большинстве случаев, хирурга — ассистента.

С целью практического обоснования такого нововведения в нашей клинике мы провели небольшое исследование.

Материалом к исследованию послужили 20 одинаковых по объему и технологии выполнения эндоскопических хирургических вмешательств на ЛОР-органах (эндоскопическая микрогайморотомия с септопластикой). Операции проводились у мужчин (14 пациентов) и женщин (6 пациентов) в возрасте от 25 до 35 лет и связаны были с наличием у пациентов кисты (кист) одной из верхнечелюстных пазух в сочетании с искривлением перегородки носа. Состав хирургической бригады на всех операциях был одинаков.

Методом исследования послужил хронометраж времени продолжительности каждого вмешательства. Нами были выполнены 10 операций (контрольная группа) до установки дубль-монитора и 10 — после. Отсчет времени в каждом случае начинался



с момента первой инъекции анестетика (или раствора адреналина 0,1 % в физиологическом растворе 1 : 1000 в случае общей анестезии) и заканчивался после установки последней носовой турунды.

Продолжительность вмешательств в первой группе пациентов составила в среднем 1 час 35 минут (± 17 мин), во второй группе в среднем 1 час 04 минуты ± 8 минут. Таким образом, мы отметили уменьшение времени вмешательства в группе операций с дубли-монитором практически на 20 %, по сравнению с контрольной группой. Довольно заметные величины отклонения во времени объясняются тем, что ряд операций были выполнены под наркозом, который зачастую несколько повышает затраты времени на гемостаз. Однако вряд ли это обстоятельство может серьезно повлиять на общую картину полученных данных.

На основании всего вышеизложенного нами сделаны следующие выводы.

1. При наличии дополнительного монитора для операционной сестры и достаточной слаженности работы с хирургом время эндоскопической операции уменьшается примерно на 20 %. Это не только приносит пользу больным, но и повышает экономическую эффективность работы клиники.
2. Эндоскопическая хирургия в оториноларингологии расширяет возможности самосовершенствования операционной медицинской сестры и диктует необходимость постоянно повышать свою квалификацию, читать дополнительную литературу, активно интересоваться всеми новыми передовыми технологиями.
3. Возможность вести видеозапись эндоскопических хирургических операций является незаменимым источником учебно-методического материала для подготовки квалифицированных специалистов в данной области.







ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА





БОГОМОЛОВА Н.Н.
ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Липидный обмен по мере старения человека претерпевает наиболее типичные изменения. Концентрация липидов и липопротеидов (ЛП) в сыворотке крови отражает предрасположенность к развитию атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний, как у лиц среднего возраста, так и у пожилых людей, поэтому нарушения липидного обмена — один из ранних маркеров старения. Установление характера нарушений липидного обмена имеет большое значение в выборе адекватной специфической лекарственной терапии и является единственным методом оценки её эффективности.

Оптимальный «холестерин-липопротеиновый профиль» включает в себя следующие показатели: общий холестерин (общий ХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП-ХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС), триглицериды (ТГ) и расчет коэффициента атерогенности. Исследование фракций ЛП в клинической практике используют для типирования по Фредериксону (1967). Потребность в этом исследовании у врачей госпиталя высокая, что видно из показателей таблицы.

Содержание общего ХС в крови растет с 20-30 лет до 60 лет у мужчин и до 70 лет у женщин. Пик концентрации ХС и ТГ в крови отмечают между 40 и 60 годами. В дальнейшем, с 60 до 79 лет, концентрация ХС в крови повышается в среднем на 1,04 ммоль/л.

Концентрация ЛПВП-ХС в среднем возрасте у женщин на 0,26 ммоль/л выше, чем у муж-

чин. Это различие сохраняется и в постменопаузе. Но если до менопаузы концентрация общего ХС и ЛПНП-ХС у женщин ниже, то после менопаузы она быстро возрастает. Приблизительно к возрасту наступления менопаузы (48-55 лет) средняя концентрация ХС в крови у женщин повышается быстрее, чем у мужчин, одновременно снижается содержание ЛПВП-ХС и возрастает ЛПНП-ХС. Вследствие этого частота сердечно-сосудистой патологии в постменопаузе увеличивается на 20 %. Существуют определенные физиологические закономерности в изменении содержания ЛПВП-ХС в крови. У мужчин в возрасте 60-79 лет уровень ЛПВП-ХС в крови выше, чем в возрасте 25-44 года и 45-59 лет. У женщин в возрасте 70 лет и старше содержание ЛПВП-ХС выше, чем у мужчин того же возраста.

В то же время, с возрастом доля ЛПВП-ХС в общем количестве ХС снижается. У женщин 25-34 лет соотношение ХС/ЛПВП-ХС составляет 3,4, к 75-89 годам оно повышается до 4,7. Когда это соотношение превышает 7,5, риск заболевания ИБС становится таким же, как у мужчин. Оптимальным считается соотношение 3,5, а при величине 5,0 и более риск значительно возрастает.

Таблица
Количество назначений исследования
липидного профиля (2003–2008 гг.)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Амбулаторное обследование	190	277	474	681	691	857
Обследование в стационаре	176	618	705	889	918	1130
Всего:	366	895	1179	1570	1609	1987

ЖИВОТОВА Т.И., ЗОБНИНА О.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ДИАГНОСТИКА *HELICOBACTER PYLORI* В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Многочисленные исследования, проведенные за последние 25 лет, показывают значимость НР-инфекции в развитии таких заболеваний, как острый и хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и язвен-

ная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), МАЛТ-лимфома желудка.

В Областном госпитале для ветеранов войн для выявления НР-инфекции используется дыхательный тест.



Цель исследования — изучить распространенность НР-инфицирования среди пациентов ОКГВВ в зависимости от пола, возраста, наличия заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эффективности эрадикационной терапии.

Обследовано 411 пациентов (170 мужчин и 241 женщина). Обследовались по собственному желанию и по направлению дерматолога 71 пациент. Средний возраст обследуемых составил 45 лет. Резко положительный и положительный дыхательный тест выявлен у 240 человек (58 %), что соответствует литературным данным об инфицированности НР-инфекцией. Слабоположительный и отрицательный тест выявлен у 171 человека (42 %). НР-инфицирование выявлено у 65 % женщин и 42 % мужчин. У 38 пациентов с гастродуоденитом резко положительные и положительные пробы составили 69 %, у 204 пациентов с гастритом — 78 %, у 41 пациента с ЯБЖ — 71 %, у 20 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) — 5 %, у 37 пациентов с ЯБДПК — 73 %. У больных без симптомов заболеваний желудка количество положительных и резко положительных проб составило 23 %, слабоположительных и отрицательных — 77 %.

Для выявления особенностей НР-инфицирования у пациентов пожилого возраста проведено обследование 41 человека в возрасте 65 лет и старше. Резко положительные и положительные пробы составили 73 %; слабоположительные и отрицательные — 27 %.

Считается, что заражение НР-инфекцией происходит алиментарным путем. Подтверждением этому является то, что из 22 обследованных на-

ми семей в 86 % случаев инфицированы все члены семьи.

Эрадикационная терапия не всегда оказывается успешной. У 50 % обследованных и пролеченных больных рецидив наступает в сроки от 7 месяцев до 2-х лет.

Таким образом, установлено, что дыхательный тест является достаточно информативным методом диагностики НР-инфекции. Распространенность НР-инфекции среди женского населения на 23 % больше, чем среди мужчин. Наиболее часто НР-инфекция выявляется при ГЭРБ (85 %) и гастритах (78 %). НР-инфицированность при гастродуоденитах, ЯБДПК и ЯБЖ примерно одинакова, и составляет 69-73 %. Инфицированность НР-инфекцией у лиц пожилого возраста составляет 73 %, а у лиц до 65 лет — 57 %. Внутрисемейное заражение составляет 86 %, что подтверждает алиментарный путь передачи инфекции.

Недостаточную эффективность эрадикационной терапии можно объяснить несколькими причинами:

- резистентность штаммов НР к антибактериальным препаратам;
- переход НР в L-форму (кокковидную): при определенных условиях L-форма может перейти в вегетативную и вызвать рецидив заболевания;
- несоблюдение правил приема лекарственных препаратов;
- реинфекция при одновременном лечении всех членов семьи.

Для эффективности лечения необходимо определение чувствительности НР к антибиотикам и совершенствование методов эрадикационной терапии.

ЗОБНИНА О.В.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

В гериатрической практике имеют место значительные сложности при оценке клинического значения полученных результатов, которые у стариков могут зависеть от факторов, не связанных с патологическим процессом. Определение понятия «норма» по отношению к лицам пожилого и старческого возраста связано с очевидными трудностями. Трактовка результатов лабораторного теста как «нормального» или «патологического» основывается на сопоставлении его с показателями нормы или референтных интервалов. Однако, к сожалению, референтные интервалы для различных лабораторных показателей получены на основании исследования образцов кро-

ви молодых здоровых людей и не всегда могут служить надёжным ориентиром в оценке клинического значения результатов у пожилых и стариков.

Получение референтных показателей у пожилых и стариков связано, прежде всего, с трудностями отбора обследуемого контингента и необходимостью дифференциации изменений вследствие возрастной инволюции некоторых органов от таковых, связанных с истинной патологией. Особенно это касается лиц в возрасте 80 лет и старше, доля которых в возрастной структуре современной популяции возросла и продолжает увеличиваться.



По данным обследования геронтологических больных в нашем госпитале наблюдаются значительные изменения показателей гемоглобина (Hb) (менее 119 г/л у 19,3 % больных) и количества лимфоцитов (от 41 % и выше лимфоцитов в формуле у 21,2 % больных).

Какие значения лимфоцитов считать оптимальными для геронтологических больных? Как изменяется Hb в разных возрастных категориях? Как дифференцировать относительное увеличение количества лимфоцитов с начинающимся лимфопролиферативным заболеванием, которое довольно часто встречается у геронтологических больных?

Цель исследования — определить средние значения Hb и лимфоцитов для больных старше 50 лет.

Результаты исследования. На базе ОКГВВ были проведены исследования у следующих возрастных групп по поликлиническому приёму: женщины 50-60 лет — 44 чел., 60-70 лет — 77 чел., 70-80 лет — 124 чел., 80-90 лет — 33 чел., до 50 лет — 47 чел.; мужчины 50-60 лет — 13 чел., 60-70 лет — 29 чел., 70-80 лет — 39 чел., 80-90 лет — 21 чел., до 50 лет — 14 чел. В качестве контрольной группы были использованы данные медосмотра сотрудников предприятия «Аэропорт» (женщины — 50 чел.; мужчины — 50 чел.).

Изменения показателей гемоглобина с возрастом у женщин: контрольная группа — 135,0 г/л, 50-60 лет — 128,33, 60-70 лет — 126,7, 70-80 лет — 125,76, 80-90 лет — 127,15 г/л.

Изменения показателей гемоглобина с возрастом у мужчин: контрольная группа — 150,0 г/л, 50-60 лет — 139,23, 60-70 лет — 137,79, 70-80 лет — 134,33, 80-90 лет — 129,21 г/л.

% женщин от 50 лет и выше с уровнем гемоглобина менее 120 г/л: контрольная группа — 6 %,

50-60 лет — 20,45 %, 60-70 лет — 19,23 %, 70-80 лет — 23,4 %, 80-90 лет — 12,12 %.

% мужчин от 50 лет и выше с уровнем гемоглобина менее 120 г/л: контрольная группа — 0 %, 50-60 лет — 0 %, 60-70 лет — 6,9 %, 70-80 лет — 10,2 %, 80-90 лет — 12,2 %.

Увеличение лимфоцитов с возрастом среди женщин: контрольная группа — 32,46 %, до 50 лет — 31,68, 50-60 лет — 35,36, 60-70 лет — 38,7, 70-80 лет — 37,35, 80-90 лет — 38,76 %.

Увеличение лимфоцитов с возрастом среди мужчин: контрольная группа — 31,26 %, до 50 лет — 34,7, 50-60 лет — 35,6, 60-80 лет — 35,2, 80-90 лет — 38,0 %.

Более 45 лимфоцитов в лейкоформуле женщин (% женщин с лимфоцитозом в разных возрастных группах): контрольная группа — 10 %, до 50 лет — 17,2 %, 50-60 лет — 22,73 %, 60-70 лет — 26,9 %, 70-80 лет — 25,62 %, 80-90 лет — 27,27 %.

Более 45 лимфоцитов в лейкоформуле мужчин (% мужчин с лимфоцитозом в разных возрастных группах): контрольная группа — 2 %, до 50 лет — 14,28 %, 50-80 лет — 15,4 %, 80-90 лет — 33,33 %.

Выводы. Компенсаторные возможности женского костного мозга позволяют поддерживать показатели гемоглобина на достаточном уровне, но при этом в старческом возрасте средние показатели лимфоцитов несколько увеличиваются, по-видимому, вследствие сгущения крови на фоне часто встречающейся сердечной недостаточности.

У мужчин костный мозг менее приспособлен к регенерации, поэтому у них наблюдается стабильное снижение показателей гемоглобина соответственно возрасту. Таким образом, показатели количества лимфоцитов стабильно увеличиваются, по мере увеличения возрастного ценза как у женщин, так и у мужчин.

МИХАЙЛОВА Е.В., КРАСИЛОВА Т.А., МАСИН А.Н., СУМИН А.Н.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»
Дорожная больница ст. Кемерово
МУЗ «Городская больница № 13»,
г. Кемерово

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПЛЕЧЕ-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Распространенность атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей увеличивается с возрастом. У таких больных при наличии клинических симптомов перемежающейся хромоты смертность в течение 5 лет составляет около 30 %. Среди пациентов с бессим-

птомным течением болезни смертность также высока, по сравнению с лицами без атеросклеротического поражения нижних конечностей риск смерти возрастает у них в 2,2 раза. Плече-лодыжечный индекс (ПЛИ) является объективным диагностическим методом для постановки диагноза атерос-



клеротического поражения нижних конечностей. Однако до настоящего времени данный показатель используется преимущественно в эпидемиологических исследованиях и в сосудистых центрах, но не в условиях повседневной поликлинической работы.

Цель исследования — изучить возможность использования плече-лодыжечного индекса для диагностики субклинических форм атеросклероза артерий нижних конечностей у больных старших возрастных групп в общей врачебной практике.

Материал и методы. Обследованы 54 больных старше 60 лет (средний возраст $72,2 \pm 1$ года, 12 мужчин и 42 женщины), обратившихся на прием к врачу общей врачебной практики. Помимо клинических данных, всем больным дополнительно определяли плече-лодыжечный индекс систолического давления с помощью портативного ультразвукового индикатора кровотока «Минидоп». При этом оценивали уровень АД на обеих плечевых артериях, на задне- и переднеберцовых артериях обеих нижних конечностей. Для расчета ПЛИ использовали максимальное значение систолического АД в плечевых артериях и минимальное — в артериях голени. Снижение индекса менее 0,9 и увеличение более 1,4 расценивали как проявление стенозирующего процесса в артериях нижних конечностей.

Результаты исследования. Снижение плече-лодыжечного индекса менее 0,9 было выявлено у 6 больных (11,1 %), при этом у 4 больных степень снижения была незначительной (в пределах 0,8-0,9) и только у двух пациентов — умеренной (менее 0,7). Также у одного пациента (1,9 %) отмечалось увеличение ПЛИ более 1,4. Нормаль-

ные значения ПЛИ были выявлены у 47 больных (87 %), при этом у достаточно большого числа пациентов (12 чел. — 22,2 %) отмечено пограничное снижение ПЛИ (менее 1,0, но более 0,9).

Дополнительно мы проанализировали общеклинические показатели в трех группах: группа с наличием периферического атеросклероза ($n = 7$, ПАТС), группа с пограничным снижением ПЛИ ($n = 12$) и группа с нормальными значениями ПЛИ ($n = 35$). Эти группы не различались по возрасту, полу, индексу массы тела, уровню общего холестерина ($p = 0,640$) и сахара ($p = 0,616$) крови. Если уровень систолического давления на плечевой артерии в группах не различался ($144,3 \pm 13,8$; $139,6 \pm 3,3$ и $134,6 \pm 3,6$ мм рт. ст.; $p = 0,516$), то давление на нижних конечностях было ниже в группе ПАТС ($127,1 \pm 22,6$ мм рт. ст.) по сравнению с двумя другими группами ($132,5 \pm 3,2$ и $152,1 \pm 3,8$ мм рт. ст.; $p = 0,029$). Отмечена также более высокая частота больных с длительным стажем курения (более 30 лет) в группе ПАТС по сравнению с пациентами других групп ($p = 0,033$).

Таким образом, определение плече-лодыжечного индекса среди пациентов общей врачебной практики старше 60 лет выявило существенные изменения индекса у 13 % больных. Эти пациенты имели более долгий стаж курения, в остальном мало отличались от больных без признаков поражения периферических артерий. Использование портативного ультразвукового индикатора кровотока для оценки плече-лодыжечного индекса целесообразно для скринингового выявления больных с данной патологией и позволяет диагностировать субклинические формы заболевания.

ТУРОВА Р.А., КОРОТКЕВИЧ А.Г.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,

г. Кемерово,

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава,

г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Полипы толстой кишки остаются одной из проблем хирургической гастроэнтерологии. Высокий потенциал озлокачествления, бессимптомное течение и возможность раннего радикального эндоскопического лечения составляют актуальность проблемы. Постарение населения и социальные факторы формируют новую диагностическую среду, требующую осмысления и разработки лечебно-диагностических подходов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 4378 медицинских документов паци-

ентов, подвергшихся плановой колоноскопии в отделении эндоскопии ГУЗ «ОКГВВ» г. Кемерово за последние 5 лет. Пациентов ранжировали по полу, возрасту, клинике болезни, эндоскопическим находкам.

Результаты. Полипы толстой кишки выявлены у 305 (12 %) из 2564 пациентов отделения хирургии, из которых пациентов старше 60 лет среди мужчин было 512 (32 %), женщин — 418 (41 %). У мужчин полипы выявлены в 185 случаях (61 %), у женщин — в 120 наблюдениях (39 %), но с оди-



наковой частотой — 12 %. Полипы прямой кишки имелись у 14 мужчин (8 %) и 16 женщин (13 %), в сигмовидной кишке — у 20 (11 %) и 22 (18 %), соответственно, в нисходящей кишке — у 12 (6 %) и 11 (9 %), соответственно, множественные полипы — у 93 (50 %) и 43 (36 %), соответственно. Сочетание хронического колита, рака кишки и полипа встречалось у мужчин в 30 случаях (16 %), у женщин — в 15 (13 %) ($p > 0,05$).

Среди мужчин пациенты старше 60 лет составили 132 человека (70,9 %), среди женщин — 82 (67,5 %). Среди пациентов старших возрастных групп полипы прямой кишки встречались со следующей частотой: у мужчин — 8 (57 %), у женщин — 10 (63 %); полипы сигмовидной кишки у мужчин — 13 (65 %), у женщин — 14 (64 %); полипы нисходящей кишки у мужчин — 10 (82 %), у женщин — 7 (64 %); полипоз выявлен у 64 муж-

чин (69 %) и 32 женщин (74 %). Сочетание колита, рака и полипов у пациентов старше 60 лет встречалось у 27 мужчин (90 %) и 13 женщин (87 %).

Таким образом, пациенты старших возрастных групп имеют, в основном, множественные полипы толстой кишки. Новообразования толстой кишки у мужчин старше 60 лет встречаются в 2,2 раза чаще, а у женщин в 1,7 раза чаще, чем в популяции. У пациентов старших возрастных групп сочетание колита, рака и полипов встречается у мужчин в 5 раз, а у женщин в 7 раз чаще, чем в популяции. В 70 % случаев новообразования толстой кишки имели место у пациентов старше 60 лет.

Пациенты старших возрастных групп составляют группу риска по бессимптомным новообразованиям и подлежат регулярной диагностической колоноскопии.

ФАНАСКОВ В.Б., СКУТИНА С.Ю., БАК Т.С.

ГУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
г. Кемерово

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЛИЦ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Цель работы — выявить и сравнить изменения минеральной плотности кости (МПК) у мужчин и женщин, относящихся к контингенту особого внимания.

Материалы и методы. Обследованы 234 пациента старше 65 лет, средний возраст обследуемых составил $73,5 \pm 8,5$ года. Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от пола: I — женщины — 81,1 % ($n = 190$), II — мужчины — 19,9 % ($n = 44$).

Уровень МПК определяли методом денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости при помощи рентгеновского двуэнергетического костного денситометра Excell XR-46 с оценкой МПК по Т-критерию в соответствии с критериями ВОЗ (1994 г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Снижение МПК выявлено у 95 % обследованных, из них остеопороз (ОП) определен у абсолютного большинства больных — 79,9 % ($n = 187$), среднее значение Т-критерия составило $-3,1 \pm 1,12$. Остеопения, соответственно, выявлена у 20,1 % обследованных ($n = 47$), среднее значение Т-критерия $-2,3 \pm 0,36$, $p < 0,05$.

В первой группе остеопения по данным сканирования поясничного отдела позвоночника была

выявлена в 30 % случаев ($n = 57$), остеопороз — в 17,9 % ($n = 34$). В 52,1 % случаев ($n = 99$) показатели были в пределах нормы. В проксимальном отделе бедренной кости остеопороз был выявлен в 84,7 % ($n = 161$), остеопения — в 15,3 % ($n = 29$).

Во второй группе по данным сканирования поясничного отдела позвоночника выявлен остеопороз у 15,9 % пациентов ($n = 7$), остеопения — у 38,6 % ($n = 17$); у остальных обследованных показатели МПК были в пределах нормы. При исследовании проксимального отдела бедренной кости остеопороз во 2 группе выявлен у 34 мужчин (77,3 %), остеопения — у 14 мужчин (22,7 %). У лиц мужского пола (2 группа) среднее значение Т-критерия составило $-2,8 \pm 0,55$, у женщин (1 группа) — $-2,97 \pm 0,06$.

Таким образом, частота выявления остеопороза при помощи остеоденситометрии у лиц, относящихся к контингенту особого внимания, является высокой, при этом у лиц мужского пола были выявлены более высокие показатели МПК, по сравнению с женщинами. Наибольшая достоверность результатов определялась при сканировании проксимального отдела бедренной кости в обеих группах.



ШЕЛКОВНИКОВА Т.В.

ГУЗ «Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница»,
г. Кемерово

ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Ишемические заболевания сетчатки и зрительного нерва — тяжелые формы патологии органа зрения, которые приводят к быстрой и часто необратимой потере зрительных функций и являются одной из основных причин слепоты (Кацнельсон Л.А., 1999; Мошетьева Л.К. и др., 2004).

Имеются сообщения о роли тромбофилитических факторов в механизме сосудистого повреждения и тромбообразования у пациентов с сосудистой патологией глаз (Муха А.И., 1999; Лысенко В.А., 2003; Астахов Ю.С., 2004; Тульцева С.Н., 2008).

Цель работы — исследовать тромбофилитические факторы у пациентов с сосудистой патологией сетчатки и зрительного нерва.

Материалы и методы. Специфические методы исследования на тромбофилии представлены следующим набором: визуальное определение агрегации тромбоцитов с универсальным индуктором («Агрескин-тест»); определение активности фактора Виллебранда; определение активности антитромбина-III на основе хромогенного субстрата; активность протеина С на основе хромогенного субстрата; РАПС (определение резистентности фактора V к активному протейну C); определение активности фактора VIII в плазме (с применением дефицитной по VIII фактору плазмы); количественное определение растворимых фибринмономерных комплексов на основе фенантролинового теста.

Проводились расширенные исследования по выявлению волчаночного антигена (ВА) с использованием «разбавленного» тромбопластина, каолина, змеиных ядов гадюки Рассела, лебетокса, эхитокса, а также подтверждающие тесты с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами. Подсчет тромбоцитов проводился на гематологическом анализаторе апертурно-импедансным методом и методом экстраполяции кривой, исключающий влия-

ние эритроцитов на результаты измерения тромбоцитов.

Результаты. За период 2007-2008 гг. полное первичное исследование на гематогенные тромбофилии прошли 80 пациентов. Средний возраст составил $45,5 \pm 5,2$ лет.

Венозная и артериальная окклюзия сосудов сетчатки была выявлена у 33 пациентов (41,3 %); васкулит зрительного нерва и сетчатки — у 21 (26,3 %); пролиферативная диабетическая ретинопатия — у 8 (10 %); центральная серозная хориоретинопатия и субретинальная неоваскулярная мембрана — у 18 (22,5 %). Среднее количество тромбоцитов было $198,4 \pm 7,4 \times 10^{12}/л$.

Тромбофилитические факторы найдены у всех пациентов. ВА выявлен в 41,3 % случаев, чаще у пациентов с венозными и артериальными окклюзиями сосудов сетчатки, с центральной серозной хориоретинопатией и субретинальной неоваскулярной мембраной, с развитой пролиферативной диабетической ретинопатией. Гиперагрегация тромбоцитов в 25 % случаев, РАПС — в 15,6 %, дефицит АТ-III — в 5,7 %, дефицит протеина С — в 1,8 % выявлены среди пациентов с венозными окклюзиями сосудов сетчатки. Повышенная активность фактора Виллебранда была выявлена в 17,2 % случаев и преобладала у пациентов с венозными окклюзиями сосудов сетчатки и пролиферативной диабетической ретинопатией.

Выводы. Тромбофилитические факторы чаще выявлены у пациентов с венозными и артериальными окклюзиями сосудов сетчатки, с центральной серозной хориоретинопатией и субретинальной неоваскулярной мембраной, с пролиферативной диабетической ретинопатией. Коагуляционные методы исследования тромбофилий являются одними из наиболее важных и информативных, при этом позволяют отслеживать процесс в динамике и выявлять основные факторы данной патологии.



ШЕЛКОВНИКОВА Т.В.

ГУЗ «Кемеровская Областная клиническая офтальмологическая больница»,
г. Кемерово

ЗНАЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

В настоящее время отмечается рост сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва среди пациентов молодого и среднего возраста, у которых часто не удается установить причину заболевания.

В последние годы появились сообщения о роли антител к фосфолипидам (АФЛ) в механизме сосудистого повреждения и тромбообразования. АФЛ определяются в сыворотке крови у пациентов с антифосфолипидным синдромом (АФС).

У пациентов с АФС возможны окклюзии артерий и вен сетчатки, передняя ишемическая нейроретиния, идиопатическая серозная хориоретинопатия и формирование хориоидальной неоваскулярной мембраны (Павлюченко К.П. и соавт., 2003; Costen M.T., Cure A.L., 2000).

В клинической практике в сыворотке крови пациентов обычно определяют антитела к суммарным фосфолипидам (или антитела к кардиолипину) и волчаночный антикоагулянт (ВА).

Применяемые в настоящее время методы выявления АФЛ подразделяются на функциональные и иммунологические. Первые основаны на способности ВА *in vitro* ингибировать фосфолипидозависимые реакции в плазме. Вторые определяют антитела методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа — ELISA (антикардиолипиновые антитела).

Наибольшие сложности возникают при диагностике волчаночного антикоагулянта. Это обусловлено как чрезвычайной гетерогенностью ВА, так и сложностью определения. Опыт отдела ге-

мостаза биохимической лаборатории больницы и анализ литературы позволили принять алгоритм выявления ВА, который включает определенную последовательность анализа клинических данных, а также гемостазиологического статуса больного.

Проводились расширенные исследования по выявлению ВА с использованием «разбавленного» тромбопластина, каолина, змеиных ядов гадюки Рассела, лебетокса, эхитокса, а также подтверждающие тесты с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами.

Диагностика ВА проведена у 80 пациентов с сосудистой патологией сетчатки и зрительного нерва, с проявлениями и подозрением на АФС, средний возраст составил $41,5 \pm 5,2$ лет. ВА выявлен у 33 пациентов (41,3 %), из них с венозными и артериальными окклюзиями сосудов сетчатки — у 16 пациентов (48,5 %), а также у 8 больных (24,2 %) с центральной серозной хориоретинопатией и субретинальной неоваскулярной мембраной, у 5 (15,2 %) — с васкулитом зрительного нерва и сетчатки, у 4-х (12,1 %) — с развитой пролиферативной диабетической ретинопатией.

Таким образом, ВА чаще выявляется у пациентов с венозными и артериальными окклюзиями сетчатки, центральной серозной хориоретинопатией и субретинальной неоваскулярной мембраной. Наши исследования ВА подтверждают литературные данные о роли АФА в механизме сосудистого повреждения и тромбообразования у лиц молодого возраста с сосудистыми заболеваниями сетчатки и зрительного нерва.





ОГЛАВЛЕНИЕ

ШИБАНОВА И.А. ИТОГИ 10 ЛЕТ РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВETERANОВ ВОЙН	3
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ	
ВЕРЛАН Н.В., ЛЕМЕШКО Е.Х. ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ИЗ КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ И ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ	7
ВОЛКОВА Н.А. РАБОТА КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	7
ВОЛЫКОВА М.А., ШИБАНОВА И.А. ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ С ПОЗИЦИЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА	8
КОЖИНОВА И.Н., ШИБАНОВА И.А., ВОЛКОВА Н.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛИЦ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ, ПО ИТОГАМ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГУЗ ОКГВВ	10
КОПЫТИНА Н.В., КОЖИНОВА И.Н. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	11
КАРАСЬ И.Ю., ТРЯПИЦЫНА Ю.С. ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКИХ КОЛЬПИТОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	12
КОНАНКОВА В.А., КОЖИНОВА И.Н. РАБОТА ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ЛЬГОТНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ	13
КУДРЯВЦЕВА Л.В. МАРКЕТИНГ РЫНКА ПЛАТНЫХ УСЛУГ	14
КУЗНЕЦОВА О.В., ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., СУРМИЛО Н.А., ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И. ПРЕИМУЩЕСТВА РАЗМЕЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И УЧАСТНИКОВ ВОЙН НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	16
НИКОНОВИЧ С.Д., СОРОКИНА Л.В., МЕРКУЛОВА Е.Ю. АНАЛИЗ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 (ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ СОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ) ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА	17
ПЛАТОНОВА С.В., ДЯТЛОВА Л.М. ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ГУЗ ОКГВВ	19
ПОМЫТКИНА Т.Е., ДЪЯЧКОВА О.А., КОНАНКОВА В.А. ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР – ВАЖНОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВETERANОВ ВОЙН	20
ПРОТАСОВА Т.В., ШИБАНОВА И.А., ВОЛЫКОВА М.А. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	20
ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л., АЛЕКСАНДРОВА Н.Г., КУДАШЁВА С.В. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО	22
ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л., АЛЕКСАНДРОВА Н.Г., СОПОТОВА Т.А. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИК С КОНТИНГЕНТОМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ	23



ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КРАСНОВА С.В., РЫТЕНКОВА О.Л., САМСОНОВ А.П. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛИЦАМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ	24
КОСТИН В.И. ПРОБЛЕМА ПОЛИПРАГМАЗИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	25
ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОЖИЛЫХ	
АВЕРКИЕВА Ю.В., РАСКИНА Т.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. КЕМЕРОВО	29
АВЕРКИЕВА Ю.В., РАСКИНА Т.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ	30
БАК Т.С., РАСКИНА Т.А., АВЕРКИЕВА Ю.В., ПАНКРАТОВА С.Ю. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ	30
БАК Т.С., РАСКИНА Т.А., АВЕРКИЕВА Ю.В., ПИВОВАРОВА Ж.А. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	31
БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В., СУМИН А.Н., БАЙДИНА О.М., ПОПОВА Т.А., ХАЙРЕДИНОВА О.П. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	32
ВЕРЛАН Н.В., КОЛЕСНИЧЕНКО Л.С., ЛЕМЕШКО Е.Х., БЕССОНОВА Л.О., ГУБИНА Л.П., ПЕНСИОНЕРОВА Г.А., СЕРГЕЕВА М.П., СТАНЕВИЧ Л.М., ФИЛИППОВА Г.Т. СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ	33
ВЕРЛАН Н.В., ЛЕМЕШКО Е.Х. ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	33
ГАЛЕЕВА Е.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ В ФТО ОКГВВ	34
ЖУК В.А., НИКОНОВИЧ С.Д., МЕРКУЛОВА Е.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ХОСПИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА	36
ЛЕТАЕВА М.В., РАСКИНА Т.А., ШАФ Е.С. ВНЕСУСТАВНЫЕ (СИСТЕМНЫЕ) ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА	37
ЛЕТАЕВА М.В., РАСКИНА Т.А., ФАНАСКОВ В.Б. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МУЖСКОГО ПОЛА	38
ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А., ПИВОВАРОВА Ж.А. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	39
ПИВОВАРОВА Ж.А., ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	39
ПРОТАСОВА Т.В. КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ УСТЬЯ АОРТЫ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА	40
ПРОТАСОВА Т.В., ВДОВИНА Ю.О., ЩЕГЛОВА И.Г., ПРАДЕДОВИЧ М.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	44
ПРОТАСОВА Т.В., ЕРМАКОВА А.Л., ШУМИЛОВА О.К. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	44



РАЙХ О.И., СУМИН А.Н., КОНДЮКОВА Н.В., КОРОК Е.В., КАРПОВИЧ А.В., ХОДОСОВА Я.Е., БАРБАРАШ О.Л., БАРБАРАШ Л.С. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	45
ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В., КУЗНЕЦОВА О.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ГОСПИТАЛЯ Г. КЕМЕРОВО ...	46
ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В. ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	47
ШАФ Е.С., ШАТИНА Е.Ю., БАРБАРАШ О.Л., ПИРЮШОВА А.Г., ДИНОВА Е.С. СРАР-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	48
ШИБАНОВА И.А., РАСКИНА Т.А., ВОЛЫКОВА М.А., АВЕРКIEВА Ю.В. ОРГАНИЗАЦИЯ «ЦЕНТРА АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ» И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ МАБТЕРОЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	49
ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС	
ВЕДМЕДЬ Г.Н., ЗЕБРЯЕВА Т.В., САЛЕНКОВА Л.Н., ШИБАНОВА И.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	53
ГАТИНА М.В. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	54
ЗЕБРЯЕВА Т.В., ВЕДМЕДЬ Г.Н., ШИБАНОВА И.А. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	55
КАДОЧНИКОВА А.Н., ВЕДМЕДЬ Г.Н., ШИБАНОВА И.А. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧАЭС	56
КАНУННИКОВА Л.В., ФРОЛОВА Е.В. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	57
МОРОЗОВА Г.В., ЗАЛЕСОВА Н.Н., ШАБАЛИНА В.О. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПОГИБШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	58
ПАНКРАТОВА С.Ю., РАСКИНА Т.А., ПИВОВАРОВА Ж.А. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БЫВШИХ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ДАВНОСТИ СЛУЖБЫ	59
ПИРЮШОВА А.Г., ШАФ Е.С., ШАТИНА Е.Ю., ДИНОВА Е.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ – ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	60
ТОРГАШОВ М.Н., БАЯНДИНА Е.В., ВОРОНОВА Ю.С., ЛУНЯКИНА С.Б. РОЛЬ СТРЕССИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ	61
ФРОЛОВА Е.В., ТОРГАШОВ М.Н., ВОРОНОВА Ю.С., БАЯНДИНА Е.В., ЛУНЯКИНА С.Б. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ИМЕЮЩИХ ПТСР	62
ШАФ Е.С., РАСКИНА Т.А., ШАТИНА Е.Ю., ДИНОВА Е.С., ПИРЮШОВА А.Г. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС – ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	63



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

АНОСОВА Н.И., ТЕПЛОВ А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 67

БЛАЗАРЕНКО М.В., БЛАЗАРЕНКО Р.Г., ТЕПЛОВ А.В.

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
НОСА И УШЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 68

БЛАЗАРЕНКО М.В., БЛАЗАРЕНКО Р.Г., ТЕПЛОВ А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНУСИТОМ 68

БЛАЗАРЕНКО М.В., БЛАЗАРЕНКО Р.Г., ТЕПЛОВ А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА РАДИОХИРУРГИИ «AUTOSON» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ 70

ГОНЧАРЕНКО А.В., ЯНЕЦ И.С., ЗИНИНА-БЕРМЕС И.Н., ПРОНИН М.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ У КОНТИНГЕНТА
ОСОБОГО ВНИМАНИЯ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 70

ЛОПАТИН Д.Г., ТЕПЛОВ А.В.

КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 71

МЕРЛУШКИН С.А.

СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 72

ТЕПЛОВ А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ
ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 73

ХАТМИНСКИЙ Н.Ю., ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ЗИНИНА-БЕРМЕС И.Н.,

ШЕЛКОВНИКОВА Т.В., БОЛТОВСКАЯ О.Г., АЛИМОВ А.В.
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ 74

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А., ПТАХИН А.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАНТОМ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 75

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А., ПТАХИН А.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ 76

ШИН И.П., ПАВЛЕНКО В.В., ГЗОГЯН А.А.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 77

ЯНЕЦ И.С., ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ПРОНИН М.П., ХАТМИНСКИЙ Н.Ю.

ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 77

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

КАРМАЦКАЯ Г.Г., ИСМАГИЛОВА З.Х., КАПУСТИНА М.А.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ
ПОМОЩИ КОВ В ГОРОДЕ ЛЕНИСКЕ-КУЗНЕЦКОМ 81

ПОДЪЯПОЛЬСКАЯ Н.И.

СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МУЗ «ККД» И «ЦСОН»
ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ 82

САЛЬНИКОВА Е.М.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ
ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ 83



СИНКИНА Е.А., МАРКОВНИЧЕНКО Т.В.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
В ЭФФЕКТИВНОЙ ПОДГОТОВКЕ К ИССЛЕДОВАНИЯМ ТОЛСТОЙ КИШКИ84

ТЕРЕЩЕНКО О.Н.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ЛИЦАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА
ИЗ СОСТАВА КОВ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ85

ТОЛМАЧЕВА В.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ
В ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ ...87

ТРУБАЧЕВА Н.Н.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ...88

ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

БОГОМОЛОВА Н.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА93

ЖИВОТОВА Т.И., ЗОБНИНА О.В.

ДИАГНОСТИКА *HELICOBACTER PYLORI* В УСЛОВИЯХ
ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН93

ЗОБНИНА О.В.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА94

МИХАЙЛОВА Е.В., КРАСИЛОВА Т.А., МАСИН А.Н., СУМИН А.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПЛЕЧЕ-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ
МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ95

ТУРОВА Р.А., КОРОТКЕВИЧ А.Г.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ..96

ФАНАСКОВ В.Б., СКУТИНА С.Ю., БАК Т.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ
У ЛИЦ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ97

ШЕЛКОВНИКОВА Т.В.

ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА98

ШЕЛКОВНИКОВА Т.В.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ
СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА99

