

ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК



- Акушерство и гинекология
- Биология, ботаника, паразитология
- Внутренние болезни
- Гигиена, экология, эпидемиология
- Гуманитарные дисциплины
- Микробиология, иммунология
- Морфология
- Неврология, медицинская генетика
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педиатрия
- Психиатрия, наркология, психотерапия, клиническая психология
- Фармакология
- Хирургия

Приложение.
Актуальные вопросы
геронтологии

ISSN 2309-0782

Том IV, № 3, 2016

ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

УЧРЕДИТЕЛЬ
Оренбургский
государственный
медицинский
университет

ТОМ IV, № 3 (15), 2016

ПРИЛОЖЕНИЕ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Проф. Н. П. Сетко

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Проф. С. В. Чемезов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Проф. Г. Г. Багирова
Проф. Е. Л. Борщук
Проф. В. В. Бурдаков
Проф. В. А. Дереча
Проф. И. И. Каган
К. б. н. Л. В. Ковбык (секретарь)
Проф. О. Д. Константинова
Проф. С. И. Красиков
Проф. Р. А. Либис
Проф. А. А. Матчин
Проф. И. В. Мирошниченко
Д.м.н. Ершов В. И.
Проф. А. Г. Сетко
Проф. М. А. Скачкова
Проф. Г. Н. Соловых
Проф. А. А. Стадников
Проф. А. А. Третьяков
Проф. Б. А. Фролов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Проф. И. А. Аникин (Санкт-Петербург)
Проф. В. Г. Будза
Проф. В. Ш. Вагапова (Уфа)
Проф. А. А. Вялкова
Проф. П. Ю. Галин
Проф. М. А. Губин (Воронеж)
Проф. А. М. Долгов
Проф. С. С. Дыдыкин (Москва)
Проф. В. К. Есипов
Проф. Л. М. Железнов
Проф. И. А. Зборовская (Волгоград)
Проф. К. М. Иванов
Проф. Ю. Д. Каган
Проф. А. О. Конради (Санкт-Петербург)
Проф. О. Б. Кузьмин
Чл.-корр. РАН, проф. В. Р. Кучма (Москва)
Доц. Л. В. Маликов
Проф. Ю. Л. Мизерницкий (Москва)
Проф. А. А. Никонов
Проф. Н. Ю. Перепелкина
Проф. В. С. Полякова
Проф. В. А. Привалов (Челябинск)
Доц. Г. В. Савицкий
Проф. Р. И. Сайфутдинов
Проф. В. С. Тарасенко
Проф. Ю. В. Тезиков (Самара)
Проф. С. А. Хотимченко (Москва)
Проф. И. Н. Чайникова

РЕГИСТРАЦИЯ

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
ПИ № ФС77-51579
от 26 октября 2012 г.

ISSN 2309-0782



9 772309 078004

Подписку на журнал «Оренбургский
медицинский вестник» можно оформить
по каталогу «Роспечать» в любом
почтовом отделении связи РФ.
Индекс подписки – 04149

Верстка – А. Л. Кондратюк
Издательство ОрГМУ
460000, г. Оренбург, Советская, 6
Тел. (3532) 77-99-25
E-mail: rio@orgma.ru
Заказ № 1191
Тираж 500 экз.



**МЕДИЦИНА ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ:
ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ДО ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ**

**Материалы межрегиональной научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 70-летию Оренбургского областного клинического
психоневрологического госпиталя ветеранов войн**

(15 сентября 2016 года)

УДК 614.21(09)(470.56)

В. М. СУКАЧ, С. Г. ЖУКОВ, Л. В. АРСЕНТЬЕВА

ОРЕНБУРГСКОМУ ОБЛАСТНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМУ ГОСПИТАЛЮ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН 70 ЛЕТ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

V. M. SUKACH, S. G. ZHUKOV, L. V. ARSENT`EVA

70TH ANNIVERSARY OF THE ORENBURG REGION CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL WAR VETERAN`S HOSPITAL

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Оренбургский областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны официально возник через год после победы, в 1946 г., на базе двух эвакуационных госпиталей, которые были развернуты в Оренбурге уже в июле 1941-го. Поэтому хирургическое отделение госпиталя, чье летоисчисление ведется от самых первых трагических дней войны — блокады Ленинграда и обороны Киева, — вправе праздновать в этом году своё 75-летие. В то время госпиталь относился к Министерству обороны и числился одним из армейских подразделений. Главный врач тогда назывался начальником госпиталя, а заведующие отделениями — начальниками отделений. Был, как полагалось в армии, и комиссар, заботившийся о поддержании боевого духа раненых и больных. Комиссар организовывал выпуски стенгазет, которые писали и оформляли выздоравливающие бойцы, а также проведение лекций, имевших большой успех.

Несмотря на раны, ветераны войны оставались бодрыми и энергичными, почти всегда в хорошем расположении духа. Врачей во время обхода они встречали стоя и не рассказывали, а докладывали о своем самочувствии. Фронтовики были терпеливы. А «генералом» над ними считалась медсестричка. В госпитале присутствовала особая атмосфера. Персонал был чуток и обходителен с больными, как ни в каком другом лечебном заведении. Так повелось с самых первых дней, где защитникам Отечества обеспечивались забота и почет. Тон задавали медработники, служившие в медсанбатах и полевых госпиталях, которые знали, как ково приходилось солдатам на передовой. Традиции, заложенные ими, сохранены и сейчас.

В 1972 году на базе госпиталя было открыто терапевтическое отделение на 90 коек, а в 1987 г. существовавшие два отделения (ортопедо-хирургическое

и легочно-туберкулёзное) преобразовались в общехирургическое отделение. С 1990 г. начало функционировать отделение анестезиологии и реанимации. В 1995 г. с вводом в эксплуатацию нового корпуса на полную мощь заработали отделения кардиологии, неврологии и урологии.

Слово «война» звучит у нас до сих пор. Оно в самом названии учреждения. Помимо инвалидов и участников Великой Отечественной войны в госпитале восстанавливают здоровье ветераны тыла, родственники погибших воинов, участники современных Афганской и Чеченской войн и других военных конфликтов, сотрудники подразделений особого риска, инвалиды российской и советской армии, ветераны военной службы и другие, приравненные к ним контингенты, гериатрические пациенты.

Кому-то может показаться, что ветераны неуживчивые и скандальные. У переживших смерть и длительные стрессовые ситуации на грани выживания не в лучшую сторону изменились характер, нервная система, социальная приспособляемость к нынешней жизни с её ценностями, ничего не значащими там, где их ценили и уважали за конкретные дела, где они проливали свою кровь. У каждого из них надломлена психика. Зачастую они не могут справиться с собой, но ещё больше страдают от непонимания окружающих. В госпитале их понимают. Терпят, сопереживают, помогают выйти из затянувшегося дистресса. Наш персонал проходит специальное обучение для работы с такими пациентами. Специфичность контингента нашего госпиталя тоже звучит в самом его названии. Он у нас психоневрологический. С каким бы заболеванием не поступил ветеран, ему предлагается помощь психиатра, психолога, психотерапевта. Нарботаны специальные методики реабилитации. Пациенты, впервые попавшие к нам, поражаются особой атмосферой доброты. В определённой степени это тоже наша визитная карточка.

С 1998 года госпиталь стал ещё и областным Центром гериатрии, где внедряются современные методы лечения и предупреждения старческих заболеваний, координируют организацию оказания медицинской

Сукач Владимир Михайлович — 3. вр. РФ, к. м. н., главный врач; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogvw@yandex.ru

Жуков Сергей Гаврилович — к. м. н., заместитель гл. врача по ОЭР, 8 (3532) 43-83-48; e-mail: ogvw@yandex.ru

Арсентьева Лариса Викторовна — врач-методист отдела клинико-экспертной и организационно-методической работы; тел. 8 (3532) 43-83-48; e-mail: larisa.arsentyeva@yandex.ru

помощи пожилым и престарелым во всех медицинских организациях области. Пожилым людям с сопутствующими патологиями здесь выполняются щадящие операции.

Сегодня клинический психоневрологический госпиталь — это многопрофильный центр оказания квалифицированной медицинской помощи ветеранам войн и лицам, приравненным к ним по льготам. Мы постоянно работаем над повышением качества и эффективности медицинской помощи пациентам. В рейтинге учреждений здравоохранения Оренбургской области по результатам независимой оценки качества оказания медицинской помощи Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь занимал почетное первое место. Ежегодно в госпитале проходят лечение более 4000 пациентов, из которых свыше восьмисот ветеранов боевых действий, причем из года в год число их возрастает. За 2015 год в госпитале было пролечено 4793 человека. Среднее пребывание пациента на стационарном лечении составило 17,5 дня; по поликлинике выполнено 62 718 посещений.

В составе госпиталя функционируют стационар на 265 коек, из которых 230 — круглосуточного пребывания, и консультативная поликлиника (ул. 1 Мая, д. 61) на 200 посещений в смену, где работают врачи 19 специальностей. С 2012 года на базе поликлиники открыт областной центр экстрапирамидной патологии. Прием ведётся специально подготовленным врачом-неврологом по вопросам диагностики и лечения синдрома Паркинсонизма, болезни Паркинсона, дрожательных синдромов экстрапирамидного генеза. При поликлинике открыт стационар на дому на 20 коек, из них 10 гериатрического и 10 — неврологического профиля. С 2013 г. начал работу «Центр медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов» (ул. Родимцева, д. 16), на базе которого располагается областной Центр по диагностике и лечению эпилепсии.

В гериатрическом (психосоматическом) отделении стационара 32 койки, из которых 10 — диабетологических, 10 — гастроэнтерологических, 10 — гериатрических, 2 койки дневного пребывания. В кардиологическом (психосоматическом, гериатрическом) отделении — 46 коек, из которых 35 — кардиологических, 10 — эндокринологических, 1 койка дневного пребывания. С 2009 года в кардиологическом отделении госпиталя работает кабинет чреспищеводных электрофизиологических исследований сердца, ежегодно выполняется 45–50 исследований. Психоневрологическое (гериатрическое) отделение — 45 коек, из них 40 — круглосуточного стационара и 5 — дневного. Хирургическое (психосоматическое, гериатрическое) отделение — 37 коек, из них 10 — хирургических, 19 — сердечно-сосудистых (в том числе 5 — «Диа-

бетическая стопа»), 4 — пластической хирургии, 2 — челюстно-лицевой хирургии, 2 койки дневного пребывания. В отделении проводят оперативное лечение заболеваний: гепатобилиарной зоны (желчекаменная болезнь, стриктуры и конкременты терминального отдела холедоха), грыж передней брюшной стенки любой локализации, кист органов брюшной полости варикозным расширением вен нижних конечностей с применением склеротерапии, с патологией щитовидной железы, с сосудистыми осложнениями сахарного диабета, включая реконструктивные органосохраняющие пластические операции стопы по технологиям высокомедицинской помощи (ВМП); суточное мониторирование гликемии с компьютерным анализом вариабельности суточной гликемии), с заболеваниями костно-мышечной системы. Проводятся различные реконструктивно-пластические и косметологические операции на коже и подкожной клетчатке. В рамках ВМП по специальности «челюстно-лицевая хирургия» проводится оперативное лечение доброкачественных новообразований околоушных слюнных желёз, оперативное лечение доброкачественных новообразований и послеоперационных (посттравматических) дефектов челюстей, деформаций носовых перегородок. Ежегодная хирургическая активность в отделении — свыше 70%.

В урологическом отделении на 30 коек оказывается высококвалифицированная плановая помощь урологическим больным по классической урологии: чреспузырная и позадилоная аденомэктомия, цистоскопия, нефролитотомия, нефрэктомия, орхэктомия, операция Винкельмана; по эндоурологии: трансуретральная резекция простаты, трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря, контактная цистолитотрипсия, контактная (пневматическая и лазерная) уретеролитотрипсия, чрескожная нефролитотрипсия в кабинете дистанционной рентген-ударноволновой литотрипсии (дробления камней), на литотриптере «Пьезолит 3000»; микрохирургическая урология при варикоцеле; слинговые операции по ВМП при стрессовом недержании мочи у женщин. В 2010 году для отделения приобретены лазерный комплекс «Лазурит», рентгенопрозрачный операционный стол, рентгенаппарат с С-образным штативом.

Отделение анестезиологии и реанимации на 10 коек, в котором выполняются все виды реанимационной и интенсивной терапии имеет кабинет гравитационной хирургии крови, где выполняются гемодиализ, гемофильтрация, ультрафильтрация, УФО крови, ВЛОК (внутривенное лазерное облучение крови), озонирование крови.

Отделение медико-психологической реабилитации и психотерапии на 15 психотерапевтических коек, из

них 10 — круглосуточного стационара и 5 — дневного. Основным направлением деятельности отделения является оказание специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами психоэмоциональной сферы с последующим проведением им комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий. В отделении работают 2 психиатра, 2 психолога, 1 психотерапевт. Всего в госпитале трудится 11 специалистов данного профиля.

При использовании методов психотерапии выявлено, что около половины из них перенесли психоэмоциональный стресс боевой обстановки и имеют постстрессовые расстройства центральной нервной системы и поведения. Таким пациентам в параклинических подразделениях осуществляется полный комплекс немедикаментозных методов лечения: электролечение, аэрозольтерапия, теплелечение, водолечение, галотерапия, лечебная физкультура и массаж, иглорефлексотерапия с компьютерной диагностикой, гомеопатическое лечение в отделении восстановительной медицины, организованном в 2008 году на базе ранее существующего физиотерапевтического отделения путем расширения и слияния кабинетов рефлексотерапии, массажа, ЛФК. Специально для отделения восстановительной медицины вновь созданы кабинеты мануальной терапии и вибромассажа с элементами сухого вытяжения, общесистемной магнитотерапии и лазеротерапии. В отделении создана медицинская реабилитационная комиссия по отбору больных на комплексное восстановительное лечение. В ее состав входит врач восстановительной медицины, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, врач ЛФК, врач мануальной терапии. Охват больных методами восстановительной медицины составляет от 50 до 70%. В течение месяца проводятся от 10 000 до 12 000 процедур.

16 февраля 2015 г. в Оренбургском областном клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов войн состоялась церемония открытия отделения паллиативной медицинской помощи на 30 коек. Мероприятие проведено накануне Дня памяти воинов-интернационалистов в России и Дня защитника Отечества. Отделение паллиативной медицинской помощи общей площадью 2723,4 кв. метров размещено в новом трехэтажном корпусе. На возведение этого пристроя к поликлинике госпиталя и его оснащение направлено 133,5 млн рублей областного бюджета. Строительство объекта велось в рамках областной целевой программы «Здоровье ветеранов войн — активное долголетие» на 2012–2016 годы и государственной программы «Развитие здравоохранения Оренбургской области» на 2014–2020 годы. Паллиативная медицина, облегчающая страдания пациентов с особо тяжелыми болезнями, — новый вид

помощи, получивший развитие в оренбургском здравоохранении, в соответствии с федеральным курсом.

Все палаты отделения маломестные (не более двух пациентов) и оборудованы функциональными кроватями, противопролежневыми матрасами, креслами-колясками, электроподъемниками, ходунками и иными приспособлениями, облегчающими лечение и обслуживание больных с тяжелой патологией. Имеются необходимые санитарно-бытовые удобства (душ, туалет).

Пациентам проводится индивидуальный подбор необходимой комплексной обезболивающей интенсивной терапии, а также психосоциальная реабилитация, с обучением и участием в процессе реабилитации членов их семей. Все специалисты отделения прошли тематическое усовершенствование по вопросам паллиативной медицины на базах Оренбургского государственного медицинского университета и областного медицинского колледжа.

Эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические методы обследования выполняются в госпитале с помощью современного дорогостоящего оборудования. Введен в эксплуатацию телеуправляемый диагностический рентгеновский комплекс, ультразвуковой кабинет оснащен новым сканером TOSHIBA — 770A и датчиками. Открыт бронхоскопический кабинет в стационаре, эндоскопический кабинет и кабинет ультразвуковых исследований в поликлинике. В госпитале имеется полный комплекс диагностических подразделений, оснащенных современной диагностической аппаратурой. К ним относятся:

- клинико-диагностическая лаборатория;
- рентген-кабинет;
- эндоскопическое отделение;
- отделение УЗ и ФД в составе:
 - 3-х кабинетов функциональной диагностики;
 - 3-х кабинетов ультразвуковой диагностики;
 - кабинета нейрофизиологии;
 - кабинета стабилотрии.

В госпитале работают главные внештатные специалисты министерства здравоохранения области: главный специалист по медобслуживанию ветеранов войн, главный специалист по пластической хирургии.

Всего сотрудников — 542 человека, из них врачей — 116, средний медицинский персонал — 203, младший медицинский персонал — 118. Врачи и средние медработники госпиталя своевременно проходят специализацию и усовершенствование на местных и центральных базах.

В настоящее время из врачей имеют высшую квалификационную категорию 25 человек, первую категорию — 23 человека, вторую категорию — 12 человек. В госпитале работают два доктора медицинских наук и

пять кандидатов медицинских наук. Из медицинских сестёр высшую квалификационную категорию имеют 76 медсестёр, первую категорию — 51, вторую категорию — 6 человек. В госпитале работают специалисты с опытом лечения больных гериатрического профиля, 12 врачей имеют сертификаты по гериатрии.

Ряд сотрудников награждены государственными наградами и знаками отличия Российской Федерации: Заслуженных врачей Российской Федерации — 5 человек, Заслуженных работников здравоохранения Российской Федерации — 2 человека, Отличников здравоохранения Российской Федерации — 8 человек, лауреатов областной профессиональной премии «Золотой Фонд здравоохранения — ветераны Оренбуржья» — 3 человека, Ветеранов труда — 12, Почетных доноров Российской Федерации — 6 человек, имеет орден Дружбы 1 человек.

На базе госпиталя работают сотрудники 7 кафедр Оренбургского медицинского госуниверситета. С 1999 года открыты филиалы кафедр факультета последипломной подготовки специалистов: кафедр терапии, неврологии, анестезиологии-реанимации. С 2005 года заключен договор с кафедрами психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ОрГМУ о совместной организации и совершенствовании специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи населению г. Оренбурга и Оренбургской области. С 2007 года проводится совместная работа с кафедрой челюстно-лицевой хирургии с курсом стоматологии ОрГМУ. С 2010 года на базе урологического отделения открыт филиал кафедры урологии ОрГМУ. В 2016 году заключен договор о сотрудничестве с кафедрой психотерапии и медицинской психологии.

В 2006 году при госпитале ветеранов создан Попечительский совет, который помогает решать вопросы, лежащие за пределами бюджетного финансирования, определяет стратегию развития госпиталя ветеранов войн как лечебного учреждения и как центра «ветеранской» медицины, привлекает спонсоров. С ноября 2010 года возглавляет Совет губернатор Оренбургской области Ю. А. Берг. В среднем финансовая помощь спонсоров составляет порядка одного миллиона рублей в год.

Областной госпиталь оказывает организационно-методическую и консультативную помощь врачам, ответственным за медицинское обслуживание ветеранов войн. Для улучшения организации работы с ве-

теранами на местах ежегодно на базе госпиталя проводятся областные обучающие семинары для врачей, ответственных за медицинское обслуживание ветеранов войн на территории области. В них участвуют представители управления социальной защиты, медицинского университета. В ГБУЗ «ООКПГВВ» обучены в «Школах пожилого человека» 1273 пациента.

Ежеквартально для пациентов, находящихся на лечении в госпитале, проводятся медико-социальная работа и медико-социальное консультирование в рамках ЕМСО (единое медико-социальное окно) при взаимодействии с общественными организациями, учреждениями, предприятиями, организациями и религиозными конфессиями:

- в феврале — ко Дню годовщины вывода российских войск из Афганистана;
- в мае — ко Дню Победы в Великой Отечественной войне;
- в октябре — ко Дню пожилого человека;
- в декабре — ко Дню инвалида.

Ежегодно госпиталем проводится выездная работа в соответствии с утверждённым планом. За последние три года для консультативной работы было организовано 48 выездов, проконсультированы 845 человек. За 2015 год ГБУЗ «ООКПГВВ» осуществил 16 выездов, проконсультированы 286 пациентов. С целью проверки контроля качества медико-социальной помощи проведена экспертиза 1394 амбулаторных карт и историй болезней.

Во время выездов проводятся совещания с ответственными врачами по обслуживанию в ЛПУ ветеранов и лиц пожилого и старческого возраста, Советом ветеранов, главными врачами, представителями муниципальных администраций. Для каждой территории отрабатываются конкретные рекомендации по совершенствованию службы охраны здоровья ветеранов. Проводятся встречи с председателями районных советов ветеранов, обсуждаются актуальные вопросы организации и оказания медицинской помощи ветеранам войн. Бригада врачей специалистов госпиталя (невролог, уролог, офтальмолог, отоларинголог) ежегодно обследует ветеранов в Оренбургском центре «Долголетие».

Многочисленные благодарности пациентов свидетельствуют о том, что коллектив госпиталя держит правильный курс, сохраняя и преумножая традиции предшественников, достойно встречая свой 70-летний юбилей.

УДК 356.33:614.8-052(574)

А. А. АБДУЛИН, Т. Ю. НОВАК

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПРИНИМАВШИМ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН*Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, Астана*

A. A. ABDULIN, T. YU. NOVAK

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO PERSONS IN KAZAKHSTAN, TAKING PART IN MANAGEMENT OF CHERNOBYL NUCLEAR PLANT ACCIDENT*Central clinical hospital for disabled war veterans, Astana*

Техногенная катастрофа на Чернобыльской АЭС затронула весь мир ввиду своей масштабности. В первые дни после взрыва в четвертом энергоблоке люди в радиусе 30 км от АЭС были вынуждены покинуть свои дома — по данным официальных источников, эвакуации подлежали свыше 115 тысяч человек. Огромное количество людей и спецтехники было задействовано в ликвидации последствий взрыва — понадобились силы более 600 тысяч человек, чтобы минимизировать последствия произошедшего.

Основной задачей ликвидаторов, которые находились в зоне отчуждения, было снижение количественных уровней радиоактивных выбросов. В первые дни и месяцы после взрыва на четвертом энергоблоке ЧАЭС инженерные войска, шахтеры и прочие специалисты вырывали тоннели под реактором, окапывали дамбы возле реки Припять, откачивали воду из реакторных помещений — все это делалось с целью пресечь распространение зараженной воды и сплавов, чтобы предотвратить распространение заражения на грунтовые воды и реку Днепр.

В числе ликвидаторов 240 тысяч человек были военнослужащие. Их основными задачами являлись проведение дезактивационных работ, а также строительство защитного сооружения над разрушенным реактором.

Ликвидаторы выполняли работу в разных условиях, поэтому их можно условно разделить на две группы. **К первой** относятся сотрудники Чернобыльской АЭС, пожарные, а также медицинские работники, которые находились в момент аварии на площадке и прилегающих участках. Они получили дозы облучения от нескольких единиц до 10 Гр и больше за счет внешнего облучения, источником которого были ра-

диоактивные частицы, осевшие на различных поверхностях, и примерно такие же или еще более высокие дозы — за счет внутреннего облучения, в частности, щитовидной железы в результате инкорпорации радионуклидов. **Вторая категория ликвидаторов** представляет собой большую группу людей, которые были заняты на работах для оказания помощи в операциях по очистке территории. Они работали на площадке станции, в близлежащих населенных пунктах, сельскохозяйственных районах, которые предполагалось восстановить до состояния, пригодного для проживания и использования их в хозяйственном обороте.

Стоит отметить, что ликвидаторы, работая возле ЧАЭС в 1986 году, имели ограничения по предельной дозе облучения. Для каждого ликвидатора суммарная предельная доза облучения в 250 мЗв (миллизивертов). В 1987 г. это ограничение сократилось до 100 мЗв, а в 1988 г. — до 50 мЗв. Данные регистров показывают, что из года в год средние зарегистрированные дозы полученного радиоактивного облучения уменьшались. Средние значения эффективной дозы внешнего облучения для данной категории облучаемых лиц составили: в 1986 году — 170 мЗв, в 1987 году — 130 мЗв, в 1988 году — 30 мЗв, а в 1989 году — 15 мЗв.

Особый героизм и мужество проявили военнослужащие 240 воинской части, сформированной на основе 27 казахстанского сходного полка. В ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС участвовали 32 тысячи казахстанцев. После распада СССР Правительство молодого государства Казахстан взяло на себя ответственность за ликвидаторов той страшной аварии, проживающих в республике.

В Республике Казахстан предусмотрены льготы и меры поддержки, направленные на социальную защиту ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС и лицам, пострадавшим от аварии. 28 апреля 1995 года был принят Закон № 2247 «О льготах и социальной защите участников, инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним».

Медицинская помощь участникам и инвалидам ВОВ и лицам, приравненных к ним, куда относятся

Абдулин Адильхан Америкевич — 3. в. РФ, директор; тел/факс 8 (7172) 32-80-28, тел. 8 (7172) 32-79-95; e-mail: Aabdulin@mail.ru
Новак Татьяна Юрьевна — отличник здравоохранения Казахстана, заведующая консультативно-диагностической поликлиникой; тел/факс 8 (7172) 32-80-28, тел. 8 (7172) 32-79-95; e-mail: Aabdulin@mail.ru

ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС, оказываются в Центральном и Республиканском клинических госпиталях для ветеранов Великой Отечественной войны в городах Астане и Алматы. Основная ежедневная медицинская помощь оказывается по месту проживания данной категории населения — в специализированных поликлиниках и больницах для участников и инвалидов ВОв и лицам, приравненных к ним, во всех областных, районных, городских центрах республики. В каждом лечебном учреждении имеется врач, курирующий участников и инвалидов ВОв и лиц, приравненных к ним. На городском и областном уровнях данная категория курируется заместителем начальника департамента здравоохранения. Высокоспециализированная медицинская помощь ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС проводится во всех научно-исследовательских институтах, республиканских клиниках страны, в том числе курсы восстановительного лечения в НИИ радиационной медицины и экологии г. Семей.

Медицинская помощь оказывается на основании Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также приказа председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 15 января 2001 года № 41 «О дальнейшем улучшении оказания медицинской помощи участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним».

Данным приказом ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС в качестве мер социальной защиты, в числе прочих льгот и гарантий, предусматриваются:

- право пользования при выходе на пенсию поликлиниками, к которым они были прикреплены в период работы;
- преимущественное обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях и внеочередная госпитализация;
- квалифицированная медицинская помощь в порядке, определяемом законодательством Республики Казахстан;
- бесплатное обеспечение протезами и протезно-ортопедическими изделиями.

Приказом председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 15 января 2001 года № 41 начальникам управлений (департаментов) здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы руководителям республиканских лечебно-профилактических организаций предписывается:

- осуществлять во всех больничных организациях преимущественное медицинское обслуживание инвалидов и участников Отечественной войны и лиц, приравненных к ним;

– обеспечить проведение мероприятий по организации ежегодных комплексных медицинских осмотров (при обязательном участии в них терапевта, хирурга, невропатолога, окулиста, отоларинголога, стоматолога и проведение лабораторных, рентгенологических и электрокардиографических исследований) с последующим амбулаторным и стационарным оздоровлением.

Одним из ведущих патогенетических механизмов относительно радиационного воздействия на человека является наличие хронического метаболического стресса. В основе этих механизмов лежат процессы разбалансирования деятельности различных функциональных систем организма. В итоге развиваются множественные нейродистрофические изменения органов и систем, формируя пострадиационный синдром, ухудшая состояние здоровья в целом.

Итоговые регионы-мишени радиации определяются достаточно четко. Это иммунная, кроветворная, центральная нервная, сердечно-сосудистая, пищеварительная и костно-мышечная системы.

По состоянию на 01.01.2016 года в Республике Казахстан проживает 5524 ликвидатора последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Наименование областей	Лица, принимавшие участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС
Республика Казахстан	5524
Акмолинская	354
Актюбинская	261
Алматинская	477
Атырауская	260
Восточно-Казахстанская	555
Жамбылская	304
Западно-Казахстанская	343
Карагандинская	317
Кызылординская	231
Костанайская	341
Мангыстауская	220
Павлодарская	320
Северо-Казахстанская	388
Южно-Казахстанская	385
г. Астана	485
г. Алматы	323

На сегодняшний день средний возраст ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС составляет 59,7 года. Все они состоят на диспансерном учете. Квалифицированное лечение в амбулаторных условиях получают 100% ликвидаторов, а стационарное и стационарзамещающее лечение получают 93%. Инвалидизация в данной группе составляет более 80%.

В Республике Казахстан для проведения целенаправленной и эффективной медицинской реабилитации ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, а также для решения проблемы контроля за численностью и возрастно-половым составом в 2014 г. по поручению Министерства здравоохранения и социального развития на базе научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии началось создание системы персонализированного учета (СПУ) ликвидаторов аварии на ЧАЭС и их потомков, проживающих в Казахстане. В 2014 г. осуществлен сбор (выкопировка архивных данных, опрос ликвидаторов и членов их семей) регистрационной, дозиметрической, медицинской информации о ликвидаторах последствий аварии на ЧАЭС и их потомках, проживающих на территории Восточно-Казахстанской области (ВКО). Собранные регистрационная, дозиметрическая, медицинская информация на ликвидаторов, лиц, приравненных к ликвидаторам последствий аварии на

ЧАЭС, и их потомков, рожденных после ликвидации, внесена в базу данных СПУ в полном объеме. Лицами, приравненными по льготам и гарантиям к ликвидаторам последствий аварии на ЧАЭС, признаются лица, принимавшие участие в ликвидации других радиационных катастроф и аварий на объектах гражданского или военного назначения, а также участвовавшие непосредственно в ядерных испытаниях и учениях (далее приравненные). На 2015—2016 гг. запланирован сбор и внесение информации на ликвидаторов и их потомков, проживающих в Центральном, Южном, Северном и Западном регионах Казахстана.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать выводы:

- В Республике Казахстан большое внимание уделяют оказанию медицинской помощи и реабилитации лицам, принимавшим участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.
- Отмечается высокая заболеваемость среди данной категории населения.
- Усовершенствуются методы оказания высокоэффективной медицинской помощи.
- Создание персонализированного учета ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС способствует оказанию целенаправленной и адресной квалифицированной медицинской помощи и реабилитации.

УДК 617.5-001-089.844

И. А. АЛМАЗОВ¹, А. А. МАТЧИН², Б. А. ИСАЙЧЕВ¹, А. Л. ЖУЛЬЕВ¹

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА

¹ — Оренбургский областной Центр реконструктивных и пластических операций Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн

² — Оренбургский государственный медицинский университет

I. A. ALMAZOV¹, A. A. MATCHIN², B. A. ISAYCHEV¹, A. L. ZHUL'EV¹

RECONSTRUCTION SURGERY OF ACQUIRED FACIAL DEFECTS

¹ — Orenburg regional center of reconstruction and plastic surgery of Orenburg region clinical psychoneurological hospital for war veterans

² — Orenburg State Medical University

Алмазов Илья Алексеевич — врач-пластический хирург; тел.: 89033616161, +7 (3532) 56-03-29; e-mail: dr-56@mail.ru

Матчин Александр Артемьевич — 3. вр. РФ, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел. 89123548739; e-mail: almatchin@bk.ru

Исайчев Борис Александрович — 3. вр. РФ, д. м. н., профессор, врач-пластический хирург; тел. +7 (3532) 56-03-29

Жульев Алексей Леонидович — врач-пластический хирург, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Оренбургской области по пластической хирургии; тел.: +7 (987) 847-05-40, +7 (912) 841-54-66, +7 (3532) 56-03-29; e-mail: plastic.doctor@yandex.ru

Окружающий мир воспринимается человеком в значительной мере с эстетических позиций. Стремление к красоте и целостности было и является одним из факторов существования человека. Человеческое лицо также оценивается окружением с эстетической точки зрения. Социум готов мириться с какими-либо незначительными отклонениями внешности, воспринимая их как индивидуальные особенности, но равно как люди восхищаются красотой лица, так же стараются они избегать индивидуумов с явными его дефектами. В то же время деформации лица отрицательно влия-

ют на психическое здоровье пациентов и его самовосприятие, которые вынуждены камуфлировать свои изъяны всякого вида повязками, масками, платками, очками и другими средствами и нередко замыкаются в себе, теряют прежнюю работу и порой сталкиваются с проблемами в семье.

Часто восстановление той или иной части лица требует длительного времени и производится в несколько этапов, и сотрудничество между пациентом и врачом в этом случае должно быть как никогда полным. Результат операции оценивается как пациентом и его окружением, так и самим хирургом и его коллегами, и порой мнения здесь разделяются, поэтому также важно сформировать у пациента реалистичные ожидания, указав на то, что полное восстановление утраченного облика невозможно. Так, например, осведомленность пациента, о том что перемещенный в область изъяна лоскут вначале, как правило, избыточен, будет выступать над поверхностью кожи и отличаться внешне от окружающих тканей и что может потребоваться повторная корригирующая операция, исключит непонимание между врачом и пациентов, но в последующем. Также больной должен иметь представление о возможной деформации донорского участка тела.

Помимо косметического результата важен так же и функциональный, и нередко именно он является наиболее важным в понимании хирурга. Но большинство пациентов молодого возраста и женского пола согласны смириться с потерей функции, нежели получить рубцы на открытых участках тела. Нередко в арсенале хирурга имеются несколько вариантов проведения операции при различных дефектах лица. Так, при дефектах мягких тканей лица применяются аутодермотрансплантация расщепленными и полнослойными лоскутами, применения тканевой дермотензии, пластикой местными тканями и тканями с других анатомических зон (филатовским стеблем, итальянская и индийская методики). Первая методика из вышеперечисленных является наиболее простой и надежной, но порой приводит к появлению так называемого эффекта «заплатки» в реципиентной зоне из-за гипер- и гипопигментации, а также контурного дефекта. Свободная пересадка сложных кожно-хрящевых лоскутов выполняется в один этап и полезна в восстановлении ушных раковин и ноздрей, однако неизбежно ведет к деформации в донорской зоне и имеет большой риск ишемии, нежели чисто кожная пересадка. Устранение дефектов лица с помощью филатовского стебля, с одной стороны, позволяет сформировать стебель во вскрытых под одеждой и поэтому наиболее косметически благоприятных зонах (внутренняя поверхность плеча, паховая область, об-

ласть живота), но, с другой стороны, лечение длительное и многоэтапное, также сопряженное с вынужденным положением пациента. Наиболее сложными из методов восстановительной хирургии является пересадка сложных лоскутов с микрохирургической реваскуляризацией. Однако данный метод требует наличия операционного микроскопа, высококвалифицированных кадров и многочасовых операций, которые отнюдь не всегда заканчиваются приживлением лоскута. Поэтому до сих пор среди хирургов, занимающихся реконструктивной хирургией лица, не утихают споры в пользу методов свободной и микрохирургической пересадки лоскутов. Развивающиеся в последнее время пересадки тканей лица от трупных доноров все же не имеют достаточных клинических наблюдений и связаны с практически пожизненной иммуносупрессивной терапией.

В клинике «Оренбургского областного центра реконструктивных и пластических операций», начавшей свою деятельность в 1997 году, выполняются различные виды эстетических и реконструктивных операций на лице и теле, а также постоянно осваиваются и внедряются новые методики вмешательств. Особую категорию занимают реконструктивно-пластические операции на лице. В рамках этого освоены и отработаны методики замещения дефектов мягких тканей, реконструкции носа и ушных раковин, устранения приобретенных и врожденных деформаций лица. Оказывается высокотехнологическая медицинская помощь по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», в рамках которой выполняются сложные операции по удалению опухолей слюнных желез с сохранением ветвей лицевого нерва, резекции челюстей с одномоментной аллопластикой.

Среди реконструктивных операций на лице за минувший год выполнены: реконструкция носа по Диффенбаху с одновременным устранением микростомы и восстановлением верхнего полюса ушной раковины; реконструкция носа по Суслову, реконструкция субтотального дефекта ушной раковины сложным кожно-хрящевым звездчатым трансплантатом по Кручинскому; радикальное удаление ринофимы с замещением дефекта лоскутом с плеча; реконструкция и устранение рубцовой деформации верхнего и нижнего век.

Деятельность «Центра пластических и реконструктивных операций» позволяет большинству пациентов полноценно вернуться в повседневную жизнь и рабочую среду, а также облегчить состояние и улучшить качество жизни паллиативных больных. В клинику закуплен операционный микроскоп, что позволит внедрить в практику сложные микрохирургические реконструктивные операции.

УДК 616.12-008.331.1-053.9-08

В. А. БАТАЛИН, М. В. БАТАЛИНА

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ*Оренбургский государственный медицинский университет*

V.A. BATALIN, M.V. BATALINA

PECULIARITIES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY AND SENILE AGE*Orenburg State Medical University*

Артериальная гипертензия (АГ) — ключевая проблема современной клинической медицины, т. к. обуславливает как минимум каждую 8-ю смерть в экономически развитых странах современного мира. В соответствующих рекомендациях США отмечают, что в течение жизни до 85% населения «заболевает» АГ. В Российской Федерации в популяции пожилых и старых людей АГ констатируют в 60–70% случаях. Следует ли лечить АГ у таких пациентов?

Результаты рандомизированных клинических исследований отвечают на этот вопрос положительно: антигипертензивная терапия снижает риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертность у пожилых больных как при систоло-диастолической АГ, так и при изолированной систолической АГ (ИСАГ). Причем у пациентов пожилого и старческого возраста уровень систолического АД — более сильный прогностический признак ССО, чем уровень диастолического АД.

Не следует забывать, что у пожилых больных, как правило, наблюдается коморбидность, возрастное снижение функции печени и почек (что может повышать риск нежелательных явлений стандартно принимаемых доз медикаментов), нередко постуральная и постпрандиальная гипотония. У этой категории пациентов повышена лабильность АД, часто встречается АГ «белого халата».

Лечение следует начинать с изменения образа жизни, включая ограничение потребления алкоголя (до 25–30 мл/сут. мужчинам, 15–20 мл — женщинам), и поваренной соли. При избыточной массе тела или ожирении необходимо снижение веса как минимум на 5–10% от исходного.

В таблице 1 представлено влияние изменения некоторых параметров образа жизни на САД в США.

Прежде чем назначить пожилому человеку анти-

гипертензивные препараты, необходимы коррекция мозгового кровотока и метаболизма, как правило, нарушенных у подавляющего большинства пациентов; адекватное лечение гемодинамически значимых нарушений ритма сердца и сердечной недостаточности при их наличии. Иногда уже эти мероприятия могут привести к достижению целевого уровня (ЦУ) АД. В остальных случаях этот уровень будет достигнут быстрее меньшими дозами, меньшим числом лекарственных средств (ЛС).

Согласно последним рекомендациям РКО, рекомендовано 5 основных классов АГП:

- ингибиторы АПФ;
- блокаторы рецепторов АТ II первого типа;
- антагонисты кальция;
- бета-адреноблокаторы;
- диуретики.

В качестве дополнительных классов АГП для комбинированной терапии могут использоваться:

- агонисты I-имидазолиновых рецепторов;
- бета-адреноблокаторы;
- прямые ингибиторы ренина.

При лечении АГ пациентов пожилого возраста можно применять все эти группы препаратов, но предпочтение следует отдавать иАПФ/сартанам (БРА), антагонистам кальция (АК) и тиазидным (диазидоподобным) диуретикам (ТД). При ИСАГ предпочтительнее АК и ТД.

Приводим некоторые факторы, оказывающие влияние на выбор медикаментов в пожилом возрасте:

- наличие ФР у больного;
- ПОМ;
- АКС, поражение почек, МС, СД;
- сопутствующие заболевания, при которых необходимы назначения или ограничения применения антигипертензивных препаратов различных классов;
- предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов;
- вероятность взаимодействия с лекарствами, которые назначены пациенту по другим поводам;
- социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

Баталин Вадим Александрович — к. м. н., доцент кафедры терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_terapy@orgma.ru

Баталина Марина Вадимовна — к. м. н., доцент кафедры терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_terapy@orgma.ru

Таблица 1 — Динамика САД при коррекции образа жизни

Изменение	Рекомендации	Примерное снижение систолического АД
Снижение массы тела	Поддерживать нормальный вес (индекс массы тела — 18,5–24,9 кг/м ²)	5–20 мм рт. ст. на 10 кг снижения
Питание в соответствии со схемой DASH	Питание должно быть богатым фруктами, овощами и маложирными молочными продуктами с уменьшенным содержанием как насыщенного, так и общего жира	8–14 мм рт. ст.
Уменьшение употребления натрия с пищей	Потреблять не более 100 ммоль натрия (2–4 г натрия или 6 г хлорида натрия)	2–8 мм рт. ст.
Расширение физической активности	Регулярная аэробная физическая активность (например, быстрая ходьба по крайней мере 30 мин. в день большую часть недели)	4–9 мм рт. ст.
Умеренность в употреблении алкоголя	Ограничить потребление алкоголя. Для большинства мужчин 30 мл этанола в день (т. е. 700 мл пива, 300 мл сухого вина, 90 мл виски или водки), для женщин и мужчин с небольшой массой тела — максимум 15 мл этанола в день	2–4 мм рт. ст.

Примечания: В РФ до 20% АГ — алкогользависимые варианты, поэтому влияние ограничения потребления алкоголя должно сопровождаться «в разы» более значимым снижением САД, чем в США. Ну и к тому же несопоставимы качество алкоголя и тип его потребления в РФ и за океаном.

Таблица 2 — Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций АГП

иАПФ+ТД	иАПФ+АК	БРА+ТД	БРА+АК
ХСН	ИБС	ХСН	ИБС
Диабетическая и недиабетическая нефропатия	ГЛЖ	Диабетическая и недиабетическая нефропатия	ГЛЖ
МАУ	Атеросклероз сонных и коронарных артерий	МАУ	Атеросклероз сонных и коронарных артерий
ГЛЖ	Дислипидемия	ГЛЖ	Дислипидемия
СД	СД	СД	СД
МС	МС	МС	МС
<u>Пожилые</u>	<u>Пожилые</u>	<u>Пожилые</u>	<u>Пожилые</u>
ИСАГ	ИСАГ	ИСАГ	ИСАГ
		Кашель при приеме иАПФ	Кашель при приеме иАПФ
АК+ТД	АК+βАБ		ТД+ βАБ
ИСАГ	ИБС		ХСН
Пожилые	Атеросклероз сонных и коронарных артерий		Перенесенный ИМ
ИБС	Тахикардии		Тахикардии
	ИСАГ		<u>Пожилые</u>
	Пожилые		
	Беременность		

Целевое АД у больных пожилого возраста составляет < 140/90 мм рт. ст. У больных СД — < 140/85 мм рт. ст. При достижении ЦУ АД и хорошей переносимости лечения допустимо дальнейшее снижение, помня, что нижними границами являются 110–115/70–75 мм рт. ст., во избежание развития/усугубления кардиальной и церебральной ишемии. У больных с хронической

ишемией мозга (дисциркуляторной энцефалопатией 2–3-й ст.), перенесших инсульт с выраженными остаточными явлениями ЦУ САД является 140-150 мм рт. ст. Особенно медленно и осторожно следует «снижать» АД при наличии стенозирующего поражения сонных артерий, радикальным вариантом коррекции которого должно быть их стентирование.

Применение одного антигипертензивного препарата (монотерапия) позволяет достигнуть ЦУ АД не более чем в 35–40% случаев. Такая терапия оправдана у пациентов с ЦУ АД уже на медикаментозных мероприятиях, но уверенных, что без медикамента «лечение неполное». Понятно, что в этой ситуации следует использовать, минимальные (буквально гомеопатические) дозы ЛС.

Подключение второго медикамента увеличивает достижение ЦУ до 60–70%. Комбинации двух АГП делят на рациональные (эффективные), возможные и нерациональные. Все преимущества комбинированной терапии присущи только рациональным комбинациям.

Рациональные комбинации АГП:

- ИАПФ + диуретик;
- БРА + диуретик;
- ИАПФ + АК; БРА + АК;
- дигидропиридиновый АК + β-АБ;
- АК + диуретик;
- β-АБ + диуретик;

При выборе комбинации β-АБ с диуретиком необходимо использовать сочетание небиволола, карведилола или биспролола с гидрохлоротиазидом в дозе не более 6,25 мг/сут. или индапамидом и избегать назначения этой комбинации больным с МС и СД.

Как видно из таблицы, все рациональные комбинации могут использоваться у больных пожилого и старческого возраста.

Возможными комбинациями АГП являются:

- АК дигидропиридиновый + АК недигидропиридиновый;
- ИАПФ + β-АБ;
- БРА + β-АБ;
- или прямые ингибиторы ренина с БАБ, АК и ТД.

Применение этих комбинаций в виде двухкомпонентной АГТ в настоящее время не является абсолютно рекомендованным, но и не запрещено.

Сделать выбор в пользу такого сочетания лекарственных средств допустимо только при полной уверенности в невозможности использования рациональных комбинаций.

Таблица 3 — Выбор рациональных и возможных комбинаций АГП в зависимости от клинической ситуации

Поражение органов-мишеней	
ГЛЖ	БРА/иАПФ с ТД или АК
Бессимптомный атеросклероз	БРА/иАПФ с АК
Микроальбуминурия	БРА/иАПФ с ТД
Поражение почек	БРА/иАПФ с ТД
Ассоциированные клинические состояния	
Предшествующее ОНМК	Любые рациональные комбинации АГП
Предшествующий ИМ	βАБ/АК с БРА/иАПФ, βАБ с АК
ИБС	βАБ или АК с БРА или иАПФ
ХСН	БРА/иАПФ с βАБ и ТД
Почечная недостаточность/протеинурия	БРА/иАПФ с петлевым диуретиком
Заболевания периферических артерий	АК и БРА/иАПФ
Особые клинические ситуации	
<u>Пожилые</u>	БРА/иАПФ с АК/ТД
ИСАГ	АК с ТД, АК или ТД с БРА/иАПФ
Метаболический синдром	БРА/иАПФ с АК/ТД
Сахарный диабет	БРА/иАПФ с АК/ТД
Беременность	Метилдопа с АК/ βАБ

Нерациональные комбинации АГП:

- β-АБ + недигидропиридиновый АК;
- ИАПФ + калийсберегающий диуретик;
- β-АБ + препарат центрального действия;
- сочетания разных лекарственных средств, относящихся к одному классу АГП.

При использовании этих комбинаций АГП не происходит потенцирования антигипертензивного эффекта препаратов и/или усиливаются побочные эффекты при их совместном применении.

Подключение третьего ЛС повышает достижение ЦУ комплаентными пациентами до 80-85%.

Рекомендуемые комбинации трех АГП:

- ИАПФ + дигидропиридиновый АК + β -АБ;
- БРА + дигидропиридиновый АК + β -АБ;
- ИАПФ + АК + диуретик;
- БРА + АК + диуретик;
- ИАПФ + диуретик + β -АБ;
- БРА + диуретик + β -АБ;
- дигидропиридиновый АК + диуретик + β -АБ.

Добавление четвертого и последующих медикаментов (при нормокалиемии и сохранной функции почек препаратом выбора при этом является антагонист минералокортикоидных рецепторов Верошпирон в дозе 25–75 мг/сут.) позволяет достигнуть желаемого результата у 95–97% пациентов. 3–5% больных с сохраняющейся гипертензией — это истинно рефрактерные к лечению пациенты, у которых могут быть эффективными афферентные методы: изолированная ультрафильтрация, плазмаферез, гемодиализ, иммуносорбция и др. Вопрос об эффективности и самое главное безопасности радиочастотной абляции (РЧА) симпатических сплетений почечных артерий в пожилом возрасте пока остается открытым.

Неотъемлемой частью мероприятий по длительной профилактике ССО у больных АГ должно стать повышение образовательного уровня пациентов. Если даже предположить, что для каждого конкретного больного АГ врач разработает оптимальную программу медикаментозного и немедикаментозного лечения, то провести ее в жизнь будет весьма сложно при наличии его низкой мотивации к лечению. Врачу необходимо информировать больного АГ о факторах и заболеваниях, сопутствующих АГ, риске развития осложнений и рассказать о пользе медикаментозного и немедикаментозного лечения АГ. Все применяемые методы лечения и профилактики должны быть обсуждены и согласованы с больным (с учетом уровня его интеллекта).

Действенными мерами для улучшения приверженности пациентов к лечению являются:

- умение распознавать признаки неадекватного приема препаратов;
- умение планировать терапию, стараясь свести к

минимуму возможность развития побочных эффектов, исходя из особенностей клинической фармакологии лекарственных средств;

- просвещение пациентов;
- умение находить доверительный контакт с каждым больным;
- умение назначать максимально простой режим приема препаратов;
- способность учитывать финансовые возможности пациента;
- внимательное отношение к развитию возможных побочных эффектов и готовность изменить терапию;
- способность всегда быть уверенным в успехе выбранного лечения.

Медикаментозное лечение АГ, как правило, пожизненное. Однако при стойкой нормализации АД на минимальных дозах АГП в течение 6–12 месяцев, можно осторожно попытаться «отойти» от них. Опыт показывает, что этот «отход» временный — раньше или позже терапию приходится возобновить.

Соблюдение принципов, кратко изложенных в данной работе, будет способствовать росту продолжительности жизни пациентов с АГ при сохранении приемлемого ее качества.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии / И. Е. Чазова [и др.] // *Кардиологический вестник*. — 2015. — № 10 (1). — С. 3–30.
2. Рекомендации по ведению больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями / И. Е. Чазова [и др.] // *Кардиологический вестник*. — 2014. — № 20 (1). — С. 3–57.
3. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни). Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н. Зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ 23.01.2013 г., регистрационный номер 26700.

УДК 616.65-007.61-089.87

А. И. БЕЛЯЕВ, Ю. В. СВИРКОВ, А. С. ЧЕМЕЗОВ, Р. Р. КАРИМОВ, Е. А. ЯШИН

МЕСТО ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГОСПИТАЛЯ ЗА 2015 Г.)

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

A. I. BELYAEV, YU. V. SVIRKOV, A. S. CHEMEZOV, R. R. KARIMOV, E. A. YASHIN

THE PLACE OF TRANSURETHRAL RESECTION IN SURGICAL TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (ACCORDING TO THE DATA OF THE ORENBURG REGION CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL WAR VETERAN'S HOSPITAL)

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Актуальность эндоскопических технологий становится все более очевидной и понятной в связи с возрастающей продолжительностью жизни.

С 1994 г. в отделении урологии производятся трансуретральные операции на предстательной железе с использованием эндоскопической техники.

Накопленный с годами опыт позволил нам значительно расширить показания к оперативным вмешательствам, изменить их структуру и увеличить их объем.

Статистический анализ работы отделения показал, что большинство госпитализируемых в урологическое отделение пациентов — лица престарелого и старческого возраста (гериатрические больные). Гериатрические пациенты в 2015 г. составили 53,6% всех госпитализированных в урологическое отделение. У каждого пациента имелось три и более сопутствующих заболевания разной степени тяжести.

В 2015 г. из числа всех госпитализированных пациентов (686) пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) составили 37,6% (258). Из них 196 пациентам произведена операция ТУРП (трансуретральная резекция простаты) и 15 — чреспузырная аденомэктомия. В 51% случаев от всех оперируемых с ДГПЖ — пациенты в возрасте старше 70 лет.

Для диагностики ДГПЖ используем её пальцевое исследование, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое сканирование, уродинамическое исследование нижних мочевых путей, исследование простато-специфического антигена (PSA), а также проводится стандартное клинико-биохимическое исследование крови, посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам, экскреторная урография, а по показаниям — уретроцистоскопия и биопсия предстательной железы.

При отборе больных для операции ТУРП мы придерживаемся общепринятых в эндоскопической хирургии показаний. Несмотря на то, что на сегодняшний день показанием к ТУРП является симптоматическая ДГПЖ любой стадии и любого размера, мы ограничиваемся ТУРП ДГПЖ до 100–120 см³, реже — до 160 см³. Остальным пациентам производится операция чреспузырной аденомэктомии с ушиванием ложа предстательной железы.

Для операции нами используется биполярный ректоскоп фирмы «Олимпус». Операции проводятся под СМА. Орошение мочевого пузыря производится по стандартной методике. Продолжительность операции определяется, в основном, объемом предстательной железы и сложностью операции, но обычно не превышает 1–1,5 часа. Мочевой пузырь дренируется двухходовым катетером Фоли с последующим его орошением раствором антисептика. Уретральный катетер удаляется на 2–3 сутки, после чего больной мочится самостоятельно.

Из осложнений в раннем послеоперационном периоде в 2015 г. имели место 1 случай кровотечения и 2 случая обструкции простатического отдела уретры не полностью удаленными тканями апикальной зоны, потребовавшие повторного оперативного вмешательства, 1 случай острого эпидидимита, закончившийся орхэктомией. В раннем послеоперационном периоде гораздо чаще встре-

Беляев Андрей Иванович — заведующий урологическим (психосоматическим, гериатрическим) отделением; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: beljae-andreyu@rambler.ru

Свирков Юрий Викторович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85

Чемезов Алексей Сергеевич — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: xirurg@bk.ru

Каримов Расим Ринатович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: ogww@yandex.ru

Яшин Евгений Александрович — 3. вр. РФ, заведующий оперблоком, врач-уролог; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

чались длительная дизурия и гематурия. Последние хорошо купировались консервативной терапией и не требовали повторного оперативного вмешательства. ТУР-синдрома (синдрома водной интоксикации) и летальных исходов после ТУРП ДГПЖ мы не отмечали.

Таким образом многолетний опыт применения в урологическом отделении госпиталя ТУРП доказал ее преимущество перед чреспузырной аденоэктомией, расширил показания к оперативному вмешательству, значительно снизил число послеоперационных осложнений, ускорил процесс реабилитации пациентов.

УДК 616-052-053.9-08:(616.155.164+616.12-008)

И. М. БЕШЕНЦЕВА, П. Ю. ГАЛИН

ГИПОХРОМНЫЕ АНЕМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИБС: ПОДБОР ТЕРАПИИ С УЧЁТОМ КОРРЕКЦИИ ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Оренбургский государственный медицинский университет

I. M. BESHENTSEVA, P. YU. GALIN

HYPOCHROMIC ANEMIA IN OLDER PERSONS WITH CHD: SELECTION OF THERAPY ACCORDING TO THE CORRECTION OF FERROKINETIC PARAMETERS

Orenburg State Medical University

Понятие «гипохромные анемии» не является нозологическим, а объединяет собой группу анемий, при которых темп синтеза гемоглобина отстает от образования эритроцитов. Среди всех гипохромных анемий (ГА) наибольший удельный вес составляют железодефицитные анемии, распространенность которых в мире очень высока. Частота встречаемости анемий повышается с возрастом, что является отражением многих хронических заболеваний инфекционной и чаще — неинфекционной природы, начинающихся у лиц среднего возраста. Диагностика анемии нередко является индикатором серьезного заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста. Актуальной проблемой является лечение анемий у больных в возрасте старше 60 лет. Учитывая необходимость длительного приема железосодержащих препаратов, нередкое наличие патологии желудочно-кишечного тракта у геронтологических больных, крайне важным является назначение препаратов, переносимость которых является хорошей из-за минимального количества побочных эффектов, что позволит обеспечить высокую комплаентность больных лечению. Ишемическая болезнь сердца — это группа заболеваний, обусловленных абсолютной и относительной недостаточностью кровообращения. Сужение одной или нескольких коронарных артерий, снижение

уровня гемоглобина суммарно снижают энергетику (доставку кислорода) нормальной работы сердца.

Потенциальными причинами развития ГА при ИБС являются:

1. Ишемическое повреждение костного мозга.
2. Снижение синтеза ЭПО в почках. Нарушение захвата ЭПО костным мозгом.
3. Снижение высвобождения Fe из ретикуло-эндотелиальной системы.
4. Токсическое действие цитокина тумор-некротического фактора — α (TNF α).
5. Микрорвотечения вследствие длительного приёма аспирина.
6. Подавление синтеза ЭПО длительным приёмом иАПФ.

ЦЕЛЬ — подбор адекватного комплексного лечения ИБС в сочетании с анемическим синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В исследование включались 28 мужчин (средний возраст — 65,2±4,5 года), больных ИБС — стабильная стенокардия III–IV ФК на фоне манифестного дефицита железа с идентификацией по лабораторным показателям. Функциональный класс стенокардии определяли с помощью нагрузочного теста (количество метров пройденных за 6 минут без «дискомфорта в области сердца»). Критерии отбора пациентов с МДЖ: снижение уровня гемоглобина (Hb) < 110 г/л, гипохромия эритроцитов (MCH < 25 пг) и микроцитозом (MCV < 77 фл), снижение сывороточного железа (СЖ) < 12,5 мкмоль/л, насыщение трансферрина железом (НТЖ) < 15%. Критерии исключения: наличие в анамнезе заболеваний крови, онкологической патологии, отсутствие хронической почечной недостаточности.

Бешенцева Ирина Михайловна — ассистент кафедры терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_terapy@orgma.ru

Галин Павел Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_terapy@orgma.ru

Лечение основного заболевания — ИБС — в течение наблюдения проводилось антиангинальными препаратами (кардиоселективные β -блокаторы, антагонисты кальция, нитраты) с исключением аспирина и иАПФ. Ферротерапия назначалась с учётом общего дефицита железа (ОДЖ), рассчитываемого по формуле для массы тела (МТ) > 35 кг: $ОДЖ = МТ (кг) \times 0,24 \times (130 \text{ г/л} - \text{Hb} \text{ больного}) + 500 \text{ мг}$ депонированного железа. Длительность наблюдения и лечения составила $11,42 \pm 0,3$ недели.

В качестве стартового лечения в группе пациентов (N=8) со средней и тяжёлой степенью анемии (Hb < 75 Г/л) феррокинетические показатели корректировали введением карбоксимальтозата железа (в среднем суммарно было введено $1456 \pm 18,5$ мг железа) внутривенно до достижения целевого уровня Hb с последующей терапией пероральным железосодержащим препаратом Ферретаб (фумарат железа + фолиевая кислота). У остальных пациентов (N=20) лечение начинали и продолжили фумаратом железа: в среднем по группе суммарная доза составила $1395 \pm 18,5$ мг железа.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

После проведённого лечения наблюдался рост уровня Hb с $94,4 \pm 3,8$ г/л до $116 \pm 3,2$ г/л на фоне изменений эритроцитарных индексов — MCH с $25,0 \pm 0,8$ пг до $28,4 \pm 0,7$ пг, MCV с $73,3 \pm 3,2$ фл до $93,5 \pm 5,4$ фл.

Выявлена положительная динамика феррокинетических показателей: уровень сывороточного железа увеличился от $8,2 \pm 3,1$ мкмоль/л до $12,5 \pm 2,4$ мкмоль/л, насыщение трансферрина железом — от $10,8 \pm 1,9\%$ до $23,5 \pm 1,6\%$. Жалоб со стороны пациентов на диспептические расстройства при приёме фумарата железа ни в одном случае не наблюдалось.

При оценке клинических проявлений ИБС наблюдалось сокращение количества ангинозных приступов с 8 ± 2 до 4 приступов в день с уменьшением суточной дозы нитратов с $12,5 \pm 1,5$ мг до $3,5 \pm 1,1$ мг; 4 пациента полностью отказались от приёма. Толерантность к физической нагрузке возросла в среднем на дистанцию $145 \pm 23,5$ м. Положительная динамика клинических проявлений ИБС отмечалась на фоне улучшения показателей насосной функции сердца — фракция выброса увеличилась с $43,7 \pm 3,2\%$ до $52,8 \pm 3,1\%$.

ВЫВОДЫ:

1. У больных ИБС с манифестным дефицитом железа коррекция гематологических и феррокинетических показателей сопровождалась положительной динамикой клинической картины ИБС.

2. Ранняя диагностика дефицита железа и соответствующая коррекция его приводит к достоверной эффективности комплексной терапии ИБС.

УДК 616.21-002.18-053.9

М. В. БЛАЗАРЕНКО, Е. В. ШАБАЛДИНА, А. В. ШАБАЛДИН, А. В. ТЕПЛОВ, Е. Н. ШКОЛДИНА

МОФРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЛОР-ОРГАНОВ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ Г. КЕМЕРОВО

Кемеровский государственный медицинский университет
Областной клинический госпиталь ветеранов войн, г. Кемерово

M. V. BLAZARENKO, E. V. SHABALDINA, A. V. SHABALDIN, A. V. TEPLOV, E. N. SHKOLDINA

MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF HYPERPLASTIC PROCESSES IN ENT-ORGANS OF OLDER PERSONS LIVING IN KEMEROVO

Kemerovo state medical university
Region clinical war veteran's hospital, Kemerovo

Воспалительный процесс характеризуется тремя взаимодополняющими фазами: альтерацией, экссудацией и пролиферацией. Причем выраженность этих фаз имеет возрастные онтогенетические особенности. Так, в раннем онтогенезе преобладают альтерация и экссудация, а в геронтологическом периоде онтогенеза — доминирует пролиферация. Именно поэтому воспалительные реакции, особенно хронические, у пожилых лиц часто заканчиваются гиперплазиями. Постоянный контакт с внешней средой, при возрастной депрессии мукозального иммунитета, способствует развитию хронического воспаления в ЛОР-органах.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — анализ морфологических особенностей гиперпластических процессов ЛОР-органов у пожилых лиц г. Кемерово. Для выполнения поставленной задачи проанализировали морфологические диагнозы 225 биопсий после операций в полости носа и околоносовых пазух, гортани, на ухе и в глотке, выполненных в оториноларингологическом отделении Областного клинического госпиталя ветеранов войн (ОКГВВ) в период за 2008–2011 годы. Возраст пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, был свыше 60 лет. Проведенное исследование показало, что число операций, проведенных пациентам

старше 60 лет, было следующее: 39 — в 2008 году, 80 — в 2009 году, 38 — в 2010 году и 67 — в 2011 году. Гендерная характеристика оперированных лиц была следующая: в 2008 году — 20 мужчин и 19 женщин; в 2009 — 40 мужчин и 40 женщин; в 2010 — 27 мужчин и 11 женщин; и в 2011 — 40 мужчин и 27 женщин. Тем самым число оперативных вмешательств у лиц пожилого возраста в ОКГВВ остается стабильно высоким, а по половому составу отмечено незначительное преобладание мужчин над женщинами. За весь анализируемый период число операций, выполненных по поводу заболеваний носа и околоносовых пазух, было 112; гортани — 56; уха — 43 и глотки — 14. Доминирующей патологией носа и околоносовых пазух были полипозные вегетации и кисты; гортани — кисты и опухоли; уха — кисты, опухоли и полипы; глотки — кисты и опухоли.

Анализ всего биопсийного материала показал, что в удаленных тканях в 50,2% имел место воспалительный процесс; на воспаление с элементами метаплазии приходилось 11,6%; на кистообразные метаплазии — 16,9%; на доброкачественные опухоли приходилось 17,3% и на злокачественные новообразования — 4,1%. Надо отметить, что почти в половине биопсийного материала выявлены гиперпластические процессы, которые в 21,4% случаев реализовались в доброкачественные и злокачественные опухоли.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, в пожилом возрасте в воспалительных реакциях преобладает фаза пролиферации, что способствует развитию гиперпластических процессов и ранней метаплазии. Эти данные необходимо учитывать при лечении острых и хронических заболеваний ЛОР-органов у пожилых лиц.

УДК 616.211-005.1-07

М. В. БЛАЗАРЕНКО, Р. Г. БЛАЗАРЕНКО, А. В. ТЕПЛОВ

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

Областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Кемерово

M. V. BLAZARENKO, R. G. BLAZARENKO, A. V. TEPLOV

THE USE OF RADIOSURGERY EQUIPMENT «AUTOCON» IN TREATMENT OF OLDER PERSONS WITH NOSE BLEED

Region clinical war veteran`s hospital, Kemerovo

Диагностика и лечение носовых кровотечений с годами не становятся менее актуальными в связи с тем, что данная патология широко распространена и имеют порой значительные трудности с обнаружением источника кровотечения и методами его остановки.

Большое значение приобретает течение данной патологии у лиц пожилого и старческого возраста, когда имеются различного рода соматические заболевания, сопровождающиеся нарушением тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза, сосудистыми нарушениями, снижены компенсаторные механизмы, нет должного внимания к этому состоянию ни со стороны больного, ни со стороны родственников, приводящее к выраженной анемии.

По данным статистики (по России), среди пациентов с носовыми кровотечениями старше 61 года количество женщин превышает число мужчин, что предположительно обусловлено меньшей продолжительностью жизни лиц мужского пола.

В структуре госпитализированных больных по экстренным показаниям за последние 5 лет в ЛОР-отделение ОКГВВ произошли изменения в сторону

снижения удельного веса пациентов с неотложной патологией практически всех нозологических единиц. Исключение составили больные с одной из наиболее сложных патологий — носовыми кровотечениями. Возрос как абсолютный показатель, так и удельный вес в структуре госпитализированных. Максимальное количество пациентов с данной нозологией лечилось в ЛОР-отделении в марте (9,8%), минимальное — в июне (3,8%) каждого года. В остальные месяцы достоверных различий не наблюдалось, и показатель частоты встречаемости данной нозологии колебался от 4 до 6%. Из всего числа госпитализированных пациентов с носовыми кровотечениями различной этиологии 45,7% — это пациенты старше 60 лет.

В нашей клинике мы используем для коагуляции сосудов при носовых кровотечениях радиохирургический аппарат «Autocon» с января 2009 года. Особенности данного вида воздействия на сосуды слизистой оболочки являются:

1. Безопасность применения (наконечник покрыт защитным сплавом).

2. Предполагает точечное воздействие на сосуды (в режиме коагуляции или фульгурации).

3. Перед применением проводится местная анестезия.

4. Возможность избежать передней тампонады в качестве неотложного вмешательства для остановки кровотечения.

5. Наличие вакуумного удаления истекающей крови одновременно с коагуляцией позволяет с большой точностью видеть источник кровотечения, значительно уменьшает возможность аспирации и заглатывания крови в желудочно-кишечный тракт и снижает страх пациента при виде крови.

6. Практически отсутствуют противопоказания для данного вида лечения.

7. Сохранение носового дыхания, так как отсут-

ствует препятствие в виде тампонов, которые довольно-таки тяжело переносятся всеми пациентами, особенно больных старших возрастных категорий.

Мы используем при массивных кровотечениях и при невозможности обнаружения источника кровотечения сразу при обращении в санпропускник плановую коагуляцию сосудов при применении эндовидеотехники.

Нужно отметить, что повторных кровотечений у пациентов, которым проведена коагуляция сосудов слизистой носа аппаратом AUTOCON, не было; отсутствовали вегетативные реакции, коллапс, что неоднократно отмечалось при проведении тампонад.

Таким образом, в клинике внедрен новый метод щадящего и одновременно эффективного лечения носовых кровотечений.

УДК 616.216-089:616-072.1-71

М. В. БЛАЗАРЕНКО, Р. Г. БЛАЗАРЕНКО, А. В. ТЕПЛОВ

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

Областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Кемерово

M. V. BLAZARENKO, R. G. BLAZARENKO, A. V. TEPOV

THE USE OF ENDO VIDEO EQUIPMENT IN SURGICAL TREATMENT OF OLDER PATIENTS WITH POLYPOID SINUSITIS

Region clinical war veteran`s hospital, Kemerovo

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

Особенности строения полости носа, слизистых оболочек в пожилом и старческом возрасте (не леченные оперативным путём искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, субатрофия и атрофия слизистой оболочки, изменение архитектуры полости носа после ранее перенесённых 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 и на бронхолегочную 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, к форсированному дыханию, к более частому применению бронхолитиков, увеличивает частоту приступов.

При сахарном диабете (на фоне диабетической ангиопатии) в отсутствии достаточной аэрации носа и ППН, при стекающем секрете, на фоне воспаленной и сдавленной полипозной тканью слизистой оболочке полости носа чаще возникают гнойные процессы, которые протекают длительно и вяло, трудно поддаются лечению. Все это ведет к напряженной работе эндокринной системы.

Одним из методов хирургического лечения хронического полипозного риносинусита у пациентов, в том числе и 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 за 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 имеем следующие преимущества:

1. Выявление анатомических вариантов строения.
2. Адекватная анестезия.
3. Операция проводится в положении полулежа или лежа.
4. Пациент не видит и практически не ощущает стекания крови, так как одновременно с удалением полипозной ткани проводится аспирация (особенно при работе с шейверной системой).
5. Появилась возможность выполнить не только полипотомию полости носа, но и провести ревизию остеомеатального комплекса со вскрытием этмоидальных булл с частым обнаружением в них воспалительного содержимого, удаление крючковидного отростка, осмотра соустьев верхнечелюстных пазух, их расширение, обнаружение в пазухах экссудата, осмотр поло-

сти верхнечелюстных пазух, эндоназальное удаление полипозной ткани из пазух, оценить контактирующие раневые противоположащие поверхности, дабы избежать в дальнейшем образование синехий.

6. Удаление хоанальных полипов.
7. Максимальное щажение очень чувствительной слизистой оболочки, тем самым возможность избежать кровотечения и боли.
8. Тампонирование после окончания операции на несколько часов, нередко и без него.
9. Позволяет лечить пациентов из группы риска, которых нельзя оперировать под общим обезболиванием или которые имеют риск массивного кровотечения.
10. Более длительный промежуток между рецидивами.

Проведён анализ предоперационной подготовки, хода операции, течения послеоперационного периода по 51 истории болезни пациентов в возрасте 56–81 года за двухлетний период.

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

УДК 616-089.5-032:611.819.59]:[616.65-006.55-089.87

А. Ю. БРЕДИХИН, Д. А. КАБАРДИН, Л. Ю. АКИНЬШИНА, В. В. ХАЙЗЕНС, Ф. Ф. БАДЕРТДИНОВА
ИНФУЗИОННАЯ ПОМПА — ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОПЕРАЦИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

*Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн
 Оренбургский государственный медицинский университет*

A. JU. BREDIKHIN, D. A. KABARDIN, L. JU. AKIN`SHINA, V. V. KHAYZENS, F. F. BADERTDINOVA
INFUSION POMP — AN EFFECTIVE WAY OF POSTOPERATIVE ANAESTHESIA
AFTER ADENOMECTOMY

*Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital
 Orenburg State Medical University*

Бредихин Александр Юрьевич — к. м. н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

Кабардин Дмитрий Александрович — врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

Акиншина Лидия Юрьевна — врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

Хайзенс Вячеслав Викторович — врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

Бадертдинова Флюра Фаратовна — врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

Операция открытая аденомэктомия сама по себе является достаточно травматичной и сопровождается, особенно в послеоперационном периоде, выраженным болевым синдромом, высокой кровоточивостью и тяжело переносится психологически пациентом. В связи с этим проблема адекватного обезболивания раннего послеоперационного периода и обеспечение психоэмоционального комфорта для пациента остается актуальной.

В настоящее время признано, что регионарная анестезия превосходит общую по своему положительному воздействию на хирургический стресс-ответ, систему гемостаза, интенсивность послеоперационной боли, кровопотерю, возникновение послеоперационной

тошноты и рвоты, оказывает противовоспалительный эффект и снижает частоту осложнений анестезиологического пособия в целом. Применение регионарных методов обезболивания снижает частоту периоперационных осложнений, время пребывания в отделениях интенсивной терапии и послеоперационную летальность, а также улучшает субъективную оценку качества обезболивания по сравнению с системным применением опиоидов. Одноразовые инфузионные помпы (ОИП) предназначены для непрерывного введения лекарственных веществ в течение длительного времени, как правило, не менее суток.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — оценить эффективность обезболивания в ближайшем послеоперационном периоде постоянной инфузией местного анестетика наропина с помощью инфузионной помпы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Материалом исследования явились 36 пациентов, которым была выполнена операция открытая аденомэктомия под спинально-эпидуральной анестезией за период с 01.01.12 по 01.12.15 годы. Средний возраст пациентов составил 71,4 года, сопутствующая патология — в виде 3–5 заболеваний (ИБС, артериальную гипертонию, хронический пиелонефрит, хронические заболевания легких). Оценка эффективности обезболивания проводилась по субъективным ощущениям, жалобам пациентов, объективным показателям — артериального давления (систолического АДс., диастолического АДд., среднего АДср.) — не должно быть клинически значимой гипотонии, т. е. АДс, как правило, не ниже 90–100 мм рт. ст., частоты сердечных сокращений (ЧСС). Дополнительно качество анальгезии оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) каждые три часа. Исследования проводились в течение первых двух суток. Для обезболивания использовали непрерывную инфузию 0,2% раствора наропина в эпидуральный катетер со скоростью введения 6–10 мл в час, с помощью ОИП. Стандартная обезболивающая смесь состоит из растворов: наропина 2 мг/мл (0,2%), адреналина 2 мкг/мл и фентанила 2 мкг/мл. Чтобы составить такую смесь для заправки в помпу, набираем в шприц объемом 50 мл. Наропин 0,2% — 47,0 мл; фентанил 0,005% — 2,0 мл; адрена-

лин — 0,01% — 1,0 мл, т. е. разведенного 1:10. Для получения 0,01% раствора адреналина к 1 мл (1 ампула) официального 0,1% раствора адреналина добавляем 9 мл 0,9% раствора хлористого натрия. После этого берем только 1 мл полученного разведенного 1:10 раствора и добавляем в ИОП. Необходимое наблюдение заключается: в периодическом измерении артериального давления, частота которого определяется состоянием больного, но не реже, чем через 1 час в сутки; оценке качества обезболивания; ежедневном осмотре и пальпации области выхода эпидурального катетера на кожу; оценке состояния помпы и скорости ее опорожнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Пациенты оставались активны, у них практически отсутствовали жалобы на боли в послеоперационной ране, дискомфорт, постоянные позывы на мочеиспускание. На этом фоне отмечалась относительная стабильность гемодинамики. Изменения показателей АДс., АДд., АДср. и ЧСС колебались в пределах $\pm 5\%$, не требовалось никакого дополнительного обезболивания. Уровень боли по ВАШ соответствовал 0–2 баллам, т. е. у части пациентов полностью отсутствовали болевые ощущения на протяжении всего периода исследования, а в остальных случаях боль характеризовалась как слабая. Применяемая методика позволяет отказаться от назначения наркотического анальгетика в послеоперационном периоде, а сам факт оформления назначения наркотика на сегодняшний день связан с «административными» сложностями, которые требуют дополнительного времени.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, применение одноразовых инфузионных помп позволяет обеспечивать эффективное и безопасное обезболивание в послеоперационном периоде, отвечает правилам безопасности и сводит к минимуму трудозатраты на послеоперационное обезболивание, поскольку система «одноразовая инфузионная помпа — эпидуральный катетер» представляет собой замкнутый стерильный контур, работает длительное время (до нескольких суток) в автоматическом режиме без необходимости какой-либо регулировки и дозаправки.

УДК 616.831-006.48-07

Т. А. СТОВОЛКОВА, Н. Ф. ПОЛЯРУШ, О. В. ВАСЕМАЗОВА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВETERANОВ ВОЙН САМАРСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВETERANОВ ВОЙН

*Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Самара
Медицинский университет «Реавиз», г. Самара*

T. A. STOVOLKOVA, N. F. POLYARUSH, O. V. VASEMAZOVA

MODERN TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS OF BRAIN TUMOR IN WAR VETERANS OF THE SAMARA REGION CLINICAL WAR VETERAN`S HOSPITAL

*Samara region clinical war veteran`s hospital, Samara
Medical university «Reaviz», Samara*

Выявление опухолей головного мозга является трудной задачей в связи с многообразием симптоматики при разных нозологических формах, особенно на первой стадии опухолевого процесса. В последние годы наблюдается рост заболеваемости первичных и метастатических опухолей головного мозга и составляет 12–13 на 100 тысяч населения [1]. Около 60% объемных образований головного мозга приходится на злокачественные и 40% — на доброкачественные опухоли [2]. Деление опухолей по степени злокачественности важно для прогностической оценки заболевания и выбора методов лечения. При опухолях головного мозга с высокой степенью злокачественности выживаемость значительно ниже, чем при низкой степени злокачественности. В последние годы выявление опухолей головного мозга улучшилось за счет внедрения в клиническую практику современных, высокотехнологичных методов нейровизуализации, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Но даже эти методы не дают сведений о степени злокачественности и особенностей метаболизма образований [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценить возможность и эффективность выявления объемных образований головного мозга методами МСКТ и МРТ у ветеранов войн СОКГВВ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

За 3 года в Самарском областном клиническом госпитале ветеранов войн в отделении РКТ и МРТ было обследовано 15 318 человек.

Из них головной мозг исследован у 4700 больных, что составило 30,6% от общего количества обследо-

ванных лиц. Среди пациентов преобладали лица мужского пола (мужчин — 4336, женщин — 364) в возрасте от 52 до 89 лет, проходившие лечение в отделениях неврологического и терапевтического профиля. При этом метод МСКТ был применен у 2700 больных (57,4%), метод МРТ — у 2000 человек (42,6%). Для проведения магнитно-резонансной томографии использовался томограф фирмы Philips Achiva производства Голландии мощностью магнитного поля 1,5 Тл. Компьютерная томография головного мозга осуществлялась на томографе GE Optima CT 660, 128 срезов. В 48% случаев МСКТ и МРТ-исследования проводились с контрастированием. Контрастные вещества («Омнипак-300» и «Омнискан») вводились внутривенно в дозах с учетом массы тела пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Опухоль головного мозга диагностирована у 56 человек, что составило 1,2% от общего количества исследований головного мозга. Все пациенты были преимущественно мужского пола (45 человек) и 11 женщин в возрасте от 60 до 79 лет. Предъявляли жалобы на головные боли, головокружение. В неврологическом статусе у ряда больных отмечалась очаговая симптоматика.

У 22 человек первичным методом обследования был метод МСКТ (39,2%). Методом МРТ обследовано 34 пациента (60,7%). 18 пациентов были обследованы методом МРТ после выполнения компьютерной томографии. Последнее связано с более высокой разрешающей способностью МРТ.

Из 56 выявленных новообразований доброкачественные опухоли составили 48% (у 27 больных), злокачественные — 52% (29 человек).

Среди доброкачественных опухолей преобладали менингиомы 81,4% (22 пациента), аденомы гипофиза составили 14,8% (4 человека) и 3,8% (1 пациент) — краниофарингиомы.

Столвокова Татьяна Анатольевна — 3. в.р. РФ, к. м. н., заместитель начальника по медицинской части; тел. 8 (846) 951-42-11; e-mail: sokgvv@mail.ru

Среди злокачественных опухолей головного мозга глиомы обнаружены у 26 больных (89,7%), метастазы в головном мозге — у 3-х человек (10,3%).

При формировании протокола изучались локализация и размер новообразований, наличие или отсутствие перифокального отека, распространение патологического процесса и дислокация срединных структур мозга, степень накопления контрастного вещества в новообразованиях.

На основании полученных данных устанавливали диагноз, стадию опухоли, изменения в окружающих тканях и внутричерепного давления. У большинства пациентов (63%) с опухолями головного мозга выявлен перифокальный отек, у 40% отмечалось смещение срединных структур головного мозга. Признаком нарушения ликвородинамики являлась внутренняя гидроцефалия. Расширение бокового желудочка выявлено в 54% при менингиомах и 46% при глиомах головного мозга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Полученные нами данные совпадают с данными литературы о преобладании среди опухолей головного мозга опухолей злокачественной природы — 52% и 48% соответственно. Однако у ветеранов войн отмечается тенденция к более частому поражению головного мозга злокачественными опу-

холями. Из доброкачественных новообразований полученные сведения о преобладании менингиом соответствуют данным литературы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тютин, Л. А. Комплексная лучевая диагностика опухолей головного мозга МРТ, МРА, МРС, ПЭТ / Л. А. Тютин, А. В. Поздняков, Н. А. Костеников. — СПб., 2001. — С. 103-104.
2. Дергунова, Н. И. Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике глиальных опухолей головного мозга и контроле эффективности различных методов их лечения : автореф. дис. ... канд. мед наук / Н. И. Дергунова. — СПб, 2004. — 24 с.
3. Ключикин, И. В. МР-томография в диагностике опухолей головного мозга / И. В. Ключикин, Р. Ф. Бахтиозин, М. М. Ибатуллин // Казанский медицинский журнал. — 1993. — № 3. — С. 180-185.
4. Синицын, В. Е. Применение омнискана при МР-исследовании ЦНС / В. Е. Синицын, В. Н. Корниенко // Вестник рентгенологии и радиологии. — 1996. — № 4. — С. 5-9.
5. Тиглиев, Г. С. Внутричерепные менингиомы / Г. С. Тиглиев, В. Е. Олюшин, А. Н. Кондратьев // Санкт-Петербург : Издательство РАХН им. проф. А. Л. Поленова, 2001. — 560 с.

УДК 614-08

А. В. ВОЛОДИН

К ВОПРОСУ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Оренбургская областная клиническая инфекционная больница
Оренбургский государственный медицинский университет

A. V. VOLODIN

ON THE QUESTION OF QUALITY MANAGEMENT OF NURSING CARE OF OLDER PERSONS IN HEALTH AND SOCIAL CARE INSTITUTIONS

Orenburg region clinical infectious hospital
Orenburg State Medical University

Главной целью управления качеством сестринской помощи является обеспечение прав граждан на получение доступной, безопасной и качественной сестрин-

ской помощи в условиях учреждений медико-социального обслуживания, соответствующей предъявляемым требованиям к современному уровню оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста.

Медицинские сестры учреждений медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста численно преобладают среди медицинского персонала учреждения и обладают достаточно большой самостоятельностью по организации и осуществле-

Володин Анатолий Владимирович — к. м. н., главный медицинский брат, доцент кафедры сестринского дела, главный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Оренбургской области; тел. 89058190541; e-mail: avolodvl@mail.ru

нию медицинского обслуживания пациента, что повышает их ответственность за качество предоставляемых услуг [1].

Оценка сестринской деятельности является важнейшим аспектом качества медицинской помощи, которое можно рассматривать как совокупность характеристик и медико-экономических показателей, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям и ожиданиям пациента, современному уровню технологий и медицинской науки [4].

Качество сестринской помощи рассматривается как характеристика, отражающая своевременность и правильность реализации этапов сестринского процесса с применением современных сестринских технологий, соблюдением алгоритмов сестринских стандартов деятельности и выполнением медицинской сестрой своих непосредственных обязанностей в соответствии с возможностями конкретного учреждения [2].

Для достижения высокого уровня качества медицинской, в том числе сестринской помощи необходимо обеспечить надлежащие условия для пациентов при оказании сестринским персоналом медицинских услуг. На территории Оренбургской области преобладают два вида учреждений медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста. Это отделения сестринского ухода, являющиеся структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, и дома-интернаты для престарелых и инвалидов. Отделения сестринского ухода создаются в целях повышения доступности медицинской помощи пациентам, нуждающимся в круглосуточном сестринском уходе, при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача. В них отмечаются недостатки материально-технической базы, набора помещений и оснащенности отделения. Как правило, помещения, где расположены отделения сестринского ухода, являются приспособленными и не соответствуют требованиям, предъявляемым к обеспечению условий пребывания граждан пожилого, старческого возраста, инвалидов [10].

Недостаток трудовых ресурсов в настоящее время характерен для многих учреждений здравоохранения и социальной сферы. По данным многочисленных исследований, основными причинами оттока сестринских кадров из отрасли являются низкий уровень оплаты труда, высокий уровень физической и психологической нагрузок.

При решении вопросов штатного обеспечения деятельности отделений сестринского ухода не учитывается специфика работы медицинского персонала. В отделениях медицинским сестрам приходится вы-

полнять несвойственные им функции социальных работников при оформлении (восстановлении) утраченных пациентами личных документов и психологов, так как имеет место повышенная психоэмоциональная нагрузка при работе с пожилыми. Недостаток персонала способствует снижению качества сестринского ухода и нарушению технологий оказания медицинской помощи пациентам, среди которых имеются нетранспортабельные больные, а также возможным ошибкам при выполнении стандарта сестринской деятельности.

Дома-интернаты для престарелых и инвалидов как стационарные учреждения более приспособлены для обслуживания граждан пожилого возраста. Пациенты проживают в благоустроенных комнатах. Все жилые комнаты оснащены необходимыми гигиеническими средствами и инвентарем в соответствии с утвержденными нормами. Учреждения оснащены современным оборудованием, что позволяет сестринскому персоналу качественно и безопасно оказывать медицинские услуги и достигать более высоких результатов.

Положительную роль в обеспечении качества сестринской помощи играет уровень профессиональной подготовки медицинской сестры. В современных условиях развития сестринской практики и отрасли здравоохранения в целом предъявляются дополнительные требования к составу компетенций, необходимых высококвалифицированному специалисту. Решение данной проблемы возможно за счет организации дополнительного обучения медицинских сестер без отрыва от основного места работы. Оптимальной формой дополнительного обучения является организация тематических семинаров или конференций в условиях учреждения. При этом приоритетными вопросами, рассматриваемыми на семинарах, должны быть вопросы, касающиеся особенностей ухода за пожилыми пациентами, применения новых технологий практической деятельности и форм психологического взаимодействия с пациентами соответствующего возраста.

По данным многочисленных исследований, отсутствие или несовершенство сестринской документации является одной из проблем обеспечения качества сестринской помощи. Сестринская документация способствует учету всех проведенных мероприятий в отношении пациента и повышению контроля качества за оказанием медицинской помощи. На сегодняшний день в учреждениях здравоохранения отсутствуют стандартные формы сестринской документации, поэтому каждое учреждение вынуждено самостоятельно разрабатывать необходимый пакет документов для обеспечения деятельности медицинской сестры.

Общей проблемой, характерной для учреждений, обслуживающих пожилое население, является проблема стандартизации сестринской деятельности.

Стандарты сестринской деятельности служат основой для определения эффективности и безопасности выполнения сестринским персоналом различных видов деятельности и являются эталоном для определения правильности и оценки качества их выполнения. На данный момент в нашей стране вступили в действие национальные стандарты Российской Федерации ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования», ГОСТ Р 52623.2-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия. Иммобилизация. Бандажи. Ортопедические пособия», ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода», ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» [6, 7, 8, 9]. Данные нормативно-правовые документы унифицируют процессы выполнения простых медицинских услуг медицинским персоналом в учреждениях различных форм собственности и ведомственного подчинения и являются основным эталонным инструментом при оценке качества выполнения мероприятий по оказанию лечебно-диагностической помощи и уходу за лицами пожилого возраста.

Кроме того, сестринский персонал учреждений медико-социального обслуживания нуждается в организационных стандартах деятельности сестринского персонала. Организационные стандарты представляют собой комплекс мероприятий, направленный на совершенствование организации процесса оказания медико-социальной помощи и труда средних медицинских работников. Разработка локальных организационных документов с четким распределением функциональных обязанностей позволит руководителю сестринских служб улучшить процесс управления персоналом.

Реализация основных задач управления качеством сестринской помощи зависит от эффективной организации условий оказания медико-социальной помощи и проведения контролируемых мероприятий.

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов и организаций» [5].

В каждом учреждении медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста должна быть создана комплексная организационная структура управления качеством сестринской помощи, включающая в себя субъекты, осуществляющие контроль,

методы, показатели и критерии контроля, способы оценки результативности и мониторинг удовлетворенности пациентов, а также планирование мероприятий, направленных на улучшение качества сестринской помощи. Как правило, выделяются три уровня контроля и организовывается информационное взаимодействие между ними.

В качестве основных субъектов контроля выступают руководители сестринских служб различного уровня — старшая и главная медицинские сестры, имеющие высшее сестринское образование и дополнительную подготовку по вопросам оценки качества и проведения экспертизы качества медицинской помощи [5].

Характерными управленческими решениями по улучшению качества сестринской помощи могут стать решение кадровых вопросов (укомплектованность кадров, нормирование труда персонала, материальное стимулирование сотрудников и т. д.), повышение профессионального уровня сестринских кадров, улучшение материально-технического оснащения подразделений/учреждения, совершенствование и внедрение сестринской документации, разработка и внедрение стандартов сестринской деятельности.

Таким образом, система управления качеством сестринской помощи в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, предназначена способствовать повышению качества сестринского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Габоян, Я. С. Экспертная оценка деятельности медицинских сестер стационара / Я. С. Габоян // *Медицинская помощь*. — 2008. — № 3. — С. 41-43.
2. Ключникова, В. Е. Проблемы организации сестринской работы в геронтологии / В. Е. Ключникова // *Медицинская сестра*. — 2008. — № 10. — С. 23-26.
3. Комаревцева, Н. Б. Роль медицинской сестры в повышении качества медицинской помощи / Н. Б. Комаревцева, Л. Н. Радышевская // *Поликлиника*. — 2006. — № 2. — С. 105-106.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323. -<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>
5. Новокрещенова, И. Г. Управление качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым / И. Г. Новокрещенова, В. В. Чунакова, Н. А. Семикина. — http://vrach-aspirant.ru/articles/health_organization/13346/
6. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выпол-

нения простых медицинских услуг функционального обследования». — <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>

7. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31.03.2015 № 198-ст. Об утверждении национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 52623.2-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия. Иммобилизация. Бандажи. Ортопедические пособия». — <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>

8. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31.03.2015 № 199-ст «Об утверждении национального стандарта Российской Федерации

ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». — <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>.

9. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31.03.2015 № 200-ст «Об утверждении национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств». — <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. N 187н «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Приложение N 13 — <http://base.garant.ru/71014388/#ixzz4BjSkNuIj>

УДК 616.1-07-08:616-052-053.9

П. Ю. ГАЛИН

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Оренбургский государственный медицинский университет

P. YU. GALIN

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MAIN CHRONIC CARDIOVASCULAR DISEASES IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Orenburg State Medical University

Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, сами по себе не являясь первичным механизмом старения, во многом определяют интенсивность его развития. Они, во-первых, значительно ограничивают адаптационные возможности стареющего организма, во-вторых, создают предпосылки для развития патологии, являющейся основной причиной смерти человека — атеросклероза, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и мозга, хронической сердечной недостаточности.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ.

АГ чрезвычайно распространена во всем мире и находится в диапазоне 30–45% общей популяции, с резким возрастанием по мере старения. Если диагностика АГ у лиц пожилого возраста не вызывает больших затруднений, то определение целевых цифр АД и выбор наиболее оптимальной терапии являются предметом дискуссий, при этом понимая, что основной целью лечения АГ у лиц пожилого возраста такие же,

как и у молодых пациентов, — снижение риска сердечно-сосудистых осложнений. Прямые доказательства целесообразности гипотензивной терапии у лиц 80 лет и старше были получены лишь в 2008 году, когда досрочно завершилось исследование HYVET, в котором у пациентов старше 80 лет с изолированной систолической АГ (ИСАГ) назначение индапамида и при необходимости с добавлением периндоприла привело к снижению общей смертности и основных сердечно-сосудистых событий в группе активного лечения по сравнению с плацебо.

Медикаментозная терапия лиц пожилого возраста является одной из самых сложных проблем клинической гериатрии, поскольку у них имеется повышенная реакция на любые гипотензивные препараты, обусловленная возрастными изменениями организма. Для лечения АГ рекомендованы пять основных классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина I (БРА), блокаторы медленных кальциевых каналов или антагонисты кальция (АК), β-адреноблокаторы (БАБ) и диуретики. Все они могут быть использованы

Галин Павел Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_therapy@orgma.ru

и в пожилом возрасте, поскольку продемонстрировали в РКИ положительное влияние антигипертензивной терапии, однако при ИСАГ в исследованиях в основном применялся диуретик или антагонист кальция, что и предопределило их препаратами выбора при данном типе АГ.

Кроме того, существуют еще два класса антигипертензивных средств, которые имеют вспомогательное значение и могут использоваться в особых клинических ситуациях, как правило, в дополнении к основной терапии — агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР) и α -адреноблокаторы.

В любом случае, выбирая антигипертензивную терапию, моно- или комбинированную, для пожилых пациентов необходимо ориентироваться не только на противопоказания к группам препаратов, но и на практически всегда имеющуюся сопутствующую патологию/клиническую ситуацию, при которых имеются доказательства улучшения прогноза (например, БАБ у лиц, перенесших ИМ, иАПФ при ХСН и т. п.). При часто встречающейся цереброваскулярной патологии АД должно снижаться постепенно, с учётом индивидуальной переносимости и не вызывать эпизодов гипотонии, особенно в ночные часы. Следует избегать назначения антигипертензивных препаратов, вызывающих ортостатическую гипотонию (например, короткодействующие антагонисты кальция).

В итоге на основании имеющейся доказательной базы ESC (2013) были сформулированы основные рекомендации по тактике антигипертензивной терапии у больных пожилого и старческого возраста:

- существует солидная доказательная база, чтобы рекомендовать больным АГ пожилого и старческого возраста с уровнем САД ≥ 160 мм рт. ст. снижение САД до уровня 140–150 мм рт. ст. (класс I, уровень A);
- у больных АГ в возрасте < 80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, антигипертензивная терапия может считаться целесообразной при САД ≥ 140 мм рт. ст., а целевые уровни САД могут быть установлены < 140 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости терапии (класс IIb, уровень C);
- у больных старше 80 лет с исходным САД ≥ 160 мм рт. ст. рекомендуется снижать САД до уровня 140–150 мм рт. ст., при условии, если они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья (класс I, уровень B);
- у ослабленных больных пожилого и старческого возраста рекомендуется оставлять решение об антигипертензивной терапии на усмотрение лечащего врача, при условии наблюдения за клинической эффективностью лечения (класс I, уровень C);
- когда больной АГ, получающий антигипертен-

зивную терапию, достигает 80 лет, целесообразно продолжать эту терапию, если она хорошо переносится (класс IIa, уровень C);

- у больных АГ пожилого и старческого возраста могут использоваться любые антигипертензивные препараты, хотя при изолированной систолической АГ предпочтительны диуретики и антагонисты кальция (класс I, уровень A).

Стабильная ИБС. Распространенность ИБС резко увеличивается с возрастом. У людей старше 70 лет стабильная стенокардия встречается у 15–25%, выше распространенность атипичной стенокардии, безболевой ишемии миокарда (ББИМ), что необходимо учитывать при диагностике ИБС.

У пожилых с подозрением на стенокардию ведущее значение приобретает тщательный сбор жалоб и анамнеза, принимая во внимание нарушения памяти, трудности в общении, малоподвижность, повышенную распространенность атипичных форм заболевания. Однако выявленные жалобы и симптомы у пожилых пациентов с ИБС, как правило, специфичнее, чем у лиц молодого возраста.

В гериатрической практике инструментальная диагностика ИБС имеет ряд особенностей:

1. ЭКГ, снятая в покое, несмотря на то, что является обязательным методом диагностики, как правило, дает мало информации для диагностики стенокардии, поскольку последняя носит преходящий характер. Наиболее достоверным признаком ИБС в данном случае является выявление патологических зубцов Q, что в большинстве случаев, но не всегда, является признаком перенесенного инфаркта миокарда. Кроме того, если в пожилом возрасте выявляются существенные нарушения проводимости, такие как полная блокада ножек пучка Гиса, атриовентрикулярные блокады, то это чаще всего свидетельствует о хронической ИБС.

2. Нагрузочные ЭКГ-пробы, которые в молодом и среднем возрасте имеют существенное значение для диагностики ИБС, в гериатрической практике часто теряют свою актуальность, что связано с рядом обстоятельств. Во-первых, часто встречающиеся изменения на ЭКГ покоя (комплекс QRST), в том числе ятрогенные, затрудняют интерпретацию при проведении проб. Во-вторых, сопутствующая патология и детренированность, в большинстве случаев, не позволяют проводить пробы (противопоказаны или невозможно достичь субмаксимальной ЧСС).

3. Несмотря на то, что суточное мониторирование ЭКГ имеет меньшую информативность в выявлении преходящей ишемии миокарда по сравнению с нагрузочными пробами, с учетом вышесказанного, этой методике в гериатрической практике может предаваться большее значение, в том числе для диагностики безболе-

вой ишемии миокарда, которая чаще встречается в пожилом возрасте и при стенокардитических симптомах, сопровождающихся нарушениями ритма сердца, а также при подозрении на вазоспастическую стенокардию.

4. При проведении ЭхоКГ у пожилых важно оценить не только параметры центральной гемодинамики, функцию миокарда, но и клапанный аппарат, в первую очередь, состояние аортального клапана, поскольку аортальный стеноз значительно усугубляет течение ИБС.

5. В сомнительных диагностических случаях целесообразно проведение тестов, проведение которых не сопровождается гипервентиляцией, нагрузкой на опорно-двигательный аппарат или избыточным повышением АД: стресс-ЭхоКГ с фармакологической пробой, ЧПЭС, сцинтиграфия миокарда, коронароангиография. В последние годы в диагностике СИБС все большее значение придается визуализирующим методам диагностики.

Подводя итог особенностям диагностики ХИБС в гериатрии, необходимо подчеркнуть, что основным методом, который в большинстве случаев позволяет поставить диагноз стабильной стенокардии у пожилого пациента, является опрос жалоб и сбор анамнеза, что особенно актуально для мужчин старше 70 лет с типичными симптомами ввиду высокой предстеновой вероятности. В этой же возрастной группе для женщин, несмотря на типичные симптомы, предстеновая вероятность средняя, что требует дополнительного инструментального обследования (желательно стресс-визуализирующие методы). Последнее относится и к пожилым мужчинам с атипичными симптомами и неангинозной болью.

Вне зависимости от возраста лечение стенокардии преследует две основные цели — улучшение прогноза и уменьшение симптомов заболевания. Согласно последним рекомендациям (ESC 2013, национальные клинические рекомендации 2013), предлагается следующая фармакотерапия пациентов со стабильной ИБС.

- Для улучшения прогноза (профилактика событий): ацетилсалициловая кислота (АСК) ежедневно в низкой дозе, клопидогрел при непереносимости АСК, всем статины, иАПФ (или БРА) при наличии других состояний (ХСН, АГ, СД).

- Для устранения стенокардии/ишемии: короткодействующие нитраты при приступах, терапия 1-й линии (БАБ или АК для контроля ЧСС и симптомов), терапия 2-й линии (продолжительные нитраты, ивабрадин, никорандил, ранолазин, триметазидин). В зависимости от сопутствующих заболеваний и переносимости показано использование препаратов 2-й линии в качестве препаратов 1-й линии у отдельных пациентов.

Особенности использования некоторых препаратов в гериатрической практике.

Антитромбоцитарные препараты. АСК — рекомендуется в дозе 75-150 мг/сут. вне зависимости от возраста, но риск кровотечений у пожилых пациентов может быть более высоким. Клопидогрел в дозе 75 мг/сут. реже вызывает диспепсию и желудочно-кишечные кровотечения по сравнению с АСК.

Статины — препараты выбора у больных ИБС. У пожилых пациентов период выведения статинов замедлен, поэтому потенциальный риск развития осложнений у них выше. В ряде исследований показано улучшение прогноза у пожилых при приеме статинов. С точки зрения безопасности назначать статины лицам пожилого возраста нужно с минимальной дозы, причем предпочтение следует отдать гидрофильным статинам (правастатин и розувастатин). Следует учитывать, что у пожилых женщин субтильного телосложения, получающих много препаратов, риск развития миопатии, рабдомиолиза и СД при приеме статинов повышен.

Рекомендации по лечению дислипидемии у пациентов пожилого возраста (РКО, 2012):

- назначение статинов показано пациентам пожилого возраста с установленным ССЗ, так же как и пациентам молодого возраста (класс I, уровень B);

- у пациентов пожилого возраста часто встречаются сопутствующие заболевания, которые могут влиять на фармакокинетику лекарств, поэтому липидснижающую терапию рекомендуется начинать с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня (класс I, уровень C);

- назначение статинов возможно пациентам пожилого возраста, не страдающих ССЗ, при наличии как минимум одного дополнительного выраженного фактора риска, помимо возраста (класс IIa, уровень B).

Антиангинальные препараты. Такие препараты, как БАБ, ивабрадин, нитраты, никорандил, АК, активно влияют на гемодинамику (изменение ЧСС, вазодилатация), что обосновывает их эффективность в плане уменьшения симптомов заболевания, но в пожилом возрасте могут плохо переноситься ввиду более частого развития побочных эффектов, что требует использования малых доз, особенно в начале терапии с постепенной титрацией препаратов. При плохой переносимости или противопоказаниях показана терапия антиишемическими препаратами негемодинамического действия, такими как ранолазин или триметазидин.

Если комбинированная антиангинальная терапия, как правило, двухкомпонентная, не позволяет уменьшить симптомы заболевания, целесообразно оценить возможность проведения *реваскуляризации миокарда*. Пожилой возраст сам по себе не является препятствием

к инвазивным вмешательствам, но сопровождается более высоким риском осложнений, что в комплексе с сопутствующими заболеваниями должно учитываться при решении вопроса о реваскуляризации миокарда.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.

По данным Фремингемского исследования, ХСН ежегодно развивается у 1% лиц в возрасте 70–79 лет и почти у 10% — в возрасте 80–89 лет. По данным Российских эпидемиологических исследований (ЭПОХА-ХСН, ЭПОХА-О-ХСН), более 65% больных ХСН находятся в возрасте от 60 до 80 лет.

Особенностью ХСН у лиц пожилого и старческого возраста является ее полиэтиологический характер. В большинстве случаев имеется несколько заболеваний, которые могут вызывать нарушение функции сердца, например ИБС в сочетании с АГ (более половины больных) и/или СД, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения. Одновременно в старческом возрасте могут развиваться аортальный стеноз или сенильный амилоидоз, а также мерцание предсердий или почечная недостаточность, которые могут быть основной причиной ХСН или всего лишь усугублять ХСН, вызванную другими заболеваниями.

Особенности диагностики ХСН у пожилых пациентов. Постановка диагноза ХСН возможна при наличии двух ключевых критериев:

1. Характерные симптомы и/или клинические признаки сердечной недостаточности (главным образом одышки, утомляемости и ограничении физической активности, отеков лодыжек), выявленные в покое и/или при нагрузке.

2. Объективные признаки дисфункции сердца, т. е. объективные доказательства того, что эти симптомы связаны с повреждением сердца, а не каких-либо других органов (например, с заболеваниями легких, анемией, почечной недостаточностью), выявленные в покое.

Сложность диагностики ХСН у пожилых обусловлена наличием полиорганной недостаточности, более частыми осложнениями, включая нарушения сердечного ритма, полиморбидностью, в том числе сочетанием с сахарным диабетом типа 2, дисциркуляторной энцефалопатией, бронхообструктивными заболеваниями и другими. «Классическая триада» сердечной недостаточности — одышка, отеки ног и влажные хрипы в легких — нередко встречаются и при других заболеваниях или нивелируются частой или длительной, вплоть до постоянной, проводимой терапией в преклонном возрасте других заболеваний, что делает их малочувствительными и/или низкоспецифичными для диагностики ХСН. Еще в большей степени это относится к таким симптомам СН, как утомляемость и сердцебиение.

При ХСН у пожилых и престарелых нередко нет манифестных симптомов СН, проявлениями которой могут быть ощущение нехватки воздуха, одышка при физической нагрузке и без нее, покашливание, тахикардия, нарушения ритма сердца. Нередки расстройства церебрального кровообращения — повышенная («беспричинная») утомляемость, снижение физической, умственной работоспособности, головокружения, шум в ушах, нарушение сна, возбуждение, сменяющееся длительной депрессией. Периферические отеки у лиц старческого возраста — не обязательно следствие ХСН. Они могут быть связаны с повышенной гидрофильностью тканей, снижением коллоидно-осмотического давления крови, замедлением кровотока, уменьшением фильтрационной способности почек, варикозным расширением вен, адинамией, хроническими болезнями почек, печени и другими.

Исходя из вышеизложенного, очевидно, что в каждом конкретном случае предположительный диагноз ХСН необходимо подтвердить объективными методами, оценивающими состояние сердца. Этот принцип диагностики ХСН не зависит от возраста.

В итоге, рассуждая о постановке диагноза ХСН лицам пожилого и старческого возраста, возможно исходить из следующего:

1. Большинство пациентов пожилого и старческого возраста страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или приравненными к ним по прогнозу и развитию СН болезнями (сахарный диабет, хроническая болезнь почек и т. д.).

2. Вероятность развития ХСН высока и присуща большинству пациентов преклонных лет.

3. Ориентируясь только на клинические симптомы заболевания (жалобы больных), особенно без предшествующих явных этиологических причин, высока вероятность ошибочной постановки диагноза.

4. Диагноз ХСН должен быть объективизирован доступными методами исследования, преимущественно ЭхоКГ.

5. В затруднительных диагностических случаях склониться в пользу постановки диагноза ХСН с учетом первых двух пунктов. В данном случае может помочь положительный ответ на терапию ХСН.

6. При принципиальном решении вопроса о постановке диагноза ХСН оценить уровень натрийуретических пептидов, но данная методика широко не распространена в доступной клинической практике.

Лечение ХСН не зависит от возраста и осуществляется по общим принципам, изложенным в национальных рекомендациях по сердечной недостаточности. При этом необходимо учитывать изменение фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у лиц пожилого и старческого возраста, что

требует адекватного подбора дозировок препаратов, начиная с малых стартовых доз с дальнейшим медленным титрованием.

Алгоритм лечения ХСН

(Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ

по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр), 2013)

А) Ингибиторы АПФ являются обязательными препаратами, начиная с I ст. ХСН, и их назначение является необходимым на всех этапах прогрессирования болезни. Предпочтительным выбором можно считать каптоприл, эналаприл, периндоприл и фозиноприл. При сохранной функции почек можно использовать и лизиноприл.

В) При непереносимости иАПФ терапия может начинаться и с АРА, предпочтительно с наиболее изученного именно при ХСН кандесартана. Также возможно назначение лозартана или валсартана.

С) При I ФК можно ограничиться назначением только блокатора РААС.

Д) Начиная со II ФК, целесообразно применение тройной нейрогормональной блокады (блокатор РААС + β -АБ + АМКР).

Е) Из β -АБ к применению в лечении ХСН рекомендованы: бисопролол, карведилол, метопролола сукцинат замедленного выведения и небиволол. Эффективность лечения зависит от степени снижения ЧСС.

Ф) При синусовом ритме с ЧСС более 70 уд/мин. и непереносимости β -АБ вместо них может использоваться ивабрадин.

Г) Из АМКР применение спиронолактона должно быть ограничено ХСН III-IV ФК и периодами обострения декомпенсации. Применение эплеренона показано пациентам II-IV ФК и является оптимальным при длительном лечении больных.

Н) При отсутствии задержки жидкости в организме можно ограничиться назначением трех нейрогормональных модуляторов (иАПФ + β -АБ + АМКР) пациентам с ХСН II-IV ФК.

И) При наличии застойных явлений к терапии должны быть присоединены диуретические средства, наиболее эффективным и безопасным из которых является торасемид. При более выраженной задержке жидкости возможно сочетание петлевых (торасемид) тиазидных диуретиков и ингибиторов карбоангидразы.

Ж) Если подобная терапия не позволяет достигать состояния компенсации, должна быть проведена оценка систолической функции ЛЖ. При сохранной ФВ ЛЖ (> 40%) в настоящее время нет доказательств, что какое-либо дополнительное лечение может положительно влиять на прогноз больных ХСН.

К) У больных со сниженной ФВ ЛЖ следующим критерием оценки является определение характера основного ритма и ЧСС.

Л) При синусовом ритме с ЧСС более 70 уд/мин., несмотря на терапию β -АБ (при невозможности безопасного увеличения их дозировок), целесообразно дополнительное назначение ивабрадина.

М) При ФП и ЧСС, по крайней мере, более 85 уд/мин. рекомендовано назначение невысоких доз дигоксина (концентрация в плазме не должна превышать 1,1 нг/мл).

Н) При ФП назначение антикоагулянтов является обязательной процедурой независимо от стадии болезни и ЧСС. При синусовом ритме даже при наличии внутрисердечного тромбоза эффективность антикоагулянтов не полностью доказана. Антиагреганты не могут адекватно заменить антикоагулянты в предотвращении риска тромбоэмболических осложнений.

О) Если и при этом не достигается состояние компенсации, следующим критерием оценки является определение морфологии и ширины комплекса QRS.

Р) При наличии БЛНПГ и широком комплексе QRS (≥ 120 мс) у больных ХСН II-IV ФК применяется метод СРТ (трехкамерная стимуляция сердца). Эффективность СРТ выше при синусовом ритме и более тяжелой ХСН III-IV ФК. При ФП необходима либо дополнительная РЧА абляция атриовентрикулярного соединения, или оптимальный медикаментозный контроль ЧСС, позволяющий добиваться не менее 95% навязанных комплексов.

Q) В настоящее время используются аппараты, объединяющие ресинхронизатор и ИКД.

Р) Постановка ИКД (лучше вместе с СРТ) показана для первичной и вторичной профилактики ВСС у больных ХСН II-IV ФК с низкой ФВ ЛЖ вне зависимости от ширины комплекса QRS.

С) Для снижения риска общей и внезапной смерти возможно применение препаратов омега-3 ПНЖК.

Т) Если и в этом случае не удастся добиться состояния компенсации, дополнительно может быть использован дигоксин, у лиц черной расы комбинация вазодилататоров или хирургические методы лечения.

У) Дигоксин при синусовом ритме наиболее эффективен у больных ХСН III-IV ФК с увеличенными размерами сердца (КТИ > 0,55) и низкой ФВ ЛЖ (< 30%) и позволяет на 1/3 снижать риск обострения ХСН и повторных госпитализаций.

В) Пересадка сердца может быть последним шансом спасения жизни больных с терминальной ХСН. Ограничениями являются: недостаток донорского материала, необходимость пожизненной иммуносупрессивной терапии и необходимость постоянного мониторинга состояния больных с пересаженными

ми сердцами, что требует существенных финансовых затрат. В качестве альтернативы возможно использование искусственных желудочков сердца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Пациенты пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны получать

рациональное лечение, направленное на уменьшение симптомов заболевания и увеличение продолжительности качественной жизни, в основе которого лежат представления об особенностях стареющего организма, возрастных изменениях фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов.

УДК 616.853-052-053.9

А. П. ГЕРЦЕН, А. А. ИСКАНДЕРОВА, О. И. ВОЛКОВА

ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА — КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

A. P. GERTSEN, A. A. ISKANDEROVA, O. I. VOLKOVA

DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS — CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF COMORBIDITY IN EPILEPTIC GERIATRIC PATIENTS

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

ВВЕДЕНИЕ.

Одной из проблем при диагностике и лечении пациентов с эпилепсией являются неэпилептические приступы, в т. ч. нередко встречающиеся диссоциативные (конверсионные) расстройства. R. Lesser такие пароксизмальные расстройства определяет как «случаи искаженных движений, чувств или ощущений, похожих на эпилептические приступы, но обусловленные психологическим процессом и не связанные с аномальной электрической активностью мозга».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — на основании клинико-нейрофизиологического сопоставления и психологического тестирования оценить частоту встречаемости конверсионных расстройств у геронтологических пациентов с диагнозом «эпилепсия» и эффективность лечения комбинацией малых нейролептиков и антидепрессантов, в частности пипофезином и алимемазином тартратом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Обследовано 55 человек в возрасте старше 60 лет, из них 15 мужчин и 40 женщин. Из них с парциальной

формой эпилепсии — 12 мужчин и 30 женщин, с идиопатической формой — 3 мужчин и 10 женщин. Не учитывались вид приступов и прием противосудорожной терапии.

Критерии включения:

– установленный диагноз эпилепсия более 2-х лет назад с частотой приступов от 1 до 10 раз в месяц, не приводящих к травматизации;

– неэффективность стартовой противосудорожной терапии;

– наличие обследования: развёрнутый ОАК с тромбоцитами, ПТИ, БАК (АлАТ, АсАТ, белок, билирубин, щелочная фосфатаза, амилаза, мочевины, креатинин, глюкоза), электролиты крови (натрий, калий, кальций, магний), ОАМ, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, окулист (осмотр глазного дна), заключение терапевта, подтверждающее отсутствие соматической патологии, которая может имитировать пароксизмальные расстройства сознания.

Критерии исключения:

– получение травм во время приступов, наличие соматической патологии с синкопальными состояниями, тяжелые когнитивные расстройства;

– отсутствие комплаентности.

Оценивали частоту и характер приступов, результаты экспериментально-психологического исследования. Для объективизации когнитивных и аффективных расстройств применяли психологические методы исследования: шкала Бека, шкала Спилбергера-Ханина, СМИЛ, MMSE. Параметры экспериментально-психологического исследования сопоставляли до назначения терапии (пипофезин 50 мг/сут., алимемазина тартрат 5мг/сут. н/ночь) и

Герцен Антон Петрович — врач-невролог, заведующий Центром медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов (областного центра диагностики и лечения эпилепсии); тел. 8922627467; e-mail: antngercen@rambler.ru

Искандерова Анастасия Алексеевна — врач-психотерапевт Центра медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов (областного центра диагностики и лечения эпилепсии); тел.: 8 (3532) 62-02-56, 8 (3532) 63-03-42; e-mail: ogww@yandex.ru

Волкова Ольга Игоревна — медицинский психолог Центра медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов (областного центра диагностики и лечения эпилепсии); тел.: 8 (3532) 62-02-56, 8 (3532) 63-03-42; e-mail: ogww@yandex.ru

через 4 мес. Частоту и характер приступов оценивали до назначения терапии и после ее назначения в сроки через 1, 3 и 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

После обследования у 6 пациентов (10,9%) поставлен диагноз конверсионных расстройств, при этом все пациенты были женщинами, четверо из них имели диагноз идиопатической эпилепсии, двое — парциальной эпилепсии. На фоне терапии клиническая ремиссия наступила в интервале от 1 до 6 мес. с последнего посещения у 4 пациентов с идиопатической эпилепсией. Снижение частоты приступов более чем на 50% — у 2 пациентов с симптоматической эпилепсией.

Результаты психологического тестирования выявили положительную динамику у всех пациентов, с полным или значительным регрессом психосоматических жалоб. Побочные эффекты в виде выраженной сонливости зафиксированы у одного пациента, отмена или коррекция доз препаратов не потребовалась. По данным экспериментально-

психологического исследования, у всех пациентов уменьшилась степень выраженности аффективных расстройств.

ВЫВОДЫ.

Психогенные неэпилептические приступы и истинные эпилептические приступы часто сочетаются, что обуславливает высокую частоту ошибочного диагноза эпилепсии. В данной категории пациентов ошибочный диагноз был у 10,9% пациентов. Вовремя не распознанная коморбидность может привести к необоснованной коррекции противоэпилептической терапии и отсутствию лечения диссоциативного расстройства. В данном клиническом наблюдении выявлена высокая эффективность терапии сочетанием малых нейролептиков и антидепрессантов (пипофезин 50 мг/сут., алимемазина тартрат 5 мг/сут.) как в отношении частоты конверсионных приступов, так и степени выраженности сопутствующих аффективных расстройств в сочетании с хорошей переносимостью и безопасностью данных препаратов.

УДК 616.345-006:616.381-002]:616-052-053.9

Н. И. ГЛУШКОВ¹, Т. Л. ГОРШЕНИН²

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹ — Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

² — Санкт-Петербургский «Госпиталь для ветеранов войн»

N. I. GLUSHKOV¹, T. L. GORSHENIN²

COLON CANCER COMPLICATED WITH DIFFUSE PERITONITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

¹ — North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov

² — Saint-Petersburg hospital for war veterans

Проблема лечения распространенного перитонита (РП) сохраняет свою актуальность. Одной из причин возникновения РП являются осложнения рака толстой кишки. Повсеместно возрастающая заболеваемость колоректальным раком, его значительное «постарение», а также большое количество запущенных и осложненных форм требуют поиска путей улучшения результатов лечения этой категории больных.

С 2008 по 2014 гг. в госпитале для ветеранов войн (ГВВ) оперировано 482 пациента с осложнениями рака толстой кишки в возрасте от 66 до 98 лет. Из них у 39 (8%) больных развившиеся осложнения

привели к формированию РП. Причинами РП явились: диастатическая перфорация правых отделов толстой кишки как результат декомпенсированной обтурационной кишечной непроходимости — 11 пациентов (28,2%); перфорация опухоли вследствие прогрессирования некробиотических процессов — 19 (48,7%) больных; параканкрозное абсцедирование с прорывом абсцесса в свободную брюшную полость — 9 (23,1%) пациентов. В первые 24 часа от момента начала заболевания госпитализированы 20 пациентов, 19 пациентов доставлены в ГВВ позже 24 часов, при этом 14 пациентов — позже 4 суток. Тяжесть состояния больных оценивали, используя шкалу SAPS II. Оценка операционно-анестезиологического риска проводилась согласно шкале ASA. Для оценки вероятности послеоперационной летальности использовали шкалу CR-POSSUM, показатель которой варьировал от 38,456 до 96,627, составив в среднем 67,361.

Глушков Николай Иванович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии; тел. 89219441683; e-mail: s.steveopen@yandex.ru

Горшенин Тимофей Леонидович — к. м. н., заведующий 7-м хирургическим отделением; тел. 89118301265; e-mail: s.steveopen@yandex.ru

Все больные оперированы в экстренном порядке. Использовалась комбинированная анестезия — сочетание эндотрахеального наркоза с перидуральной анестезией. Согласно интраоперационным находкам у 20 пациентов выявлена IV стадия заболевания с признаками генерализации процесса в виде метастазов в печень и (или) канцероматоза брюшины. У 10 больных отмечено местное распространение опухоли на соседние органы без признаков отдаленного метастазирования. Наиболее часто опухоли локализовались в сигмовидной кишке — 14 пациентов, и в ректосигмоидном отделе — 9 пациентов. Во всех случаях констатировался РП. Характер выпота был гнойным в 18 случаях, гнойно-фибринозный — в 15 случаях, и у 6 больных — каловый. Объем операций зависел от операционной находки, фазы перитонита, тяжести состояния пациента, стадии онкологического процесса, резектабельности опухоли. Симптоматические операции выполнены 17 больным, паллиативные — 8, радикальные — 14 больным. В 14 случаях выполнены стомирующие операции (илеостома — 2; цекостома — 5; трансверзостома — 3; сигмостома — 4), у 15 пациентов выполнена операция типа Гартмана, правосторонняя гемиколэктомия выполнена 4 пациентам, в двух случаях — субтотальная колэктомия. В четырех случаях при диастатической перфорации слепой и восходящей ободочной кишки выполнена резекция правых отделов толстой кишки с формированием илеотрансверзостомы. Послеоперационные осложнения развились у 24 пациентов. При этом у 8 пациентов отмечено сочетание осложнений. Наиболее частыми осложнениями были инфекция области операционного вмешательства и пневмония. Нередко нагноение раны сочеталось с эвентрацией разной степени выраженности. Гипостатическая пневмония в послеоперационном периоде развилась у 11 пациентов. Лечение этого осложнения осуществля-

лось с привлечением мультидисциплинарной бригады врачей-специалистов (пульмонологи, физиотерапевты, врачи лечебной физкультуры, эндоскописты). Некроз и миграция колостомы развилась у двух больных. Это потребовало релапаротомии с формированием новой стомы. Оба пациента умерли. Несостоятельность илео-трансверзоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии на третьи сутки развилась у одного больного. Было выполнено разобщение анастомоза с выведением илео-трансверзостомы. В последующем у этого пациента последовательно развились пневмония, желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка, потребовавшее эндемостаза, и тромбоэмболия легочной артерии, как непосредственная причина смерти.

После операций умерли 24 больных. При этом после симптоматических — 11 (64,7%), паллиативных — 7 (87,5%) и радикальных операций — 6 (42,8%) пациентов. Общая послеоперационная летальность составила — 61,5%. Причинами смерти в большинстве случаев была прогрессирующая интоксикация, полиорганная недостаточность, сепсис. В одном случае причиной летального исхода явилась ТЭЛА.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, по нашим данным, осложнения рака толстой кишки в 8% случаев приводят к формированию РП, основной причиной которого является перфорация опухоли. Эта патология сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью (61,5%). Причем наибольшие показатели послеоперационной летальности отмечаются после симптоматических и паллиативных операций, что, с одной стороны, может быть обусловлено оставлением очага инфекции в брюшной полости, а с другой — тем, что эти операции, как правило, носят вынужденный характер и применяются у особенно тяжелых пациентов.

УДК 616.366-002-07-08

Н. И. ГЛУШКОВ¹, С. В. ОПЕНЧЕНКО^{1,2}, Д. Х. АМИНОВ¹

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹ — Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

² — Санкт-Петербургский «Госпиталь для ветеранов войн»

N. I. GLUSHKOV¹, S. V. OPENCHENKO^{1,2}, D. KH. AMINOV¹

THE WAYS OF IMPROVING THE MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

¹ — North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

² — Saint-Petersburg hospital for war veterans

Глушков Николай Иванович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии; тел. 89219441683; e-mail: s.steveopen@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ.

В группе больных пожилого и старческого возраста поздняя диагностика острого холецистита и несвоевременное хирургическое вмешательство приводят

к тяжелым осложнениям. При острой хирургической патологии гепатобилиарной зоны большое значение имеет дезорганизация общей и органной гемодинамики. Оценка состояния кровотока в артериях чревного ствола и его ветвей возможна с помощью ультразвуковых и доплерографических методов исследования, которые являются доступными, высокоинформативными, неинвазивными.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ было изучение возможностей ультразвукового дуплексного сканирования чревного ствола и его ветвей в комплексной диагностике острого холецистита на дооперационном этапе у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В период с 2014 г. по февраль 2016 г. на базе госпиталя для ветеранов войн Санкт-Петербурга изучен результат обследования и лечения 86 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом. Средний возраст больных составил $78 \pm 6,1$ года, мужчин 23 и 63 женщины. Кроме стандартного режима «серой шкалы» оценивались диаметр сосудов, количественные и качественные доплеровские характеристики частотного сдвига (максимальная систолическая скорость (V_{max}), конечная диастолическая скорость (V_{min}), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI) в бассейне чревного ствола).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В группе пациентов пожилого и старческого возраста ультразвуковое исследование в режиме «серой шкалы» до операции позволило выявить признаки деструктивного холецистита (увеличение размеров желчного пузыря, утолщение и рас-

слоение стенки, наличие гиперэхогенной взвеси в просвете) у 27 (26%) пациентов. Изучение показателей гемодинамики в комплексной ультразвуковой диагностике острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста отмечено увеличение объемной скорости кровотока в бассейне чревного ствола. При остром холецистите V_{max} в среднем увеличилась до 145 см/сек., так же как и V_{min} — до 57 см/сек. у 59 пациентов. У этой группы больных в режиме «серой шкалы» имелись минимальные признаки острого холецистита в виде увеличения размеров желчного пузыря и умеренного утолщения стенки. Учитывая гемодинамические изменения, оперативное вмешательство в этой группе больных выполнялось в более ранние сроки. Хирургическое вмешательство у пациентов, где для диагностики применялся только режим «серой шкалы», выполнено в сроки от 18 до 56 часов от момента поступления. Средняя продолжительность послеоперационного периода в стационаре составила в этой группе больных в среднем 13 дней, 1 пациент погиб от ТЭЛА. В группе пациентов, где применялось УЗДС, хирургическое вмешательство выполнено в сроки от 6 до 12 часов. Средняя продолжительность послеоперационного периода в стационаре составила 8 дней, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ.

Применение ультразвукового дуплексного сканирования чревного ствола и его ветвей в комплексной диагностике острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет в ранние сроки диагностировать деструктивные изменения и своевременно выполнить хирургическое вмешательство.

УДК 614.253.8

И. В. ГОЛОВИНА, А. П. ГЕРЦЕН

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА, ОБРАТИВШЕГОСЯ АМБУЛАТОРНО В ГБУЗ «ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

I. V. GOLOVINA, A. P. GERTSEN

DYNAMICS OF COHORT STRUCTURE SEEKING MEDICAL ADVICE ON OUTPATIENT BASIS IN ORENBURG REGION CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL WAR VETERAN'S HOSPITAL

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

ВВЕДЕНИЕ.

В своем докладе «Стратегия развития России до 2020 года» В. В. Путин указал на необходимость масштабных инвестиций в человеческий капитал, в том числе в благополучие граждан старших возрастов.

Одной из мер социальной защиты этой категории населения является оказание медицинской помощи по приоритетному принципу.

Происходящие демографические процессы и постоянное улучшение качества медицинской помощи

обусловили постарение человечества. Пожилые люди более чем другие группы населения нуждаются в медицинском и социальном обеспечении, чаще болеют и потребляют больше бюджетных средств. На 2015 год на одного работающего приходится один нетрудоспособный. По данным различных российских отчетов, доля пожилого населения составляет 21,5% населения. Данная ситуация не может не сказываться на функционировании ООКПГВВ, так как он активно участвует в оказании специализированной помощи данной категории граждан, не говоря о том, что госпиталь взял на себя обязательства по оказанию помощи пациентам с патологией нервной системы, наиболее часто встречающейся в категории гериатрических пациентов и

участников боевых действий, создав на своей базе клинико-диагностический кабинет экстрапирамидной патологии и областной центр диагностики и лечения эпилепсии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — на основании статистических данных количественно оценить обращения пациентов по категориям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Оценивали структуру обращений по декретированным группам за 2013, 2014, 2015 годы обслуженных на бюджетной основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Данные о структуре обращений представлены в сводной таблице

Категория обращающихся	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Инвалиды Великой Отечественной войны	2267 (4,3%)	2105 (3,1%)	1651 (3,1%)
Участники Великой Отечественной войны	1666 (3,2%)	1385 (2,0%)	1083 (2,0%)
«Чернобыльцы»	910 (1,7%)	– 0 (0)	761 (1,4%)
Участники Афганской войны	5743 (10,9%)	7341 (10,8%)	6475 (12,1%)
Сотрудники	4339 (8,2%)	8427 (12,4%)	6667 (12,4%)
Ветераны тыла, репрессированные	7619 (14,5%)	7706 (11,4%)	6244 (11,7%)
Другие гражданские	16322 (31,0%)	23789 (35,1%)	12153 (22,7%)
Инвалиды российской армии	783 (1,5%)	997 (1,5%)	1163 (2,2%)
Участники военных действий в Чечне	4292 (8,1%)	5531 (8,2%)	6071 (11,3%)
Гериатрические пациенты	6440 (12,2%)	7200 (10,6%)	8242 (15,4%)
Подразделения особого риска	661 (1,3%)	1583 (2,3%)	526 (1,0%)
Блокадники Ленинграда	209 (0,4%)	0 (0,0%)	156 (0,3%)
Узники фашизма	96 (0,2%)	0 (0,0%)	108 (0,2%)
Участники Тоцких событий	0 (0,0%)	0 (0,0%)	914 (1,7%)
Ветераны Вооруженных Сил	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Семьи погибших	1357 (2,6%)	1676 (2,5%)	862 (1,6%)
Военнослужащие	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Дети войны	0 (0,0%)	0 (0,0%)	484 (0,1%)
Всего	52706 (100%)	67740 (100%)	53558 (100%)

ВЫВОДЫ.

Анализ структуры обращений среди контингента показывает уменьшение количества пациентов кате-

гории, относящейся к событиям Второй мировой войны, с одновременным нарастанием категории пациентов участников боевых действий в Афганистане и Чечне, как результат старения населения. Кроме того, что традиции выполнения по медицинскому обслуживанию социально значимой категории пациентов, в госпитале наблюдается постепенный прирост обращений гериатрических пациентов. Регистрируются стабильные цифры гражданского населения, страдающего эпилепсией и экстрапирамидной патологией.

Головина Ирина Вячеславовна — заведующая консультативно-диагностической поликлиникой, главный внештатный специалист МЗ Оренбургской области по медицинскому обслуживанию ветеранов войн; тел. 89033621347; e-mail: ivt.191@yandex.ru
Герцен Антон Петрович — врач-невролог, заведующий Центром медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов; тел. 8922627467; e-mail: antngercen@rambler.ru

УДК 316.6:159.9:616-009

О. В. ГУБАРЕВА, О. А. ЗУБОВА

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩЕГОСЯ НА ОКАЗАНИИ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕВОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Алтайский краевой госпиталь ветеранов войн, г. Барнаул

O. V. GUBAREVA, O. A. ZUBOVA

SOCIAL PORTRAIT OF COMBAT VETERANS ILLUSTRATED BY THE EXAMPLE OF NEUROLOGY DEPARTMENT OF ALTAI TERRITORY HOSPITAL FOR WAR VETERANS, PROVIDING ASSISTANCE IN NEUROREHABILITATION

Altai territory hospital for war veterans, Barnaul

Проблема социальной реабилитации лиц, побывавших в экстремальных условиях деятельности, включая оценку вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов, становится в настоящее время особенно актуальной. Это связано с учащением межнациональных и межрегиональных конфликтов. Увеличилось число жертв военных действий и количество военнослужащих-участников локальных конфликтов. Имея своеобразный жизненный опыт, они представляют собой такую категорию населения, которая нуждается в особом подходе. В наибольшей мере это относится к ветеранам боевых действий в Чечне и Афганистане. Понятие «ветераны боевых действий» содержится в статье 3 Федерального закона «О ветеранах» (подпункты 1–4), где говорится, что ветеранами боевых действий признаются военнослужащие, в том числе уволенные в запас, и приравненные к ним лица, направленные в другие государства органами государственной власти СССР или Российской Федерации, принимавшие участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих странах или на территории Российской Федерации. Необходимость работы в направлении адаптации ветеранов к условиям мирной жизни путем воздействия на социальный и психологический уровни предотвратит многие проблемы, с которыми сталкиваются ветераны после локальных войн. Проводимые реабилитационные мероприятия увеличат продолжительность жизни ветеранов, сформируют навыки планирования, организации своей деятельности, стрессоустойчивости.

С этой целью осенью 2011 года на базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь ветеранов войн» открыто реабилитационное отделение на 30 коек для круглосуточного и дневного пребывания ветеранов боевых действий, членов семей погибших ветеранов боевых действий с целью медико-социальной реабилитации, снижения заболеваемости, увеличения продолжи-

тельности жизни ветеранов боевых действий в Чечне и Афганистане. К настоящему времени отделение претерпело некоторые изменения. На данный момент отделение увеличилось до 45 коек. Увеличение вместимости позволило увеличить количество пролеченных больных. Основная часть контингента больных с заболеваниями: сосудистые заболевания головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы, остеохондроз позвоночника. Разработаны программы реабилитации больных по наиболее часто встречающимся нозологиям, которые построены по принципу комплексного лечения: медикаментозное, физиолечение, различные виды массажа, водные процедуры, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, психотерапия, социальная работа.

Отдельного внимания заслуживает социальная реабилитация с ветеранами боевых действий, которая осуществляется с первых дней открытия отделения и является малоизученным направлением в работе с ветеранами не только в Алтайском крае, но и в стране в целом.

Социальная реабилитация представляет комплекс мер, направленный на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Осуществление социальной реабилитации в значительной мере зависит от соблюдения ее основных принципов. К ним следует отнести: этапность, дифференцированность, комплексность, преемственность, последовательность, непрерывность в проведении реабилитационных мероприятий. В практической социальной работе направления реабилитационной деятельности определяются в зависимости от категории нуждающихся.

Цель социальной реабилитации ветеранов боевых действий: психоэмоциональная стабилизация, улучшение качества жизни, улучшении адаптации.

Среди задач социальной реабилитации выделяют:

1. Выявление ветеранов боевых действий, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

2. Определение объема, видов и форм социальной поддержки, в которой нуждается ветеран боевых действий для преодоления трудной жизненной ситуации и предупреждения ее возникновения.

3. Организация необходимых консультаций с учетом индивидуальных особенностей и потребностей.

4. Вовлечение в систему социальных отношений: формирование навыков планирования, организации своей деятельности, ориентации в решении жизненных задач. В своей работе мы делаем акцент на выявление ветеранов, нуждающихся в социальной поддержке и организацию необходимых консультаций.

С целью изучения социально-психологического состояния пациентов нами разработана анкета ветерана боевых действий, результаты которой дают социальный и психологический портрет пациентов отделения, специализирующегося на оказании нейро-реабилитационной помощи, а также какие реабилитационные мероприятия необходимо развивать. Вопросы затрагивали образование, трудовую занятость, возраст, семейное положение, ориентацию в сфере прав и льгот, жилищно-бытовые условия и др.

На основании анкетирования были получены следующие данные.

Большая часть участников боевых действий имеет среднее специальное образование — 85%, полученное в профессиональных училищах и техникумах. Лишь небольшая часть опрошенных участников боевых действий имеет высшее образование — 25%. Вопрос об определении своего материального положения показывает субъективную оценку своего материального положения. Большинство пациентов определяют его как «среднее» — 65%, которое необходимо улучшить. «Хорошее» материальное положение у 30% ветеранов. Вариант «очень хорошее» (материальное положение) никто не заполнил. Нами практикуется помощь в оформлении документов для оказания материальной помощи ветеранам, находящимся в трудной жизненной ситуации в Главном управлении Алтайского края по труду и социальной защите населения и по месту жительства. Определение «трудная жизненная ситуация» дано в ст. Федерального закона от 10.12. 1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания в Российской Федерации»: «Трудная жизненная ситуация — ситуация объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротством, безнадзорностью, малообеспеченностью, безработицей, отсутствием определенного места жительства и т. п.)».

Около трети (30%) опрошенных нуждаются в улучшении жилищных условий, информации об имеющихся возможностях Алтайского края в жилищ-

ной сфере. 65% в таких консультациях не нуждается. Отсутствие жилого помещения и неудовлетворительные жилищно-бытовые условия негативно сказываются на качестве жизни и в отдельных случаях на самочувствии. Наш опыт работы показал отсутствие компетентности у ветеранов при возникновении жилищных проблем. Исходя из этого, ветеранам боевых действий оказывается помощь в организации консультаций по месту жительства специалистами администрации, компетентными в решении вопросов улучшения жилищно-бытовых условий.

Наибольший процент наших пациентов является безработными — 30%, рабочих — 15%, служащих — 15%. Меньше всего представителей творческих профессий, специалистов без специального образования.

Безработица среди ветеранов боевых действий, возможно, связана со сформированным общественным мнением относительно данной категории лиц, а также с полученными навыками ветеранов, непригодными в условиях мирной жизни. Отсюда вытекает необходимость в развитии коммуникативных навыков, социальной реабилитации безработных. Такая реабилитация необходима для повышения конкурентоспособности на рынке труда, ориентации в профессиях. Нами подобран и используется материал по социальной реабилитации безработных с учетом индивидуальных особенностей для пациентов, испытывающих трудности с трудоустройством длительное время. Ветераны знакомятся с современными требованиями работодателей, им оказывается помощь в составлении резюме, поиске работы с помощью сети INTERNET, технологии телефонного разговора и другое. Основной акцент делается на расширении альтернатив при решении вопроса трудоустройства.

Большая часть ветеранов боевых действий (73%) имеет общее представление о своих правах и возможностях, т. е. определенными знаниями не владеют. Лишь 10% подтверждают осведомленность в данной сфере. От социального пакета отказались 75% ветеранов, у 20% — сохранен социальный пакет, у 10% — сохранен частично. Отказ мотивирован неумением воспользоваться этой услугой, отсутствием знаний о возможностях социального пакета и его составляющих. 40% ветеранов обращаются в общественные и государственные организации, 23% не обращаются или не знают об их существовании, 35% считают, что обращение в общественные или государственные организации имело положительный результат, 23% ветеранов помощи не получили, а 34% было трудно ответить однозначно на поставленный вопрос. При последующей беседе выяснялось отсутствие информированности о работе этих структур, отсюда и затруднения. Отрицательный ответ дали пациенты, чьи ожидания не

оправдались при обращении за какой-либо помощью.

Медицинскую реабилитацию проходили 60% опрошенных ветеранов, социальную реабилитацию — только 10%. Статистика отражает необходимость и потребность в социальных услугах, своевременном консультировании в сфере прав и льгот, защищающем их права как ветеранов боевых действий, а также как гражданин Российской Федерации. Большая часть (70%) довольна медицинской помощью, и только 6% — правовой и 3% — социальной. Ответ «трудно сказать» при анализе социальной и правовой помощи снова подтверждает необходимость подробного консультирования о данных видах реабилитации, восполнении недостающих знаний. Ветераны в количестве 70% отмечают потребность в медицинской помощи, 35% — в социальной помощи, что подтверждает вышесказанную информацию о необходимости расширения знаний о возможностях социальной реабилитации, владении необходимыми знаниями, где ее можно получить.

За годы существования отделения налажено сотрудничество с Управлениями социальной защиты районов и городов Алтайского края, общественными организациями края и Республики Алтай, КГБУСО «Центр социальной реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий», г. Барнаул, для совместного решения текущих проблем.

Для эффективной реабилитации необходимым условием является создание определенной терапевтической среды для пациентов, находящихся на лечении в данном отделении, способствующей скорейшему

выздоровлению. Терапевтическая среда складывается из особого отношения персонала, проведения групповых и индивидуальных бесед со специалистом по социальной работе, с медицинским психологом, психотерапевтом, медицинским персоналом. Данные мероприятия обеспечивают психологический комфорт для ветеранов боевых действий. Мощным средством реабилитации является искреннее проявление понимания и терпения к проблемам лиц, переживших психотравматические военные условия. При проведении групповых и индивидуальных бесед мы ориентируем пациентов на самостоятельное решение жизненных задач, учим планировать и организовывать свою деятельность, мотивируем к активной позиции.

Результаты анкетирования и индивидуальная работа выявили необходимость в специальной реабилитации ветеранов боевых действий. Система реабилитации этой категории реализуется по трем основным направлениям — социальная, психологическая и медицинская. Обеспечение социализации личности и восстановление ее прежнего уровня становятся целью социальной реабилитации. Основными задачами социальной реабилитации являются: обеспечение их социальных гарантий, контроль над реализацией социальных льгот, правовая защита, формирование позитивного общественного мнения и вовлечение военнослужащих в систему социальных отношений, социальная реабилитация безработных, профессиональная реабилитация, содействие в решении жилищных вопросов, психологическое консультирование, развитие коммуникативных навыков, стрессоустойчивости.

УДК 612.123:(616.61+616.1)

В. М. ГУСЕВА, Т. А. СТОВОЛКОВА

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн

V. M. GUSEVA, T. A. STOVOLKOVA

PECULIARITIES OF BLOOD LIPIDS OF SENILE PATIENTS WITH CHRONIC RENAL DISEASE AND CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Samara region clinical hospital for war veterans

ВВЕДЕНИЕ.

Демографическая ситуация во многих странах, в том числе и в России, характеризуется увеличением

доли людей преклонного возраста. На начало 2015 г. лица старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) составляли 24% населения Российской Федерации. Распространенность хронической болезни почек (ХБП) среди людей старших возрастных групп достигает 20% — 51,2% [Смирнов А. В. и соавт, 2012;

Столкова Татьяна Анатольевна — 3. вр. РФ, к. м. н., заместитель начальника по медицинской части; тел. 8 (846) 951-42-11; e-mail: sokgv@mail.ru

Bowling C. B., Muntner P., 2012]. Установлено, что ХБП связана с восьми–десятикратным увеличением сердечно-сосудистой смертности [Couser W. G. et al., 2011]. Коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в нашей стране является одним из самых высоких среди европейских стран [Оганов Р. Г. и соавт. 2011]. Многие исследователи связывают развитие ССЗ при ХБП с ускоренным развитием атеросклероза артерий, показывая, что распространенность и нестабильность атеросклероза коронарных артерий увеличивается при снижении СКФ [Roy S. K. et al., 2012]. Но есть мнение, что патогенез атеросклероза отличается у больных с нарушением функции почек в сравнении с общей популяцией [Scarpioni R. et al., 2012]. Согласно рекомендациям KDIGO (2009), Национальным рекомендациям (2013 г.), пациентам с 3А-5-й стадиями ХБП должна назначаться гиполлипидемическая терапия или в виде монотерапии статинами, или в виде комбинации статина и эзетимиба для профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Результаты исследований применения статинов у пациентов на додиализных стадиях ХБП показали их эффективность в предотвращении ССО, снижении сердечно-сосудистой и общей смертности, а также их безопасность [Колина И. Б., Ставровская Е. В., 2013; Sheng X. et al., 2012]. Вопрос о состоянии липидного спектра крови и о применении гиполлипидемических препаратов у пациентов с ХБП старше 80 лет остается мало изученным как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

ЦЕЛЬЮ нашего ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение липидного спектра крови у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистой патологией и додиализными стадиями хронической болезни почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В исследование включены 135 пациентов (69 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 75 до 90 лет (средний возраст — $83,2 \pm 3,6$ года) со 2-4-й стадиями ХБП в сочетании со стабильными формами ИБС — стенокардией напряжения I, II функционального класса (ФК), перенесенным инфарктом миокарда и артериальной гипертензией (АГ), поступивших на стационарное лечение в ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (СОКГВВ) в 2011-2013 гг., давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Исключены из исследования пациенты с острой и терминальной почечной недостаточностью, с поражением почек в рамках системных заболеваний, с сахарным диабетом, единственной почкой, инфарктом мио-

карда и кардиоваскулярными вмешательствами в предшествующий год, с нарушением систолической функции левого желудочка (ФВ менее 50%), постоянной формой фибрилляции предсердий, анемией с уровнем гемоглобина ниже 85 г/л, парезами, заболеваниями мышц, ампутацией конечностей, онкологической патологией, пациенты, принимавшие гиполлипидемические препараты в предшествующие 3 месяца.

Диагноз ХБП был установлен на основании данных УЗИ почек, расчета СКФ по уровню креатинина крови по уравнению CKD-EPI cr (Levey A. S., et al., 2009), модификация 2011 г., выявления альбуминурии/протеинурии в моче. Диагноз стабильной стенокардии напряжения I, II ФК, перенесенного инфаркта миокарда установлен на основании данных анамнеза, инструментального обследования (ЭХОКГ, ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ в течение суток). Диагноз АГ установлен на основании данных анамнеза, при уровне артериального давления (АД), равном и выше 140 и 90 мм рт. ст., а также при нормальных цифрах АД на фоне регулярной гипотензивной терапии. На проведение исследования получено разрешение Этического комитета при ГБОУ ВПО СамГМУ.

Всем включенным в исследование больным проводилось клиническое обследование, лабораторное обследование в клинко-диагностической лаборатории СОКГВВ, включившее: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови — определение креатинина по методу Яффе, мочевины, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов, расчет коэффициента атерогенности. Статистический анализ данных проводился с использованием программы Microsoft Office Excel-2007, статистического пакета Statistica 6.0 фирмы STATSOFT, в среде специализированного программного обеспечения SPSS 21. В качестве описательных статистик приведены среднее арифметическое и его ошибка ($M \pm m$). Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Обследованные больные были распределены на 4 группы в зависимости от функции почек: 1-я группа со СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м² (2-я стадия ХБП), 2-я группа — со СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м² (3А стадия ХБП), 3 группа — со СКФ 30–44 мл/мин/1,73 м² (3Б стадия ХБП) и 4-я группа — со СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (4-я стадия ХБП). Показатели липидного спектра крови в группах сравнения в зависимости от функции почек представлены в таблице.

Таблица — Показатели липидного спектра крови у обследованных больных (n=135)

Показатели (M±m)	1-я группа ХБП 2 ст. (n=33)	2-я группа ХБП 3А ст. (n=33)	3-я группа ХБП 3Б ст. (n=35)	4-я группа ХБП 4 ст. (n=34)
Возраст, лет	81,82±0,8	83,58±0,7	83,69±0,46	83,76±0,81
СКФ по СКД-ЕРІ ст, мл/мин/1,73 м ²	69,82±1,74	52,58±0,72	40,20±0,67	24,44±0,8
Общий холестерин, ммоль/л	5,75±0,20	5,77±0,21	5,65±0,20	5,61±0,19
Триглицериды, ммоль/л	1,42±0,10	1,38±0,08	1,23±0,08	1,36±0,11
ЛПВП, ммоль/л	1,08±0,05	1,15±0,04	1,16±0,04	1,09±0,06
ЛПНП, ммоль/л	4,04±0,20	3,98±0,20	3,84±0,18	3,85±0,22
Коэффициент атерогенности, ед.	4,54±0,28	4,16±0,22	3,98±0,24	4,47±0,38

Из таблицы видно, что средние значения показателей липидного спектра крови превышали нормальные значения во всех группах сравнения. Атерогенная дислипидемия у больных старческого возраста при наличии сочетания сердечно-сосудистой патологии с ХБП не имела динамики при ухудшении функции почек. Уровни ОХС выше 6,0 ммоль/л, ЛПНП выше 4,0 ммоль/л, а ЛПВП ниже 1,0 ммоль/л зарегистрированы соответственно в 1-й группе у 42,4% (n=14), 36,7% (n=11) и у 33,3% (n=11) больных, во 2-й группе — у 36,4% (n=12), 45,5% (n=15) и у 24,2% (n=8) больных, в 3-й группе — у 31,4% (n=11), 25,7% (n=9) и у 28,6% (n=8) больных, в 4-й группе — у 35,3% (n=12), 35,3% (n=12) и у 29,4% (n=10) больных. Установлена зависимость уровня ОХС и ЛПНП от пола: они были выше у женщин во всех группах (F=10,03, p=0,002; F=7,1,

p=0,009). Все больные с момента включения в исследование получали статины (или симвастатин 40 мг, или аторвастатин 20 мг, или розувастатин 10 мг в сутки).

Заключение. Проведенное исследование установило наличие атерогенной дислипидемии у пациентов старческого возраста, страдающих стабильной стенокардией напряжения I, II ФК и АГ в сочетании со 2-4-й стадиями ХБП, и не выявило значимой динамики показателей липидного спектра крови при нарастании стадии ХБП. Применение гиполипидемической терапии у этой категории больных является обязательным компонентом терапевтических мероприятий. Опубликованы данные единичных исследований о нефропротективном эффекте статинов при ХБП [Geng Q. et al., 2014], но эти исследования не включили лиц старческого возраста.

УДК 616.381-072.1-052-053.9

Д. Б. ДЕМИН¹, Д. В. САВИН², К. С. ФЕДОРОВ², М. С. ФУНЫГИН¹

ОПЫТ ПРОДВИНУТОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹ — Оренбургский государственный медицинский университет,

² — Городская клиническая больница им. Н. И. Пирогова

D. B. DEMIN¹, D. V. SAVIN², K. S. FYODOROV, M. S. FUNYGIN¹

EXPERIENCE OF ADVANCED AND HIGH TECHNOLOGY LAPAROSCOPIC SURGERY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

¹ — Orenburg State Medical University

² — Town clinical hospital named after N. I. Pirogov

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.

Прогрессирующее старение населения и развитие современных анестезиологических и малоинвазивных хирургических технологий явилось причиной постоянного увеличения количества пациентов пожилого

и старческого возраста, которым выполняются плановые оперативные вмешательства. Немаловажное значение имеет то, что широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, колоноскопии) обусловило увеличение

пула больных, в том числе старших возрастных групп, с диагностированными объемными образованиями печени, поджелудочной железы, селезенки, надпочечников, дивертикулезом ободочной кишки и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2012 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства при вышеназванных патологиях лапароскопическим доступом. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи», лапароскопические вмешательства по поводу этих нозологий входят в ряд высокотехнологичных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — оценить эффективность продвинутых и высокотехнологичных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В 2012-2016 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н. И. Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом высокотехнологичные вмешательства у 71 пациента. Из них у 37 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 12 — на надпочечниках, у 13 — на ободочной кишке, у 5 — на поджелудочной железе, у 4 — на селезенке. Кроме того, мы выполнили 70 фундопликаций по Ниссену при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Данная операция не является высокотехнологичной, однако это вмешательство является реконструктивным, восстанавливающим клапанный механизм кардиоэзофагеального перехода, и относится к продвинутым хирургическим технологиям.

Следует отметить, что мы являемся активными сторонниками принципа **fast track surgery** (максимально ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде), что имеет ключевое значение в ведении послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Демин Дмитрий Борисович — д. м. н., доцент, заведующий кафедрой факультетской хирургии; тел.: 83532756722, 89128491043; e-mail: demindb@yandex.ru

Савин Дмитрий Владимирович — к. м. н., заместитель главного врача по хирургии; тел. 8 (3532) 75-68-37; e-mail: mgkb_pirogova@mail.ru

Федоров Кирилл Сергеевич — врач-эндоскопист

Фуныгин Максим Сергеевич — к. м. н., ассистент кафедры факультетской хирургии; тел. 89058844860; e-mail: fun-maksim@yandex.ru

Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования.

У 37 пациентов (из них 12 больных пожилого возраста) были объемные образования печени. В 36 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае — первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени — 21, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 2 случаях при живом эхинококке (перицистэктомия); иссечение непаразитарных кист печени — 14; открытая эхинококкэктомия — 1; правосторонняя гемигепатэктомия — 1.

Средний размер солидных образований составлял 3-6 см. Расположение — передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI). В одном случае выполнена атипичная резекция S VII. Кистозные образования имели размер от 5 до 15 см в диаметре с подкапсульным расположением в печени. Отбор такой категории пациентов был обусловлен необходимостью этапа освоения технологии вмешательства, а также отсутствием в настоящее время лапароскопического УЗИ-датчика. Методики резекционных вмешательств — сегментарная резекция печени в 17 случаях, в 4 случаях выполнена резекция левого латерального сектора.

Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение глассоновой ножки и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур применяли ручной интракорпоральный узловый шов для их дополнительного лигирования.

Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте S IV-V диаметром 6 см произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости.

У 5 пациентов непаразитарная киста печени — интраоперационная находка при плановой холецистэктомии, у 2 — при фундопликации по Ниссену. Кистозные образования фенестрировали с аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с дезэпитализацией последней монополярным коагулятором.

Конверсия выполнена в одном случае. У пациента с подтвержденным КТ и пункционной биопсией первичным раком S V печени вмешательство начато

лапароскопическим доступом. Выделены и пересечены в портальных воротах правые воротная вена, печеночная артерия и долевой проток. Правая доля печени мобилизована до нижней полой вены, при этом выявлено плотное прилегание опухоли к стенке этого сосуда, что представляло риск для безопасной диссекции. Выполнена лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия завершена открытым способом.

Вмешательства на надпочечниках выполнены у 14 пациентов (из них у 4 больных пожилого и 1 старческого возраста), в 12 случаях произведена адреналэктомия (5 правосторонних и 7 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 6 см в диаметре. В 5 случаях это были инциденталомы, в 1 случае — феохромоцитомы, в 2 случаях — адренкортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства выявлено, что эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников.

Лапароскопические вмешательства на ободочной кишке выполнены у 13 пациентов (из них 7 пациентов пожилого возраста). Возраст пациентов составил от 43 до 72 лет. Следует отметить, что, по данным литературы, 50% пациентов старше 60 лет имеют дивертикулез ободочной кишки. По поводу дивертикулярной болезни выполнено 11 операций (8 — резекции сигмовидной кишки, 3 — левосторонние гемиколэктомии), при малигнизированном полипе сигмовидной кишки 1 — левосторонняя гемиколэктомия, при изъязвленной периваскулярной эпителиоидной опухоли селезеночного угла толстой кишки 1 — лапароскопически ассистированная резекция селезеночного угла. В трех случаях оперативных вмешательств, проведенных при дивертикулярной болезни, имела место триада Сента (ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, дивертикулярная болезнь и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Средний срок госпитализации составил 8 суток.

В настоящее время отмечается рост заболеваемости грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Эпидемиологические исследования показывают, что около 30% взрослого населения имеют различные проявления ГЭРБ. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы присутствует у 50% пациентов в возрасте старше 50 лет. Лапароскопические вмешательства при данной патологии выполнены у 70 пациентов (из них 15 пациентов пожилого и 3 старческого возраста). Во всех случаях выполнена фундопликация

по методике Ниссена. В 8 случаях выполнялись simultaneous операции по поводу ГПОД и ЖКБ. В 2 случаях имели место осложнения. У одного пациента, которому проводилось оперативное вмешательство по поводу тотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, произошла перфорация пищевода. Осложнение выявлено интраоперационно. Выполнена лапаротомия, пластика пищевода, гастростомия. Во втором случае развилась несостоятельность крурорафии. Повторно выполнена лапароскопическая крурорафия. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вмешательства на поджелудочной железе выполнены у 5 пациентов. У 4 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации. В 2 случаях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в 3 случаях — дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки. Конверсия в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого кровотечения из селезеночной вены. У обоих пациентов после панкреатоспленэктомии развился панкреонекроз с жидкостными скоплениями, потребовавший дополнительной инвазии (в 1 случае пункционное дренирование под УЗ-навигацией, в другом случае — дренирование из минилапаротомного доступа под интраоперационной УЗ-навигацией).

Лапароскопические вмешательства при патологии селезенки выполнены у 4 пациентов. В 2 случаях произведена спленэктомия по поводу больших кист соответственно верхнего и нижнего полюсов, в 2 случаях осуществлено иссечение кист с пломбировкой тахокомбом.

В большинстве случаев благодаря применению современных энергетических установок кровопотеря была минимальной. У всех больных (за исключением двух послеоперационных панкреонекрозов) гладкий послеоперационный период. Летальных исходов в представленных группах пациентов не было.

Таким образом, среди 141 пациента, оперированного по поводу представленных нозологий, почти 30% больных были пожилого и старческого возраста. Наличие необходимых мануальных навыков, современной аппаратуры, грамотного анестезиологического обеспечения и ведения послеоперационного периода в соответствии с принципами **fast track surgery** обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных, в том числе старших возрастных групп.

УДК 616-089.168.1-089.4:616.381-089.85

С. В. ДОБРОКВАШИН, А. Г. ИЗМАЙЛОВ, Д. Е. ВОЛКОВ, В. А. ПЫРКОВ, Р. Р. МУХАМАТДИНОВ, Р. Ф. ЗАКИРОВ, Ш. А. ДАВЛЕТ-КИЛЬДЕЕВ, Р. Ф. АХМЕТЗЯНОВ

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ*Казанский Государственный медицинский университет
Госпиталь для ветеранов войн г. Казани*

S. V. DOBROKVASHIN, A. G. IZMAYLOV, D. E. VOLKOV, V. A. PYRKOV, R. R. MUKHAMATDINOV, R. F. ZAKIROV, SH. A. DAVLET-KIL`DEEV, R. F. AKHMETZYANOV

PREVENTION OF POSTOPERATIVE PURULENT INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF WOUNDS IN ABDOMINAL SURGERY*Kazan State Medical University
Kazan war veteran`s hospital*

Прогнозирование, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений остается одной из актуальных проблем в современной хирургии. Несмотря на достижения определенного успеха в борьбе с хирургической инфекцией, гнойно-септические осложнения после хирургических вмешательств до сих пор относятся к числу ведущих причин летальности и увеличения длительности пребывания больного в стационаре. Усложнение оперативных пособий, внедрение новых технологий и хирургических материалов, увеличение числа пациентов старшей возрастной группы только усугубляют проблему.

Проведен анализ результатов лечения 158 больных в возрасте от 36 до 86 лет, которым проводилось оперативное лечение в плановом и экстренном порядке по поводу грыж передней брюшной стенки (послеоперационные вентральные грыжи и рецидивные пахово-мошоночные грыжи) за период с 2009 по 2015 годы, по материалам отделений плановой и неотложной хирургии ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани. Мужчин было 60 (37,9%), 98 (62,1%) женщин. Из общего числа у 64 (40,5%) больных имелись большие и гигантские грыжи. С целью профилактики послеоперационных раневых осложнений всем больным проводили антибиотикопрофилактику, которая заключалась в применении цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксон, цефобол) по 1–2 г за 30–40 минут до операции внутривенно. При необходимости введение антибиотиков продолжали во время операции и в послеоперационном периоде. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий легочной артерии проводилась у всех больных путем применения эластического бинтования нижних конечностей, назначением по разработанным схемам антикоагулянтной терапии, а именно фраксипарина или фрагмина в течение 7–10 суток. У 31 (19,6%) больного закрытие дефекта передней брюшной стенки выполнено собственными тканями, у 127 (80,4%) больных герниопластика произведена с применением полипропиленового сетчатого эндопротеза фирмы «Линтекс» с тотально макропористой структурой. В большинстве случаев эндопротез располагали под или

между мышечно-апоневротическими структурами. Исключение составили больные с гигантскими грыжами. В этих случаях применяли истинно ненапряжную герниопластику с подшиванием протеза в край дефекта.

С целью дренирования послеоперационной раны и профилактики гнойно-воспалительных осложнений применялось дренажное устройство, разработанное в нашей клинике, представляющее собой однопросветную трубку с гофрированной поверхностью, которую промывали 30–50% раствором гидрохлорида ксимедона (патент РФ № 2261699).

Во время ушивания послеоперационной раны устанавливали дренажное устройство на всем протяжении. Дренажное устройство не вызывало сдавления контактирующих тканей, принимало форму соответственно конфигурации дренируемой полости, длительно сохраняло свою основную функцию, что обусловлено его конструктивными особенностями. Установку трубчатого дренажа проводили в нисходящем направлении в нижней точке дренируемой полости в качестве пассивного коллектора. При таком расположении дренажа обеспечивается пассивный отток серозной жидкости по принципу силы его тяжести и капиллярности. Послеоперационную рану через отводящий конец устройства промывали 30–50% водным раствором гидрохлорида ксимедона. Дренажное устройство удаляли при отсутствии отделяемого на 1–3 суток.

У 63 (39,9%) пациентов, у которых применялись традиционные методы профилактики гнойно-воспалительных осложнений и дренирования послеоперационной раны, серомы отмечены соответственно у 6 (9,5%), инфильтраты послеоперационных ран — у 16 (25,4%) больных. В 1 (1,6%) случае имелись признаки нагноения раны, которые успешно удалось разрешить консервативными методами. У 95 (60,1%) пациентов, которым применяли разработанные методы профилактики и дренирования послеоперационной раны, серомы отмечены в 7 случаях (7,4%), наличие инфильтрата установлено у 10 (10,5%) пациентов. Нагноения послеоперационных ран не наблюдали.

УДК 616.381-089.85-089.86-08-039.71

С. В. ДОБРОКВАШИН., А. Г. ИЗМАЙЛОВ, Д. Е. ВОЛКОВ, В. А. ПЫРКОВ, Р. Р. МУХАМАТДИНОВ, Л. М. КУПКЕНОВА, Р. Ф. ШАРАФУТДИНОВА

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ЛИГАТУРНЫХ СВИЩЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Казанский государственный медицинский университет
Госпиталь для ветеранов войн г. Казани*

S. V. DOBROKVAISHIN, A. G. IZMAYLOV, D. E. VOLKOV, V. A. PYRKOV, R. R. MUKHAMATDINOV, L. M. KUPKENOVA, R. F. SHARAFUTDINOVA

PREVENTION AND TREATMENT OF LOCAL INFECTIOUS COMPLICATIONS OF SUTURE SINUS SURGERY OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL

*Kazan State Medical University
Kazan war veteran`s hospital*

По данным различных авторов, частота возникновения лигатурных свищей у больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, колеблется от 1,4 до 8,2%, а при распространенных перитонитах различного генеза — до 14,3%.

Лигатурный свищ — одно из поздних гнойно-воспалительных осложнений после различных оперативных вмешательств, связанных с отторжением инородного тела (лигатуры), сопровождающееся формированием воспалительного инфильтрата. По данным литературы, большинство хирургов рекомендуют выполнять оперативное вмешательство только при неэффективности консервативного пособия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — улучшение результатов лечения больных с лигатурными свищами передней брюшной стенки путем разработки методов диагностики и профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений.

В период с 2001 по 2015 гг. в отделении хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани были госпитализированы 34 больных с различной локализацией лигатурных свищей передней брюшной стенки. Мужчин было 15 (44,1%), женщин — 19 (55,9%). Средний возраст больных составил 59±4,5 года. При этом 13 (41,2%) пациентов были старше 60 лет и 5 (14,7%) пациентов — старше 70 лет, что в совокупности составило 55,9%. Это говорит о том, что данная группа пациентов — это лица пожилого возраста, имеющие в анамнезе многочисленные тяжелые сопутствующие заболевания, которые только утяжеляют течение основного заболевания.

Сроки возникновения лигатурных свищей составили от 3-х месяцев до 5,5 года послеоперационного периода. Все поступившие пациенты в анамнезе ранее перенесли оперативные вмешательства: 7 (20,6%) больных — после грыжесечения, 20 (58,8%) — после лапаротомий по поводу различных острых хирур-

гических заболеваний органов брюшной полости, 2 (5,9%) — после аппендэктомии и у 5 (14,7%) — операции на органах малого таза.

Оперативные вмешательства проводились под местной анестезией 0,25% раствором новокаина или 1–2% раствором лидокаина. При поступлении все больные осмотрены врачом-анестезиологом-реаниматологом с последующим проведением премедикации по стандартной схеме. Только у 9 (26,5%) больных оперативные вмешательства проведены под общим внутривенным наркозом, в связи с тем, что имелось наличие связи лигатурного свища с брюшной полостью, которое было диагностировано с помощью фи-стулографии.

Больные были распределены по 2-м группам: группа сравнения — 23 (67,6%) пациента, которым ушивание проводилось полипропиленовыми или рассасывающимися нитями, обработку раны проводили по традиционной методике с использованием различных видов антисептиков (0,5% раствор хлоргексидина биглюконата и 3% перекиси водорода), и основная группа — 11 (32,4%) пациентов, где применялся шовный материал полигликолид-ко-лактид (фиолетовый), USP 2/0 (3 Matric) 75 см с атравматической иглой, (фирма «Медтехника» ПТО, г. Казань) для ушивания кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки и апоневроза в зависимости от глубины локализации лигатурного свища, а также применялось устройство для обработки раны с 10% водным раствором ксимедона.

Для обработки раневой поверхности перед ушиванием послеоперационной раны нами использовано разработанное устройство (патент РФ № 21877972), которое содержит в себе хвостовик и головину, с помощью которой происходит орошение раневой поверхности 10% водным раствором ксимедона. Хвостовик выполнен для закрепления в патроне хирургической электродрели. Устройство работает следующим

образом. В зависимости от площади и рельефа обрабатываемой раневой поверхности выбирают нужные размеры и формы головины. Далее хвостовик зажимают в патрон хирургической дрели и устройству придают вращательное движение. Скорость вращения данного устройства составила 1450 оборотов в минуту. В качестве раствора использовался 10% водный раствор ксимедона. Обработку раневой поверхности прекращали при появлении слабого кровотечения из тканей послеоперационной раны.

В группе сравнения (23 пациента) источником лигатурных свищей был шовный материал, расположенный в подкожно-жировой клетчатке, — у 5 (21,7%) больных, на апоневрозе — у 8 (34,8%), на мышечной ткани — у 3 (13,0%) и лигатурный свищ, связанный с брюшной полостью, — у 7 (30,5%) без вовлечения толстого и тонкого кишечника, лигатуры локализовались на париетальном листке брюшины. В основной группе (11 пациентов) источником лигатурных свищей был шовный материал, расположенный в подкожно-жировой клетчатке, — у 3 (27,3%) больных, на апоневрозе — у 6 (54,5%) и лигатурный свищ, связанный с брюшной полостью, — у 2 (18,2%) без вовлечения толстого и тонкого кишечника, лигатуры локализовались на париетальном листке брюшины.

При исследовании микробиологического пейзажа послеоперационных ран установлено, что в 86% случаев возбудитель являлся монокультурой. Наиболее часто монокультура была представлена стафилококками, энтеробактериями и неферментирующими грамотрицательными бактериями.

В наших наблюдениях частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в группе

сравнения составила 17,4% (4 случая). В структуре раневых осложнений преобладали инфильтраты у 3 больных и у 1 больного серома. Во всех случаях проблеме удалось решить консервативными методами. В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, которая включала в себя цефалоспорины 3-го поколения, либо фторхинолоны. В основной группе частота гнойно-воспалительных осложнений составила 9,1% (1 больной). У пациента был инфильтрат, локализовался в подкожно-жировой клетчатке, который был разрешен консервативно.

Полученные нами результаты микробиологических исследований указывают на необходимость применения периоперационной антибиотикопрофилактики. В связи с этим всем пациентам была применена традиционная схема, заключающаяся во внутривенном введении антибиотика за 30 минут до кожного разреза. В качестве антибактериального препарата использовали цефалоспорин 3-го поколения (цефтриаксон).

ВЫВОДЫ:

1. Традиционные методы профилактики и лечения лигатурных свищей передней брюшной стенки не позволяют предотвратить возникновения инфекционных раневых осложнений у 17,4% больных.

2. Предложенные методы лечения и обработки раневой полости, наряду с применением антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, позволяют более эффективно предупреждать контаминацию послеоперационной раны, обеспечивать оптимальные сроки ее заживления, уменьшать число раневых осложнений с 17,4% до 9,1%.

УДК 616.62-003.7-089.879

Ю. А. ИГЛОВ^{1,2}, Д. В. СВИРЕНКО²

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

¹ — Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

² — Оренбургский государственный медицинский университет

YU.A. IGLOV^{1,2}, D.V. SVIRENKO²

PECULIARITIES OF TREATMENT OF URINARY STONE DISEASE IN GERIATRIC PATIENTS USING EXTRACORPOREAL LITHOTRIPSY.

¹ — Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

² — Orenburg State Medical University

Климатические и экологические особенности Оренбургской области создают неблагоприятные условия для населения, повышая риск заболеваемости мочекаменной болезнью. Научно-технический прогресс дал толчок для усовершенствования и развития медицинских технологий. Так, в урологической

практике значительно увеличилось количество малоинвазивных вмешательств. В частности для лечения мочекаменной болезни стали значительно чаще применяться эндоскопические вмешательства и дистанционная литотрипсия, вытесняя достаточно травматичные «открытые» операции.

Учитывая особенности наших пациентов (солидный возраст, предрасполагающий к наличию большого количества сопутствующей патологии), для нас очень актуально освоение и применение новых медицинских технологий. Так, с 2007 года в госпитале функционирует аппарат для дистанционного дробления камней с пьезоэлектрическим механизмом генерации ударной волны «Пьезолит-3000» немецкой фирмы R. Wolf.

За период с 2007 по 2015 гг. было пролечено на данном аппарате 534 пациента в возрасте от 17 до 87 лет. Из них 378 мужчин (70,8%) и 156 женщин (29,2%). Лиц гериатрического возраста было 129 (24,2%). В этой группе мужчин было 84 человека (65,1%), а женщин — 45 (34,9%) (см. диаграммы № 1-2). Такая значительная разница в соотношении мужчин и женщин не связано с ростом заболеваемости с возрастом у женской части населения, а объясняются особенностями контингента, проходящего у нас лечения.

Показаниями к дистанционной литотрипсии являются наличие клинически проявляющих себя камней любой локализации и химической структуры. Некоторые сложности возникают при дроблении рентгеногативных камней, но в данных случаях хорошо помогает справиться с проблемой лоцирование камня с помощью ультразвука.



Все пациенты перед дроблением проходили общеклиническое обследование, включая ультразвуковое исследование почек, обзорный снимок мочевой системы и экскреторную урографию. Специальная подготовка перед процедурой и обезболивание не требовались. Более того, пациенты должны не быть

голодными, чтобы свести к минимуму аэроколию, которая может создать проблемы при проведении сеанса. От премедикации мы также отказались, чтобы можно было ориентироваться на болевые ощущения пациентов. Наличие у аппарата 20 уровней мощности позволяет подбирать силу ударных волн фактически индивидуально.

Важной особенностью данного аппарата является отсутствие воздействия ударных импульсов на ритм сердца. Дистанционная литотрипсия была успешно применена у 4-х пациентов с функционирующим кардиостимулятором, никак не повлияв на его работу.

Недостатком данного метода лечения мочекаменной болезни является необходимость в повторных дроблениях. Проведя анализ статистических данных о среднем количестве сеансов, потребовавшихся для полной фрагментации камней, мы получили следующие данные: среднее количество сеансов дробления у всех пациентов — 3,2, у гериатрических пациентов — 3,7.

Объясняется это тем, что тяжелая сопутствующая патология делала дистанционную литотрипсию у данных пациентов зачастую единственным возможным способом избавления от камней и таких осложнений мочекаменной болезни, как калькулезный пиелонефрит, почечная гипертензия, а в некоторых случаях и функционирующая нефростома. В связи с этим дистанционное дробление приходилось применять в данной группе даже при крупных камнях, вплоть до коралловидных.

Конечно, по данным статистики, мочекаменной болезнью больше страдают лица молодого возраста, но и пожилые люди не должны оставаться без необходимой помощи. В связи со своей малоинвазивностью дистанционная литотрипсия должна более активно применяться у лиц с тяжелой соматической патологией, что особенно актуально у гериатрических пациентов, как правило, имеющих большой «букет» сопутствующей патологии. У таких пациентов применение дистанционной литотрипсии как монотерапии вполне обосновано при камнях любых размеров, несмотря зачастую на большое количество сеансов и длительные сроки лечения.

Иглов Юрий Александрович — врач-уролог кабинета рентгенударноволнового дробления камней почек урологического (психосоматического, геронтологического) отделения, ассистент кафедры госпитальной хирургии, урологии, аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iglovua@mail.ru

Свиренко Дмитрий Владимирович — к. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии, урологии; тел. 8 (3532) 34-92-96; e-mail: k_gpsury@orgma.ru

УДК 616.3-089-009.11-08

М. Ю. КАБАНОВ, К. В. СЕМЕНЦОВ, Д. М. ЯКОВЛЕВА

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Санкт-Петербургский «Госпиталь для ветеранов войн»

KABANOV M.YU., SEMENTSOV K.V., YAKOVLEVA D.M.

EFFECT OF EARLY ENTERAL NUTRITION ON THE RESTORATION OF MYOELECTRICAL ACTIVITY OF GASTROINTESTINAL TRACT AFTER PANCREATODUODENAL RESECTION.

Saint-Petersburg hospital for war veterans

ВВЕДЕНИЕ.

Парез желудочно-кишечного тракта является одним из часто встречающихся осложнений послеоперационного периода. Именно нарушение автономной координационной регуляции моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, проявляющегося блокадой генерации мигрирующего миоэлектрического комплекса, является одним из звеньев патогенеза синдрома кишечной недостаточности после выполнения обширных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Одним из высокоэффективных методов профилактики послеоперационного пареза и связанных с ним инфекционно-воспалительных осложнений является ранняя энтеральная терапия и нутриционная поддержка.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить эффективность применения ранней энтеральной терапии и нутриционной поддержки в послеоперационном у пациентов после выполнения панкреатодуоденальной резекции посредством сравнения уровня миоэлектрической активности различных отделов желудочно-кишечного тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В данное исследование включено 35 пациентов оперированных по поводу опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны в период с 2009 по 2013 годы.

Энтеральная терапия начиналась интраоперационно при помощи установленного за гастроэнтеро- или дуоденоэнтероанастомоз силиконового зонда в объеме 100 мл физиологического раствора.

В первые сутки послеоперационного периода увеличивался объем фракционного (капельного) введения физиологического раствора со скоростью 90-100 мл/час в объеме 300,0 мл с последующим пассивным оттоком кишечного содержимого.

При нормальном восстановлении кишечной перистальтики со вторых суток послеоперационного в нутритивную зондовую терапию добавляли 500 мл изокалорийной смеси Нутризон Эдванст Диазон. Инфузия осуществлялась в зонд для энтерального питания со скоростью 60 мл/ч, с последующим пассивным оттоком кишечного содержимого. Контроль усвоения питательной смеси производился по определению остаточного объема. В случае если сброс по зонду составлял более 50% введенного за 1 час объема питательной смеси, сохранялся прежний темп интестинальных инфузий в режиме лаважа. При усвоении питательной смеси (сброс менее 50%) на следующие сутки количество вводимой изокалорийной смеси увеличивали до 700-800 мл/сут. (10,0 ккал/кг).

При компенсированном гликемическом профиле и при усвоении питательной смеси на 4-е сутки послеоперационного периода объем зондового питания увеличивали до 1500 мл (Нутризон Стандарт — 15,0 ккал/кг) с одновременным увеличением скорости инфузии до 80 мл/ч. При этом объем субстратного обеспечения больных составлял 50-60% от расчетной величины.

На пятые сутки послеоперационного периода при хорошей переносимости зондового питания переходили на введение гиперкалорийной гипернитрогенной полимерной питательной смеси в объеме 1000,0 мл (Нутризон Энергия с пищевыми волокнами 20,0 ккал/кг) с сохранением прежней скорости инфузии. Объем субстратного обеспечения при этом, как правило, достигал 70-80% от расчетной величины.

На шестые сутки, как правило, пациент переводился на самостоятельное энтеральное питание с нутритивной поддержкой гиперкалорийной питательной смесью по 200,0 мл 2-3 раза в сутки (Нутридринк) методом сипинга. Объем субстратного обеспечения при этом у большинства больных практически достигал 100% от расчетной величины.

Семенцов Константин Валерьевич — к. м. н., заведующий 21-м хирургическим отделением; тел. 8 (812) 670-91-95; e-mail: s.steveopen@yandex.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

С целью определения влияния ранней энтеральной терапии и нутриционной поддержки на моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ в послеоперационном периоде нами проведено исследование миоэлектрической активности различных отделов ЖКТ. Регистрацию миоэлектрической активности проводили с помощью электрогастроэнтерографа «Гастроскан — ГЭМ». Исследование проводили на 1, 3 и 5-е сутки послеоперационного периода в контрольной и основной группах. По данным проведенного исследования, установлено последовательное усиление миоэлектрической активности в основной

группе на уровне желудка, тощей, подвздошной и толстой кишки. Наибольшая динамика отмечена на 3 и 5-е сутки после операции.

ВЫВОДЫ.

Применение ранней энтеральной терапии и нутриционной поддержки позволяют ускорить нормализацию миоэлектрической активности различных отделов желудочно-кишечного тракта и, как следствие, восстановить моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ. Это проявляется более ранней нормализацией показателей миоэлектрической активности у больных, в комплексное лечение которых включена ранняя энтеральная терапия.

УДК 616.62-003.7-089

Я. Д. КАН¹, И. В. СЕМЕНЯКИН¹, В. Ю. ИВАНОВ¹, В. А. МАЛХАСЯН¹, И. В. ГАЛЬЧИКОВ¹, Е. А. ЯШИН², Ю. А. СВИРКОВ²

ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ УРЕТЕРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

¹ — Университетская клиника урологии ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого, г. Москва

² — Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн, г. Оренбург

YA. D. KAN¹, I. V. SEMENYAKIN¹, V. YU. IVANOV¹, V. A. MALKHASYAN¹, I. V. GAL`CHIKOV¹, E. A. YASHIN², YU. V. SVIRKOV²

EVALUATION OF URETER INJURIES DURING URETEROSCOPY AS A PART OF URINARY STONE DISEASE TREATMENT

¹ — Urology clinic of MSMSU n. a. A. I. Evdokimov, town clinical hospital n. a. S. I. Spasokukotskiy, Moscow

² — Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

ВВЕДЕНИЕ.

Уретероскопия стала широко распространенным методом лечения пациентов с мочевыми камнями. В последнее десятилетие отмечается значительное увеличение эффективности метода в плане избавления от мочевых конкрементов и уменьшение количества осложнений. Предметом дискуссий остается необходимость дренирования верхних мочевых путей мочеточниковым стентом после уретероскопии. Общепризнано отсутствие необходимости установки j-j стента при «неосложненной» уретероскопии. Однако нет четких критериев, что считать «неосложненной» или «осложненной» уретероскопией. В частности в настоящий момент нет общепринятой классификации повреждений мочеточника при уретероскопии, хотя степень повреждения мочеточника влияет на

сроки дренирования верхних мочевых путей после операции. Целью исследования является определение частоты и тяжести повреждений мочеточника при уретероскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

За период с 2008 по 2013 гг. в урологических отделениях было выполнено 1077 уретероскопий по поводу мочеточниковых камней. Все операции выполнялись полужестким уретероскопом тремя специалистами, имеющими многолетний опыт уретероскопий. В 48 (4,6%) случаях из них была выполнена уретеролитоэкстракция, в 66 (6,1%) случаях выполнена контактная уретеролитотрипсия, в 884 (82%) случаях выполнена контактная уретеролитотрипсия с уретеролитоэкстракцией фрагментов. Мужчин было 689 (64%), женщин — 388 (36%). Средний возраст пациентов составлял 51 год (16-86 лет). Часть операций — 474 (44%) — была выполнена под спинальной анестезией, остальные — под внутривенной анестезией.

Степень повреждения мочеточника оценивалась следующим образом:

степень 0-я — нет повреждений;

1-я степень — поверхностные повреждения или выраженный отек слизистой мочеточника;

Семякин Игорь Владимирович — д. м. н., заместитель главного врача по хирургической помощи; тел. +79687090415; e-mail: iceig@mail.ru

Яшин Евгений Александрович — 3. вр. РФ, заведующий оперблоком, врач-уролог; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

Свирков Юрий Викторович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: ogww@yandex.ru

- 2-я степень — повреждение до поверхностного слоя;
 3-я степень — перфорация мочеточника с пересечением до 50% окружности мочеточника;
 4-я степень — перфорация мочеточника с пересечением свыше 50% окружности мочеточника;
 5-я степень — отрыв мочеточника.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

У 883 пациентов (82%) была достигнута полная фрагментация конкремента, у 115 (10,7%) достигнута частичная фрагментация конкремента, а в 79 (7,3%) случаях эффект не был достигнут из-за невозможности проведения инструмента через устье мочеточника или по мочеточнику к конкременту. В этих случаях устанавливался внутренний мочеточниковый стент сроком на 2–3 недели, после чего пациентам выполнялась повторная уретероскопия с эффектом. Дренаживание верхних мочевых путей j-j стентом выполнялось в 848 случаях (78,7%) сроком от 3 до 42 дней (медиана — 24 дня).

Повреждений мочеточника не было в 479 (44,5%) случаях. Повреждения мочеточников пер-

вой, второй и третьей степеней были отмечены в 327 (30,4%), 260 (24,1%) и 11 (1,02%) случаях соответственно. Повреждений мочеточника четвертой и пятой степеней отмечено не было. Во всех случаях повреждения мочеточника были пролечены консервативно дренированием верхних мочевых путей внутренним мочеточниковым стентом.

ВЫВОДЫ.

Уретероскопия является безопасным и эффективным методом лечения мочеточниковых конкрементов. Наиболее часто при уретероскопии отмечаются незначительные повреждения мочеточников, которые не требуют длительного дренирования верхних мочевых путей. Для кратковременного дренирования может быть использован мочеточниковый катетер или j-j стент с ретракционной нитью, с их последующим удалением на вторые или третьи сутки после операции. Это позволит избежать повторных цистоскопий и уменьшить вероятность стент-зависимых симптомов.

УДК 616.1-072.7

Л. А. КАСКА, В. А. ТЮЛЮПОВА

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

L. A. KASKA, V. A. TYULYUPOVA

PECULIARITIES OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS METHODS IN CARDIOLOGY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Сердечно-сосудистые заболевания у лиц пожилого и старческого возраста являются преобладающими, поэтому диагностическая ценность методов функциональной диагностики не вызывает сомнений. В условиях полиморбидности происходит сложное переплетение различных форм поражений сердца, что в свою очередь затрудняет трактовку данных функциональных методик у пациентов старших возрастных групп. Интерпретация результатов обследований лиц старших возрастных групп представляет определенные трудности и требует индивидуального подхода.

ЦЕЛЬЮ РАБОТЫ стало выявление возрастных особенностей по результатам основных методик функциональной диагностики.

МЕТОДЫ.

Обследовано 180 пациентов в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст — 77,5 года), из них 63 (35%) — женщины и 117 (65%) — мужчины. Всем обследуемым последовательно были проведены следующие методики: электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, трехканальное суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с применением аускультативного и осциллометрического методов.

По данным анализа исследований выявлены следующие особенности.

По результатам ЭКГ у 21 (12%) обследованного зарегистрировалось ЭКГ без отклонений от нормативов и патологических изменений. Снижение вольтжажа зуб-

Каска Лариса Алексеевна — врач функциональной диагностики отделения ультразвуковой и функциональной диагностики; тел. 8 (3532) 67-63-57; e-mail: ogww@yandex.ru

Тюлюпова Вера Александровна — врач функциональной диагностики отделения ультразвуковой и функциональной диагностики; тел. 8 (3532) 67-63-57; e-mail: ogww@yandex.ru

цов ЭКГ отмечалось в 68 (38%) случаях, замедление внутрисердечного проведения в виде уширения P 0,12–0,14 сек. — у 116 (64%) и АВ-проведения с удлинением PQ 0,22–0,23 сек. — у 124 пациентов (69%). Удлинение интервала QT свыше 0,05 сек. от нормы отмечалось в 109 (61%) случаях. Нарушения ритма регистрировались у 140 (78%) пациентов, в том числе однородные нарушения ритма зафиксированы у 84 пациентов и комбинированные в 56 случаях. В 98 (54%) случаях выявлены различные виды нарушения проводимости (синоатриальные, атриовентрикулярные блокады и блокады ножек пучка Гиса), у 69 (38%) пациентов регистрировалось сочетание нарушений возбудимости и проводимости.

В ряде случаев — 57 (32%) — на фоновой ЭКГ выявлялись очаговые изменения постинфарктной природы, подтвержденные данными ЭХО-КС. При динамическом наблюдении у 42 (23%) пациентов регистрировались постоянно существующие нарушения фазы реполяризации в виде изменений конечной части желудочкового комплекса (сегмента ST и зубца T), обусловленные изменениями хронического характера.

При диагностике гипертрофий отделов сердца преимущественно учитывались качественные показатели в связи со снижением общего вольтажа зубцов ЭКГ. У 77 (43%) пациентов выявлена гипертрофия левого желудочка, в 29 (16%) случаях — гипертрофия правого желудочка, у 25 (14%) — сочетанная гипертрофия обоих желудочков.

При анализе данных ХМ отмечаются следующие особенности: регистрируется преимущественно пра-

вильный синусовый ритм с уменьшением выраженности дыхательной аритмии. У 91 (51%) пациента регистрировалась склонность к бессимптомной синусовой брадикардии с ЧСС 45–50 в мин. Выявлено снижение адекватного прироста ЧСС на нагрузку. У 135 (75%) пациентов наблюдалась ригидность ритма, проявляющаяся значительным снижением циркадного индекса (менее 1,11). Бессимптомная ишемия миокарда (БИМ) была зарегистрирована у 42 (23%) обследованных, в том числе с суммарной продолжительностью свыше 60 минут — у 26 пациентов, что является неблагоприятным прогнозом. Нами установлено более частое появление БИМ в ночное время суток, чем в дневное.

На основании анализа показателей СМАД выявлены следующие закономерности: у 117 (65%) пациентов отмечалось изолированное повышение систолического артериального давления (САД), увеличение показателей вариабельности преимущественно по САД в течение суток, резкий подъем АД при пробуждении после ночного сна, что отображали высокие показатели величины и скорости утреннего подъема АД. Выявлено уменьшение разницы между среднедневным и средненочным АД. Показатели степени ночного снижения АД значительно уменьшаются и стремятся к нулю. Среди наблюдаемых 112 (62%) пациентов составили non-dippers, 34 (19%) — night-peakers, 23 (13%) — dippers, 11 (6%) — over dippers.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что изменения структуры и метаболизма органов и систем, происходящие по мере старения организма, неизбежно отражаются на результатах функциональных методов диагностики.

УДК 616.12-008.331.1:355.33-05

Н. А. КАШИРИНА, Т. А. СТОВОЛКОВА, Ю. Н. РАЙКОВ, С. Н. ФАДЕЙЧЕВА

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, УЧАСТВУЮЩИХ В ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн

N. A. KASHIRINA, T. A. STOVOLKOVA, YU. N. RAYKOV, S. N. FADEYCHEVA

HYPERTENSIVE DISEASE IN JUVENILE PATIENTS TAKING PART IN MILITARY ACTIONS.

Samara region clinical hospital for war veterans

Гипертоническая болезнь — это одно из самых актуальных заболеваний в разных странах мира, так как является самым распространенным заболевани-

ем сердечно-сосудистой системы и является одной из ведущих причин развития инвалидизации, в виду поражения таких органов мишеней, как мозг, сердце и почки, и связанных с ней расходов на лечение.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — изучить факторы риска, этиологические факторы и особенности течения артериальной гипертензии у лиц молодого возраста.

Столкова Татьяна Анатольевна — 3. вр. РФ, к. м. н., заместитель начальника по медицинской части; тел. 8 (846) 951-42-11; e-mail: sokgvv@mail.ru

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Был обследован 241 человек в возрасте от 35 до 44 лет. В беседе с пациентом особое внимание уделялось выявлению факторов риска, предшествующих развитию заболевания; длительности течения заболевания, наличию осложнений, проводимая терапия и ее эффективность. При осмотре проводилось измерение роста, массы тела, объема талии и бедер для выявления избыточной массы тела. При проведении лабораторных исследований особенно интересовало наличие дислипидемии и нарушение толерантности к глюкозе для выявления метаболического синдрома. Кроме этого, всем больным обязательно определялась скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ для определения стадии хронической болезни почек.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

У обследованных больных, в возрасте до 44 лет, было выявлено, что такие факторы риска, как курение, занимают 55%, повышение уровня глюкозы — 23%, малоподвижный образ жизни — 59%, стресс — 91%, ожирение — 39%. Осложнялась артериальная гипертония у больных кризами 1 и 2-го типа — 73% и 6,5%, а также вызывала поражения органов-мишеней: гипертрофия левого желудочка — 89%, ангиопатия сетчатки — 9,5%. У 23% пациентов ожидаемого эффекта от проводимой ранее терапии не было достигнуто, что резко снизило приверженность к проводимой терапии у пациента. Особое внимание было обращено на такие показатели, как индекс массы тела: в среднем он составлял 32,7 кг/м²; а также такие показатели, как уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности, — были повышены у 65% и 89% соответственно. Из них у 59% пациентов отмечалось повышение уровня глюкозы в крови, что позволяет говорить о метаболическом синдроме у этих пациентов, при этом у 100% таких больных отмечалось снижение скорости клубочковой фильтрации до 59 мл/мин. У больных же с нормальным уровнем сахара в крови снижение скорости клубочковой фильтрации отмечалось только у 57,3% исследуемых. Полученные данные привели к необходимости коррекции в медикаментозной терапии, в первую очередь в гипотензивной. Была проведена замена β -блокаторов на блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) или на производные имидазолина (моксонидин). Замена β -блокаторов была связана с фармакологическими особенностями этих препара-

тов, в частности с их способностью тормозить липолиз, способностью повышать ЛПНП и соответственно коэффициент атерогенности, способностью влиять на концентрацию глюкозы крови.

Кроме этого, большое значение в комплексном лечении гипертонической болезни играют статины, так как являются также одними из важных факторов сдерживания сердечно-сосудистого риска. Выбор статинов очень важен и зависит не только от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, чьи значения позволяют определить процент, необходимый для их снижения, до достижения целевых значений, но и от скорости клубочковой фильтрации, в данном случае более актуальны липофильные статины (аторвастатин, симвастатин), которые выводятся в основном печенью, тем самым снижая нагрузку на почки, чем гидрофильные статины (розувастатин), которые выводятся из организма почками.

На фоне коррекции лечения также проводились консультации по организации правильного питания, активного образа жизни, необходимости к приверженности в проводимой терапии, пациенты были активно задействованы в «Школе по гипертонической болезни».

В ходе проводимой терапии в 100% случаях были достигнуты целевые значения артериального давления, снижение уровня общего холестерина и ЛПНП до целевых значений.

Учитывая, что метаболические нарушения способствуют более интенсивному прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний и существенно увеличивает риск развития осложнений, то лечение таких больных должно заключаться не только в препаратах, понижающих артериальное давление, но и в препаратах, положительно влияющих на метаболические нарушения.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, полученные нами данные позволяют сделать следующие выводы: необходимо более подробно собирать анамнез заболевания и жизни, проводить более тщательное исследование пациентов (особенно обращать внимание на липидный спектр, индекс массы тела, уровень сахара крови, скорость клубочковой фильтрации), что очень важно для индивидуального подбора лекарственных препаратов у данной группы пациентов, и все это с учетом клинических рекомендаций и стандартов лечения.

УДК 614.253:34

Ю. В. КЕМЕНЕВА, В. К. ФИЛИПPOB

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАГИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Оренбургской области

YU. V. KEMENEVA, V. K. FILIPPOV

GUIDE FOR MEDICAL WORKERS WHO NEED TO REACT TO ABUSIVE TREATMENT OF ELDERLY PERSONS

Bureau of forensic medical examination of Ministry of Health of Orenburg region

Значительной социальной проблемой в современном обществе является проблема жестокого обращения с человеком. Злоупотребление силой и властью в сочетании с личностными особенностями проявляется жестоким обращением с людьми, которые ввиду своего возраста, физического и психологического состояния, служебной зависимости являются незащищенными. Прежде всего, проблема жестокого обращения касается наиболее уязвимых групп населения: детей, людей с ограниченными способностями, людей пожилого и старческого возраста, супругов, а также лиц, подвергающихся насилию со стороны должностных лиц или иных лиц, выступающих в официальном качестве (сотрудники правоохранительных органов, учебных учреждений и пр.) [1].

В 2011 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала доклад по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми, где были изложены ключевые аспекты проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми и стратегии по его предотвращению. По определению ВОЗ, жестокое обращение с пожилыми людьми — это физическое, сексуальное, психологическое, финансовое насилие или пренебрежительное обращение с людьми в возрасте 60 лет и старше [2].

В России имеет место несовершенство регистрации и статистического учета внутрисемейных преступлений, что приводит к недооценке насилия внутри семьи, как самостоятельной проблемы. Существенным пробелом является отсутствие в Уголовном Кодексе отдельной статьи, предусматривающей наказание за жестокое обращение с пожилыми людьми, в то время как уголовная ответственность предусмотрена не только за жестокое обращение с несовершеннолет-

ними (ст. 156 УК РФ), но и за жестокое обращение с животными (ст. 245 УК РФ). Таким образом, установить количество случаев жестокого обращения с пожилыми людьми в России, а следовательно, оценить масштаб проблемы практически невозможно. Преступления, совершенные внутри семьи, относятся к категории латентных и труднодоказуемых. Пожилые люди часто боятся заявлять о насилии и не верят в защиту своих прав. В сложившейся ситуации особенно важна роль медицинских работников в раннем выявлении случаев жестокого обращения с пожилыми людьми. Часто они являются единственными свидетелями проявлений жестокого обращения, поэтому обладание специальными знаниями и навыками является необходимым для диагностики и принятия своевременных профилактических мер [3].

Алгоритм действий медицинских работников в случаях выявления жестокого обращения с пациентом включает своевременное информирование правоохранительных органов и тщательное оформление медицинской документации.

Медицинские организации передают сведения в территориальные органы Министерства внутренних дел Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации о поступлении (обращении) пациентов в случаях наличия у них признаков причинения вреда здоровью в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий». Указанный приказ содержит весьма подробную инструкцию по информированию и ведению соответствующей документации. При трактовке перечня признаков причинения вреда здоровью следует обратить внимание на то, что в нем приведены не только последствия насильственных действий. Два пункта — п. 13 — истощение и п. 14 — иные признаки причинения вреда

Кеменева Юлия Викторовна — врач-судебно-медицинский эксперт отдела сложных судебно-медицинских экспертиз; тел. 89128486574; e-mail: YKemenewa@gmail.com

Филиппов Владимир Константинович — к. м. н., начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы; тел. (3532) 77-08-31; e-mail: info@orensme.ru

здоровью, — подразумевают случаи бездействия — ненадлежащего ухода, пренебрежения нуждами или заброшенности. Диагноз «заброшенность» является одной из форм синдрома жестокого обращения (Т 74), входящего в класс XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» МКБ 10. Под заброшенностью (пренебрежение нуждами) понимают симптомокомплекс, развивающийся в результате неудовлетворения основных потребностей человека (отсутствие питания, одежды, жилья, медицинской помощи, базового гигиенического ухода), в связи с ненадлежащим уходом со стороны лиц, осуществляющих уход [4]. Проявлениями заброшенности являются признаки недостаточности питания, заболевания, развившиеся вследствие отсутствия гигиенического ухода (дерматиты, педикулез и пр.), запущенные рецидивирующие формы заболеваний, причиной которых является несвоевременное обращение за медицинской помощью, отказы от лечения, госпитализации и приема лекарственных средств со стороны законных представителей.

Оформление медицинской документации является чрезвычайно важным в случаях обнаружения признаков жестокого обращения у пациента. После получения извещения о признаках жестокого обращения правоприменитель с целью подтверждения данного факта назначает судебно-медицинскую экспертизу. Заключение эксперта в таких случаях является одним из наиболее объективных доказательств. Осмотр потерпевшего судебно-медицинским экспертом не всегда возможен и целесообразен (в связи с отдаленностью места проживания, поздним назначением судебно-медицинской экспертизы и пр.). Как правило, в основу заключения эксперта ложатся данные медицинской документации, оформление которой нередко играет решающую роль в расследовании. Мы рекомендуем обращать внимание на тщательный сбор анамнеза и подробное описание телесных повреждений. При описании повреждений необходимо придерживаться следующего порядка: 1) указать точную локализацию повреждения по отношению к общепринятым анатомическим ориентирам; 2) определить вид повреждения (кровоподтек, ссадина, рана); описать его форму в соответствии с простыми геометрическими фигурами и линиями (окру-

глая, овальная, линейная, полосовидная, ромбовидная и т. д.) или специфическую, отображающую контуры конкретного предмета (пряжка ремня, прута и т. п.); 3) указать направление длинника повреждения (поперечное, косопоперечное, продольное); 4) зафиксировать размеры: длину, ширину, глубину, а для звездчатых ран указывать длину каждого луча; 5) описать свойства телесного повреждения (кровоподтеки имеют багровую, синюшную, зеленую, желтую окраску, могут «цвести» — сочетать несколько цветов; ссадины могут иметь бледно-розовое дно, не покрытое корочкой или красно-коричневые корочки (тонкие или толстые)); 6) указать рельеф, наличие посторонних наложений и загрязнений в дне повреждений.

По оценкам ВОЗ, масштаб проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми будет возрастать в связи с увеличением численности людей в возрасте 60 лет и старше. Как показывает практика, только слаженное межведомственное взаимодействие может способствовать своевременному выявлению преступлений, связанных с жестоким обращением в отношении лиц пожилого возраста и их предотвращению.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кеменева, Ю. В. О синдроме жестокого обращения в судебно-медицинской практике / Ю. В. Кеменева, Л. Н. Лященко // *Актуальные вопросы судебной медицины и права : сб. науч.-практ. статей / Под ред. В. А. Спиридонова, Н. Ш. Нигматулина.* — Казань : Медицина, 2013. — С. 214-220.
2. *Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с людьми* // ВОЗ, 2011. — 9 с.
3. Аряев, Н. Л. *Современные аспекты синдрома жестокого обращения с детьми* / Н. Л. Аряев, А. П. Носкова // *Medicus Amicus. Международная медицинская газета.* — 2009. — № 1. — С. 4-5.
4. Ковалёв, А. В. *Проблемные аспекты уголовного производства и профилактики преступлений, связанных с жестоким обращением с детьми, и экспертные пути их решения* / А. В. Ковалёв, Ю. В. Кеменева // *Актуальные вопросы судебной медицины и проблемы токсикологии : мат. науч.-практ. конф. / Под ред. О. Б. Долговой, С. Л. Соколовой.* — Екатеринбург : Полиграфист, «Типография Для Вас», 2015. — С. 108-119.

УДК 616.12-008.331.1-08:615.22.03

А. И. КЛОЧКОВ, А. Г. НЕКРАСОВА, А. В. ГЛУХОТА, Л. В. СЕДОВА, Н. С. ШОКУРОВА, Ю. В. СИНЕЛЬЩИКОВА
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭДАРБИ (АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛ)
 В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНОЙ
 НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

A. I. KLOCHKOV, A. G. NEKRASOVA, A. V. GLUKHOTA, L. V. SEDOVA, N. S. SHOKUROVA, YU. V. SINEL'SHCHIKOVA
**EXPERIENCE OF EDARBI (AZILSARTAN MEDOXOMIL) USE FOR TREATMENT
 OF ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH CARDIAC FAILURE
 IN ELDERLY PERSONS**

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — изучение эффективности АРАП Азилсартана медоксомила «Эдарби» (Такеда Фарм-сьютикал Компани Лимитед, Япония) при артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с СН II–III функционального класса (ФК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Исследовали 36 пациентов с непереносимостью иАПФ с АГ в сочетании с СН (фракция выброса (ФВ) менее 45%), из которых было 10 мужчин и 26 женщин. Средний возраст пациентов составил 76,2±4,3 года. СН II ФК был у 20 больных, СН III ФК — у 16. У 14 пациентов была гипертоническая болезнь III ст., у 22 — имела стабильная стенокардия напряжения III ФК. Сократительную функцию миокарда левого желудочка оценивали при поступлении и через 4 недели на аппарате «Toshiba Arlio 300» секторным датчиком 2,8–4,4 Мгц по стандартной методике. Определялись: конечный диастолический объем (КДО) и конечный систолический объем (КСО) левого желудочка, его ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ). Эдарби назначали один раз утром, начиная с дозы 40 мг. Дозу препарата постепенно увеличивали, но не более 80 мг/сут. В комплекс лечения могли входить диуретики, антагонисты Ca²⁺, β-блокаторы и аспирин. Адекватность дозы оценивали по регрессу клинических симптомов, нормализации АД и ЧСС.

РЕЗУЛЬТАТЫ: антигипертензивный эффект азилсартана медоксомила развивался в течение первых 2 недель применения с достижением максимального терапевтического эффекта через 3–4 недели. При применении ЭДАРБИ достоверно на 15,6% снизилось АД_{сисст.} и на 13% АД_{диаст.}. Отмечалось уменьшение клинических симптомов в виде ослабления одышки, загрудинной боли, шума в ушах, головокружения. Снизился и средний ФК с 2,9±0,1 до 2,4±0,1. Не отмечено особой динамики КДО и КСО левого желудочка и УО. ФВ увеличилась достоверно на 3,8%, хотя и это небольшое увеличение расценено нами как успех. Препарат переносился пациентами вполне удовлетворительно и был отменен лишь у 1 больного из-за повышения уровня креатинина.

Таблица — Изменение показателей гемодинамики при применении Эдарби

Показатели	До лечения	После лечения
ЧСС, мин ⁻¹	96,3±3,1	83,9±2,4
АД _{среднее} *	98,1±6,2	89,2±3,3
КДО, мл	153,2±3,2	154,1±2,1
КСО, мл	94,7±2,3	93,3±2,7
УО, мл	59,5±2,7	62,6±1,9
ФВ, %	38±0,6	39,8±0,5

* — $AD_{\text{среднее}} = AD_{\text{диастолическое}} + 1/3 AD_{\text{пульсовое}}$

ВЫВОДЫ.

Применение АРАП Эдарби у пациентов пожилого возраста при АГ приводит к удовлетворительному контролю АД, снижению функционального класса СН, уменьшению симптомов ЗСН, незначительному увеличению ФВ левого желудочка без заметного изменения сократительной функции миокарда. Переносимость данного препарата удовлетворительная.

Клочков Алексей Игорьевич — заведующий кардиологическим (психосоматическим, гериатрическим) отделением; тел. 8 (3532) 56-02-78; e-mail: ogww@yandex.ru

Некрасова Александра Геннадиевна — врач-эндокринолог кардиологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-02-78; e-mail: ogww@yandex.ru

Глухота Анна Валерьевна — врач-кардиолог кардиологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-02-78; e-mail: ogww@yandex.ru

Седова Людмила Васильевна — врач-кардиолог кардиологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-02-78; e-mail: ogww@yandex.ru

Шокурова Наталья Сергеевна — врач-кардиолог кардиологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-02-78; e-mail: ogww@yandex.ru

УДК (616.7+616.8):616-08

А. П. КРАСНОВА, Н. П. ПИЩЕНКОВА, О. Н. ЗУЕВА, М. Ю. КАБАНОВ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА,

Санкт-Петербургский «Госпиталь для ветеранов войн»

A. P. KRASNOVA, N. P. PISHCHENKOVA, O. N. ZUEVA, M. YU. KABANOV

PRACTICAL OPPORTUNITIES OF MODERN MEDICAL REHABILITATION METHODS OF PATIENTS WITH NERVOUS AND MUSCULOSKELETAL SYSTEM DISORDERS

Saint-Petersburg hospital for war veterans

АКТУАЛЬНОСТЬ.

Увеличение доли пожилых людей в обществе (а в Санкт-Петербурге 26%) с заболеваниями нервной системы и переломами, нуждающихся в восстановительном лечении, частичном постороннем уходе и наблюдении, делает проблему оказания медико-социальной, лечебной и психологической помощи данному континенту весьма актуальной.

ЦЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ — оценить анамнез и результаты обследования пациента и после этого наметить реальные задачи восстановительного лечения. Планируемое лечение должно соответствовать возможностям пациента, которые необходимо точно знать. Терапевтические мероприятия должны охватывать все возможные расстройства, а не только наиболее явные двигательные и сенсорные нарушения. Определить направление работы с пациентами по уменьшению парезов, восстановлению координации и речи, восстановлению движений в прооперированных суставах, подбор медикаментозной терапии, для достижения определенного уровня функциональной независимости не только в пределах специализированного лечебного учреждения, но особенно дома и в социуме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

С мая 2013 г. по декабрь 2015 г. в 19 отделении медицинской реабилитации пролечено 1904 пациента:

после острого нарушения мозгового кровообращения	- 75%
операций на суставах	- 15%
после острого инфаркта миокарда	- 10%

Возраст пациентов — от 38 лет до 94 лет. Средний возраст — 78 лет.

Вновь поступившие в отделение пациенты осматриваются членами мультидисциплинарной бригады

в составе лечащего врача (невролог, травматолог), логопеда, психолога, врача по физиотерапевтическому лечению и лечебной физкультуре.

Этот осмотр включает:

- 1) знакомство с данными историй болезни и наблюдение за пациентом с целью изучения особенностей коммуникации, ориентировки в пространстве и времени, активности и способности к передвижению и самообслуживания;
- 2) нейропсихологическое обследование, состояние речи и других высших психических функций;
- 3) подбор медикаментозной терапии;
- 4) составление плана восстановительного лечения.

Время наступления стадии восстановления определяют обычно между второй и шестой неделями с момента инсульта. В это время у больного можно наблюдать самые разные клинические симптомы. Как правило, вначале наблюдается период мышечной слабости — гипотония. Потеря двигательной активности почти всегда сочетается с выраженными сенсорными нарушениями. Поэтому данный период для пациента наиболее труден. Затем мышечный тонус постепенно восстанавливается, начиная с дистальных отделов конечностей. Абсолютно полного восстановления, как правило, не бывает: практически всегда сохраняется легкая или умеренная двигательная недостаточность. В большинстве случаев процесс восстановления на этом не заканчивается. Вслед за периодом нормального тонуса наступает период повышенного тонуса мышц. В некоторых случаях при инсульте нарушаются функции мозжечка или всей мозжечковой системы, результатом чего является атаксия.

Для полноценного восстановления двигательных функций вся программа реабилитации направлена на предупреждение неправильных двигательных навыков вследствие аномального мышечного тонуса. Восстановление произвольных контролируемых движений должно распространяться от центра к периферии. Используются сенсорные команды в виде вербального и зрительного воздействия. Большой объем работы на отделении ложится на инструкторов по

Краснова Алла Петровна — заведующая отделением медицинской реабилитации; тел. 8 (812) 670-89-40; e-mail: Alla.P.Krasnova@mail.ru

лечебной физкультуре: пассивные движения, поддерживаемые активными движениями, и просто активные движения, а также правильный уход и позиционирование пациентов способствуют восстановлению после инсультов и операций на суставах. Механотерапия помогает расширить объем движений, закрепить достигнутые результаты, улучшить координацию. Конечная цель реабилитационного лечения состоит в том, чтобы научить пациента выполнять максимальный объем бытовых навыков даже при остаточных физических ограничениях.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ.

На отделении для пациента создана первичная коммуникативная среда, чтобы он мог общаться с пациентами с подобным заболеванием и не чувствовать себя одиноким.

Коллективная работа помогает сформировать у пациента установку на восстановление. Максимальная значимость придается всему реабилитационному процессу, так как безразличное отношение к болезни специалистов и больного препятствуют преодолению дефекта. Логопед участвует в восстановлении пони-

мания обращенной речи и улучшении устной речи, чтения, письма и счета. При помощи эрготерапевта формируются навыки самообслуживания, пациент обучается гигиеническим навыкам, самостоятельно одеваться и принимать пищу без помощи медицинского персонала, быть активным в пределах кровати, палаты и отделения.

Эффективность реабилитации пациентов обеспечивается комплексом мероприятий: кинезиотерапией, индивидуальными и групповыми занятиями с инструктором по лечебной физкультуре, массажем, физиотерапией, работой с логопедом и психологом, а также социально-бытовой реабилитацией и лекарственной терапией.

При работе с больными в условиях стационара очень важны личные качества персонала, умение сочувствовать и сопереживать, доброта и неистощимое терпение и тактичность.

За представленный период из отделения выписано с улучшением 90% пациентов, 8% без динамики, и 2% переведены в профильные отделения с ухудшением гемодинамики.

УДК 616.711.6/.7:615.8

Л. П. КУЗНЕЦОВА, Л. В. ЛИПАЙ

ВОЗМОЖНОСТИ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы

L. P. KUZNETSOVA, L. V. LIPAY

POSSIBILITIES OF SHOCK WAVE THERAPY IN CASE OF LUMBAR SPINE PATHOLOGY

Hospital for war veterans no. 2 of Moscow public health department

Сакроилеит представляет собой воспалительный процесс в месте сочленения крестцовых и подвздошных костей, развивающийся при серонегативных спондилоартритах, дегенеративных изменениях в позвоночнике, имеющий непрерывно прогрессирующий характер, сопровождающийся инвалидизацией и социальной дезадаптацией больных. Стандартная терапия сакроилеита зависит от этиологической причины, но обычно включает обезболивающие, противовоспалительные средства, хондропротекторы, различные варианты массажа и лечебную физкультуру. В последние десятилетия к базовой терапии добавили игло-рефлексотерапию, воздействие электромагнитным

излучением различной длины волны. Одним из новых методов лечения является ударно-волновая терапия, улучшающая микроциркуляцию в зоне воздействия, что сопровождается активацией обменных и регенеративных процессов, уменьшением отека тканей, а также разрушением микрокристаллов солей кальция. В то же время в литературе имеются сообщения об отсутствии эффекта от применения ударно-волновой терапии при сакроилеите.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценить эффективность ударно-волновой терапии у пациентов с дегенеративными изменениями пояснично-крестцового отдела позвоночника в сочетании с сакроилеитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Было исследовано 37 пациентов остеохондрозом позвоночника на уровне L1 — S1 и клинико-инструментальными критериями сакроилеита. В группе было 12 мужчин и 35 женщин в возрасте от 39

Кузнецова Лариса Петровна — к. м. н., заведующая физиотерапевтическим отделением; тел. 8 (499) 940-99-93; e-mail: kuznetsovavv2(a>yandex.ru

Липай Елена Владимировна — врач-нейрохирург

до 72 лет (средний возраст — $58,2 \pm 5,1$ года). Продолжительность заболевания составила в среднем $6,5 \pm 3,1$ года. Для оценки болевого синдрома и нарушения жизнедеятельности использовали опросник Освестри. Сеансы ударно-волновой терапии проводились с помощью аппарата «BTL — 6000 SWTEASY» (Великобритания — Чехия) паравертебрально на пояснично-крестцовый отдел позвоночника (частота 7 гц, давление — 2 бар, 2000 ударов на процедуру) 2 раза в неделю с продолжительностью курса 5 процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

До начала лечения сумма баллов нарушения жизнедеятельности составляла в среднем $34,4 \pm 2,1$ балла (58%). К концу курса терапии сумма баллов достоверно снизилась до $26,8 \pm 2,0$ балла ($p < 0,01$). В целом улучшение самочувствия после курсового применения ударно-волновой терапии отметили 34 из 37 па-

циентов (91,8%). Два пациента не нашли положительных сдвигов в своем состоянии, а у одного пациента зарегистрировали незначительное усиление болевого синдрома. При анализе динамики состояния пациентов по разделам опросника Освестри максимальное снижение количества баллов отмечено в первых 5 из них, особенно был выражен обезболивающий эффект. Уменьшение болевого синдрома выявили у 11 пациентов после второй процедуры ударно-волновой терапии, у 20 — после третьего сеанса. Большая часть пациентов (27) отметили улучшение самообслуживания, увеличение дистанции ходьбы и продолжительности нахождения в сидячем положении.

ВЫВОДЫ.

Ударно-волновая терапия повышает эффективность комплексного лечения больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

УДК 613.6/8-051:615.851-084(470.56)

К. В. КУЛИШОВА

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

K. V. KULISHOVA

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG DOCTORS AND ITS CORRECTION

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Проблема синдрома эмоционального выгорания в последнее время становится все более актуальной. Однако если в научной литературе встречается достаточное количество статей, свидетельствующих о распространенности данного синдрома среди медицинского персонала, то данных о профилактике его развития либо о коррекции данного состояния практически нет.

Термин «выгорание» (burnout) ввел в 1974 г. американский психиатр Х. Дж. Фрейденберг (Freidenberger) для характеристики состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном эмоциональном общении с клиентами при оказании профессиональной помощи. Эмоциональное выгорание — это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы: спасатели, врачи, учителя, консультанты и т. п. Возникновение истощения в случае эмоционального выгорания связывается именно с взаимодействием «человек — человек». По мнению В. В. Бойко, эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного

или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия.

В 2015 году в Оренбургском областном клиническом психоневрологическом госпитале для ветеранов войн нами было начато проведение психологических тренингов, направленных на профилактику синдрома эмоционального выгорания среди врачей. При первоначальном исследовании методикой «Диагностика уровня эмоционального выгорания личности» (В. В. Бойко) было выявлено, что у 50% опрошенных сотрудников сформирована фаза резистенции, т. е. сопротивление психологических защит. Данная фаза проявляется в нарастающем раздражении по отношению как к пациентам, так и к коллегам, бессознательным стремлением к сокращению обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат, ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение. При этом «выгорающий» человек сам не может понять причину нарастающей в нем волны раздражения. В фазе резистенции возможности для работы в предлагаемом режиме исчерпываются, и психика человека начинает бессознательно менять режим, удаляя факторы, ставшие стрессогенными: сочувствие, эмпатию, сопереживание людям. У 10% докторов сформирована фаза истощения, а у

Кулишова Ксения Сергеевна — медицинский психолог отделения медико-психологической реабилитации и психотерапии; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

50% она находится в стадии формирования. В этой фазе ресурсы психики полностью исчерпаны, происходит соматизация, велика вероятность развития психосоматических и психовегетативных нарушений.

В течение года еженедельно нами проводились занятия, направленные на обучение техникам релаксации, осознания собственных чувств и эмоций, разрешения конфликтных ситуаций, обучение коммуникативным навыкам и навыкам эмоционального интеллекта, формирование позитивного мышления. С этой целью были применены техники арт-терапии; телесно-ориентированной и когнитивно-бихевиоральной терапии.

При первичном исследовании у 60% опрошенных был диагностирован симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств», который проявляется острым осознанием проблем, накоплением негодования, недовольства ситуацией, усилением раздражительности и недоверия. После проведения тренинговых занятий этот показатель снизился в два раза. Ежедневно сталкиваясь со множеством человеческих проблем, переживаний, болезней, врач несет колоссальную эмоциональную нагрузку. При этом самостоятельно он не всегда может найти ресурсы для совладания со стрессовой ситуацией. По мере накопления стрессовых факторов у специалиста включаются защитные механизмы в виде первоначального исключения эмоциональной сферы из профессиональной деятельности (человек постепенно научается работать как робот), а затем отмечается полная или частичная утрата интереса к чело-

веку, как к субъекту профессиональной деятельности. Однако как любой защитный механизм он является неосознаваемым и, как видно из последствий, неконструктивным, т. к. в дальнейшем провоцирует развитие психосоматических и психовегетативных нарушений.

В нашей работе было эмпирически доказано, что при проведении своевременной психологической коррекции возможна редукция или же полное купирование синдрома эмоционального выгорания. Так, через год нами было проведено повторное исследование, в результате которого у 90% врачей отмечается значительная положительная динамика и ни у одного из опрошенных не было выявлено сформировавшейся фазы. При этом отмечалась большая эмоциональная и личностная включенность, стабилизация психоэмоционального состояния. Целенаправленное повышение эмоциональной компетентности привело к овладению навыками по управлению эмоциями, их вербализации, эмоциональной открытости, эмпатии, а в целом личностной и интеллектуальной готовности при решении профессиональных задач.

Учитывая эффективность проведенной работы, с 2016 года нами была создана группа по профилактике эмоционального выгорания среди среднего медицинского персонала, что является не менее актуальным и востребованным, т. к. именно медицинские сестры обеспечивают результативность производственной деятельности лечебно-профилактического учреждения, а это возможно лишь при высоком потенциале их здоровья.

УДК 616.858 (470.56)

Т. А. КУТНИКОВА, В. В. СМІРНОВА, И. В. ГОЛОВИНА, Ю. Б. ЧУФИСТОВА
СТРУКТУРА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

T.A. KUTNIKOVA, V.V. SMIRNOVA, I.V. GOLOVINA, YU.B. CHUFISTOVA
STRUCTURE OF PARKINSON'S DISEASE IN ORENBURG REGION

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Кутникова Татьяна Александровна — к. м. н., врач-невролог Центра (кабинета) экстрапирамидной патологии консультативно-диагностической поликлиники; тел. 89123526471; e-mail: tkutnikova@mail.ru

Смирнова Вилера Владимировна — врач-невролог отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 8 (3532) 56-18-55; e-mail: ogww@yandex.ru

Головина Ирина Вячеславовна — заведующая консультативно-диагностической поликлиникой; тел.: 8 (3532) 56-03-15, 8 (3532) 43-07-71; e-mail: ivt.191@yandex.ru

Чуфистова Юлия Борисовна — медсестра Центра (кабинета) экстрапирамидной патологии консультативно-диагностической поликлиники; тел. 8 (3532) 56-03-12; e-mail: ogww@yandex.ru

Болезнь Паркинсона (БП) — хроническое неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание. Частота встречаемости БП увеличивается с возрастом и достигает 1% в популяции среди лиц старше 70 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить некоторые демографические, медико-социальные и клинические характеристики болезни Паркинсона у жителей Оренбургской области.

МЕТОДЫ.

Методом поперечного исследования нами были проанализированы данные о пациентах с БП, обра-

тившихся в Оренбургский областной центр (кабинет) экстрапирамидной патологии (ЦЭП) с января по май 2016 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

За указанный календарный период в Оренбургский областной ЦЭП обратилось 423 пациента с БП. Средний возраст обследованных больных составил 68,2 года при разбросе от 26 до 87 лет. В изучаемой группе моложе 40 лет было 5 человек, в возрасте 40–59 лет — 98 лиц, практически одинаковое число пациентов зарегистрировано в возрастных группах 60–69 и 70–79 лет — 138 и 137 соответственно. Старше 80 лет было 45 обратившихся. Гендерный индекс составил 1,96 с существенным преобладанием женщин.

Вследствие территориальной доступности в исследуемой группе преобладали жители города Оренбурга — 60%, приезжие из других городов Оренбургской области составили 13%, сельские жители — 27%. Это несколько не соответствует распределению численности населения нашей области (28%, 32% и 40% соответственно). Таким образом, реже всего посещают ЦЭП жители небольших городов Оренбургской области.

В клинической картине заболевания преобладали пациенты с ригидно-дрожательной (смешанной) формой БП — 313 человек (74%). Изолированный акинетико-ригидный синдром наблюдался у 64 человек (15%), дрожательная форма — у 45 человек (11%). Такое соотношение соответствует литературным данным о встречаемости различных форм заболевания. У 31 пациента было сочетание БП и эссенциального тремора (преимущественно семейного варианта). Умеренные и выраженные лекарственные осложнения наблюдались у 57 больных (все принимали препараты леводопы), психотические нарушения выявлены у 23 пациентов.

Распределение по стадиям было следующим: I стадия (гемипаркинсонизм) — 39 человек (9%), II стадия — 107 (25%), IIb стадия — 61 (14%). Число пациентов с III стадией преобладало (166 человек — 39%).

Это связано с тем, что по мере прогрессирования заболевания в данной группе требуется более тщательный подбор лечения, чаще возникают осложнения длительной дофаминергической терапии. IV стадия диагностирована у 49 больных (12%), с V стадией заболевания за указанный период обратившихся в ЦЭП не было, что связано с крайне ограниченной мобильностью этих пациентов.

Как известно, дрожательная форма заболевания является более «доброкачественной», медленнее прогрессирует. Пациенты с БП, у которых была диагностирована дрожательная форма, чаще имели начальные стадии заболевания — 34 человека (75,5%). Развернутые стадии (IIb и III) наблюдались у 24,5%. Поздних стадий БП при дрожательной форме выявлено не было. При акинетико-ригидной форме симптомы паркинсонизма всегда более выражены и быстро прогрессируют. Из числа больных с преобладанием акинезии и ригидности 38 лиц (59%) имели III и IV стадии. Ранние проявления постуральной неустойчивости были при акинетико-ригидной форме у 12 человек (19%). Начальные стадии диагностированы у 23% пациентов, в том числе I стадия — у 4 человек. Более раннее начало терапии должно модифицировать прогноз в этой группе.

Большая часть (60%) пациентов с БП имели группу инвалидности, из них с I группой было 7 человек, со II и III — 156 и 90 соответственно. 165 обратившихся не имели группы инвалидности, часть из них проходила медицинскую комиссию перед направлением на МСЭ. Следует отметить несоответствие числа пациентов с III стадией БП (166 человек) и частоту установления III группы инвалидности (что по новым критериям МСЭ должно коррелировать).

ТАКИМ ОБРАЗОМ, встречаемость БП достаточно высока в популяции жителей Оренбургской области. Ведение регистра пациентов с болезнью Паркинсона позволяет проводить анализ клинических данных и своевременно корректировать работу ЦЭП.

УДК УДК (616.36+616.8-00):575.1

Т. А. КУТНИКОВА¹, А. А. ШУДАБАЕВА²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА

¹ — Областной центр экстрапирамидной патологии поликлиники
² — Оренбургский государственный медицинский университет

T. A. KUTNIKOVA¹, A. A. SHUDABAEVA²

MEDICAL CASE OF CEREBRAL FORM OF WILSON'S DISEASE

¹ — Regional center of extrapyramidal pathologies
² — Orenburg State Medical University

Болезнь Вильсона–Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация) — редкое хроническое прогрессирующее наследственно-дегенеративное заболевание с

сочетанным поражением центральной нервной системы и печени. Его частота — 2–3:100 000 в популяции. Заболевание передается по аутосомно-рецессивному

типу. Ген АТР7В, кодирующий медьтранспортную АТ-Фазу, расположен на 13-й хромосоме. Избыточное содержание меди в гепатоцитах вызывает образование свободных радикалов и некроз клеток. В дальнейшем происходит высвобождение накопленной меди в кровь и ее отложение в органах-мишенях. Выделяют брюшную форму, встречающуюся в детском возрасте и характеризующуюся поражением печени, церебральную и смешанную формы. Дебют церебральной формы приходится на возраст от 15 до 50 лет. Характерными симптомами являются дрожание (в том числе по типу «трепетания крыльев птицы»), дистонии, хореоатетоз, паркинсонизм, дизартрия, дисфагия, деменция.

Пациентка К., 25 лет, впервые обратилась в Оренбургский областной центр экстрапирамидной патологии (ЦЭП) в 2012 году с жалобами на тремор головы, появившийся 2 года назад. Перинатальный период протекал без патологии, росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Семейный анамнез не отягощен. Перенесенные ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации, ОНМК отрицала. По результатам лабораторных и инструментальных обследований (в т. ч. исследование крови на церулоплазмин) патологии не выявлено. Был выставлен диагноз «цервикальная дистония (ретроколлиз), преимущественно клоническая форма». Назначено лечение: баклофен, топирамат.

Повторное обращение в ЦЭП в феврале 2016 года. Самочувствие ухудшилось. Усилилось дрожание, появились слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, слюнотечение, нарушение речи, глотания. В клинической картине наблюдался генерализованный дистонический гиперкинез с вовлечением мимической мускулатуры (дистоническая улыбка), мышц гортани и глотки, верхних и нижних конечностей (эквиноварусная установка стоп), больше справа. Дрожательный гиперкинез головы и туловища (титубация) и тремор рук с преобладанием в проксимальных отделах по типу «хлопающих крыльев». Значительная дизартрия, постоянная сиалорея, дисфагия. Движения в конечностях резко замедлены. Походка спастико-атактическая. Сухожильные рефлексы торпидные с двух сторон. Патологических пирамидных знаков нет. Тазовые функции контролирует. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, в том числе показатели функции печени, — без отклонений от нормы. Церулоплазмин в сыворотке крови снижен до 0,05 г/л (норма — 0,16–0,45

г/л). На УЗИ внутренних органов — эхографические признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Рентгенденситометрия показала остеопороз, Т-индекс: -2,6. МРТ головного мозга: МР картина атрофических изменений с преимущественным вовлечением стволовых структур, наличием зон измененного МР сигнала в белом веществе лобных долей, базальных ядер, среднем мозге. Наружная заместительная гидроцефалия. Окулистом колец Кайзера-Флейшера не обнаружено.

В психической сфере — снижена критика к своему состоянию. При оценке когнитивных функций с помощью шкал: MMSE — 21 балл (легкая степень деменции), MoCa — 13 баллов (деменция), батарея лобной дисфункции — 10 баллов (выраженные нарушения).

С учетом наличия у пациентки множественных экстрапирамидных нарушений (дистония, паркинсонизм, тремор «хлопающих крыльев»), прогрессивного развития заболевания в течение 6 лет со значительным нарушением познавательных функций, снижения церулоплазмينا крови и изменений на МРТ, вовлекающих стволовые структуры и базальные ганглии, выставлен диагноз «болезнь Вильсона-Коновалова, ригидно-дрожательная форма».

Основу лечения составляет принцип выведения из организма избыточной меди и предотвращение ее накопления. Препаратом выбора является D-пеницилламин (купренил). Проводится титрование препарата до 1,5–2 г/день. D-пеницилламин обладает антипиридоксиновым эффектом, поэтому к лечению добавляют витамин B₆. В качестве альтернативы предложено использование препаратов цинка. Важным является ограничение в рационе продуктов, богатых медью: орехов, шоколада, грибов, печени, соевых продуктов, ракообразных и морской рыбы. Данной пациентке было назначено: купренил 250 мг 4 раза в сутки, пиридоксина гидрохлорид 0,01, по 2 таб. 3 раза в день, витамин D3 0,25 мкг/сут., соблюдение диеты.

На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика: купировался дрожательный гиперкинез, уменьшились дистонические проявления и сиалорея, улучшилась речь, что подтверждает поставленный диагноз.

Таким образом, раннее выявление болезни Вильсона-Коновалова и незамедлительное назначение патогенетической терапии способствует регрессу заболевания и улучшению качества жизни пациентов. Лицам, имеющим экстрапирамидные нарушения в возрасте до 40–50 лет, необходимо обязательно исключать гепато-лентиколярную дегенерацию (проводить анализ крови на церулоплазмин, содержание меди в крови и суточной моче). В диагностически сложных случаях данные обследования необходимо повторять.

Кутникова Татьяна Александровна — к. м. н., врач областного Центра экстрапирамидной патологии поликлиники; тел. 89123526471; e-mail: tkutnikova@mail.ru

Шубадаева А. А. — клинический ординатор кафедры неврологии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 76-93-34; e-mail: k_nevrolog@orgma.ru

УДК 616.366-002.2-003.7-089-053.9

И. Г. ЛЕЩЕНКО, Т. А. СТОВОЛКОВА, И. К. АЛЕКСАНДРОВ, Б. И. КАПЛАН, Н. А. КРЕЧКО

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПОЖИЛЫХ

Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн

I. G. LESHCHENKO, T. A. STOVOLKOVA, I. K. ALEKSANDROV, B. I. KAPLAN, N. A. KRECHKO

MODERN SURGICAL APPROACH IN MANAGEMENT OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PERSONS

Samara region clinical hospital for war veterans

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — разработка хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), хроническим калькулезным холециститом (ХКХ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В хирургическом отделении СОКГВВ с 1994 по 2014 годы проходили лечение с ЖКБ, ХКХ 905 больных, из которых оперировано 821. Возраст оперированных больных — от 60 до 102 лет. Среди них мужчин — 443 (49%) и 462 (51%) — женщин.

Обследование больных проводили согласно регионарными и федеральными протоколам. При этом у каждого больного было выявлено от 2 до 6 сопутствующих заболеваний, которые нуждались в предоперационной коррекции.

Первую группу составили 540 (65,8%) больных, которым после комплексного обследования была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Во вторую группу вошли 304 (37%) больных, которым выполнены симультанные операции (ЛХЭ сочеталась с другими операциями).

Проведенная нами сравнительная оценка показала, что выполнение сочетанных операций в 1,5–1,8 раза снижает экономические затраты по сравнению с поэтапным хирургическим лечением. При этом значительно улучшается качество жизни этой категории больных.

Переход с лапароскопического на лапаротомный доступ осуществлен у 33 (4,0%) пациентов (третья группа).

Больным четвертой группы (25 больным; 3,0%) выполнена традиционная холецистэктомия (ТХЭ) — лапаротомным доступом в связи с установлением до

операции противопоказаний к ЛХЭ: холедохолитиаз; спаечная болезнь брюшной полости.

Пятую группу составили 84 (9,2%) больных с ХКХ, которым плановая операция была противопоказана в связи с тяжелым общим соматическим фоном, не купирующимся интенсивной терапией, высоким операционным риском.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Выработанная нами лечебная тактика позволила улучшить качество лечения старых людей с ЖКБ, ХКХ. Об этом свидетельствует небольшое число послеоперационных осложнений (местные — от 1,2 до 7,7%, общие — от 3,6 до 25,8%) и низкий процент летальных исходов. В ближайшем послеоперационном периоде умерли 3 (0,36%) больных. Причинами смерти были тромбоэмболия легочной артерии у 1 (0,12%) больной второй группы, острая сердечная недостаточность — у 1 (0,12%) больного третьей группы, острая сердечная и легочная недостаточность — у 1 (0,12%) больного четвертой группы.

ВЫВОДЫ:

1. Высокое качество дооперационного обследования, внедрение в практику малоинвазивных хирургических технологий (ЛХЭ и др.) и совершенствование анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии в специализированных гериатрических хирургических отделениях значительно расширяют возможности выполнения плановых операций у пожилых пациентов с ЖКБ, ХКХ.

2. В настоящее время для определения тактики планового хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с ЖКБ, осложненной ХКХ, целесообразно выделять пять категорий пациентов. Части из этих больных (37%) возможно выполнение симультанных операций (ЛХЭ и другие операции), что в 1,5–1,8 раза снижает экономические затраты по сравнению с поэтапным хирургическим лечением и значительно улучшает качество жизни этой категории больных.

Лещенко Игорь Георгиевич — д. м. н., ведущий хирург; тел. 8 (846) 951-75-81; e-mail: sokgvv@mail.ru

Столкова Татьяна Анатольевна — 3. вр. РФ, к. м. н., заместитель начальника по медицинской части; тел. 8 (846) 951-42-11; e-mail: sokgvv@mail.ru

УДК 616.1

Н. В. МАКСУМОВА¹, М. В. КОРМАЧЕВ², Ф. Ф. ГАЛИУЛЛИНА², Ю. Э. ТЕРЕГУЛОВ¹

ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

¹ — Казанская государственная медицинская академия

² — Госпиталь для ветеранов войн г. Казани

N. V. MAKSUMOVA¹, M. V. KORMACHEV², F. F. GALIULLINA², YU. E. TEREGULOV¹

CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IDENTIFICATION DURING WAR VETERANS EXAMINATION ON OUTPATIENT BASIS

¹ — Kazan State Medical Academy

² — Kazan hospital for war veterans

Наиболее значимыми по продолжительности и числу участников для России стали военные события в Афганистане (1978-1989 гг.) и Чечне (1999-2009 гг.) [1]. У лиц, воевавших в Афганистане и в Чеченской республике, преобладает полипатология. Особенно уязвимой в этом отношении оказывается сердечно-сосудистая система [2]. Люди с посттравматическим стрессовым расстройством подвержены риску раннего начала гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний и деменции [3].

Анализ информации о состоянии и структуре заболеваемости среди ветеранов современных войн свидетельствует об отсутствии единых методологических подходов как к проведению диспансерных осмотров этих контингентов, так и к оценке состояния их здоровья на основании заболеваемости по обращаемости [4].

В связи с этим возникла необходимость в разработке специальной программы обследования ветеранов с учетом характерной для данного контингента патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — разработка программы для раннего выявления сердечно-сосудистой патологии у ветеранов боевых действий на амбулаторном этапе обследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Обследовано 88 участников боевых действий в Афганистане и Чечне, в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст — 48,96±6,56 года (M±σ). Из них 76 человек — ветераны боевых действий в Афганистане, средний возраст — 49,68±5,66 года (M±σ), 12 — участники контртеррористических операций в Чечне, средний возраст — 44,33±9,76 года (M±σ).

Всем пациентам проводилось стандартное обследование в соответствии с приказом МЗ РФ от 03.12.2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрос-

лого населения». Далее проводилось обследование по специально разработанной программе (расширенное обследование) с добавлением методов:

— вычисление лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с применением системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и расчета лодыжечно-плечевого индекса с использованием аппарата МИТАР-012-»Р-Д»;

— исследование variability ритма сердца (ВРС) в течение 5 минут с помощью комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор «Эксперт-01».

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica 8.0. Средние значения представлены в виде M±σ. Анализ качественных признаков проводили методом χ².

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

При стандартной диспансеризации заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлено 74 случая: артериальная гипертензия (АГ) — 29 случаев (39,2%), хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) — 19 (25,7%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 16 (21,6%), нарушения ритма сердца — 10 (13,5%).

Использование новых методов диагностики (анализ ВРС и вычисление ЛПИ) в ходе диспансеризации позволило дополнительно выделить группы риска пациентов по тем или иным заболеваниям. Таким образом, на основании данных анализа ВРС пациенты с симпатикотонией и дезадаптацией были определены в группу риска по сердечно-сосудистой патологии. Так же и пациенты с измененными значениями ЛПИ были обследованы на предмет наличия у них сердечно-сосудистых заболеваний. Это позволило дополнительно выявить пациентов, нуждающихся в более подробном обследовании на втором этапе диспансеризации.

На этапе расширенного обследования ветеранов патология сердечно-сосудистой системы была выявлена в количестве 122 заболеваний (АГ — 35 (28,7%), ХОЗАНК — 41 (33,6%), ИБС — 21 (17,2%), нарушения ритма сердца — 25 (20,5%) случаев), что оказалось достоверно больше, чем на этапе стандартной диспансеризации (p<0,001).

Максумова Неля Васильевна — ассистент кафедры функциональной диагностики; тел. 89172578003; e-mail: nv_maks@mail.ru

Кормачев Михаил Васильевич — главный врач; тел. 8 (843) 560-53-86; e-mail: gvv.Kazan@tatar.ru

Галиуллина Фания Фатхисламовна — зав. отд. функциональной диагностики; тел. 89178893590; e-mail: Faniya.Galiullina@tatar.ru

Терегулов Юрий Эмильевич — к. м. н., доцент, заведующий кафедрой функциональной диагностики; тел. 8-917-264-70-04; e-mail: tereg2@mail.ru

Таблица — Выявленная патология ССС при стандартном и расширенном обследовании ветеранов боевых действий

Выявленные заболевания	Стандартное обследование, n=88		Расширенное обследование, n=88		p
	Абс.	Кол-во заболеваний на 1 пациента	Абс.	Кол-во заболеваний на 1 пациента	
Заболевания ССС	74	0,84	122	1,39	<0,001
АГ	29	0,33	35	0,40	0,433
ИБС	16	0,18	21	0,24	0,459
Нарушения ритма	10	0,11	25	0,28	0,008
ХОЗАНК	19	0,22	41	0,47	<0,001

Примечание — p — вероятность различий долей выявленных заболеваний при стандартном и расширенном диспансерном обследовании ветеранов, определенной методом χ^2 .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Расширение стандартной диспансеризации показало свою эффективность в выявлении патологии в целом, а в особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы, в большей степени нарушений ритма сердца (p=0,008) и ХОЗАНК (p<0,001). Это связано с тем, что анализ вариабельности ритма позволил выявить вегетативный дисбаланс, снижение вариабельности ритма сердца, которые часто взаимосвязаны с нарушениями ритма сердца и поэтому косвенно указывают на них. Определение ЛПИ позволило выявить признаки системного атеросклероза, являющегося патогенетической основой облитерирующих заболеваний сосудов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Литвинцев, С. В. Боевая психическая травма / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М.

: Медицина, 2005. — 432 с.

2. Покровский, В. М. Сердечно-сосудистый синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма / В. М. Покровский // Краснодар : Кубань-книга, 2010. — 244 с.

3. Tanielian, T. Military Caregivers Cornerstones of Support for Our Nation's Wounded, Ill, and Injured Veterans. (Report NO.-RR-244-TEDF) / T. Tanielian, R. Ramchand, M. P. Fisher et al. — Santa Monica, CA: RAND. — 2013. — P. 132-136.

4. Шеенко, О. Н. Состояние здоровья населения Крайнего Севера, проблемы и перспективы его сохранения и укрепления / О. Н. Шеенко // Здоровоохранение : журн. для руководителя и гл. бухгалтера. — 2001. — Т. № 11. — С. 30-41.

УДК 159.922.7:616.12-008.3

Н. В. МАКСУМОВА¹, М. В. КОРМАЧЕВ², Р. Р. МУХАМАТДИНОВ², Ю. Э. ТЕРЕГУЛОВ¹

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ДАННЫМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

¹ — Казанская государственная медицинская академия

² — Госпиталь для ветеранов войн г. Казани

N. V. MAKSUMOVA¹, M. V. KORMACHEV², R. R. MUKHAMATDINOV², YU. E. TEREGULOV¹

ANALYSIS OF CONNECTION OF HEART RATE VARIABILITY PARAMETERS AND THE DATA OF PSYCHOLOGY TEST OF WAR VETERANS ON OUTPATIENT BASIS

¹ — Kazan State Medical Academy

² — Kazan hospital for war veterans

На протяжении многих лет человеческой истории военные действия рассматривались как социальные катастрофы, оставляющие после себя огромное количество людей, пострадавших физически, материально и психически [1]. Стресс воздействует на различные системы организма: кору головного мозга, подкорковые

и ствольные структуры, симпатический отдел вегетативной нервной системы [2]. Адаптивные реакции при воздействии экстремального фактора всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценка взаимосвязи между вегетативным тонусом, уровнем адаптации и результатами психологического тестирования при проведении скринингового обследования ветеранов боевых действий на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Обследовано 88 участников боевых действий в Афганистане и Чечне, в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст — 48,96±6,56 года (M±σ). Из них 76 человек — ветераны боевых действий в Афганистане, средний возраст — 49,68±5,66 года (M±σ), 12 — участники контртеррористических операций в Чечне, средний возраст — 44,33±9,76 года (M±σ).

Всем пациентам проводилось стандартное обследование в соответствии с приказом МЗ РФ от 03.12.2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» с последующим расширением обследования по специально разработанной программе, с добавлением методов исследования:

- анализ variability ритма сердца (BPC) в течение 5 минут с помощью комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор «Эксперт-01»;
- психологическое тестирование методом анкетирования, включавшее опросник «Миссисипская шкала» (военный вариант) и опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, адаптация Н. В. Тарабриной [4].

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica 8.0. Средние значения представлены в виде M±σ. Проведен корреляционный анализ методом Спирмена взаимосвязи психологического состояния ветеранов боевых действий с данными анализа BPC.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

По данным анкетирования ветеранов по «Миссисипской шкале» (военный вариант), посттравматического стрессового расстройства у пациентов выявлено не было. По результатам обработки опросника выраженности психопатологической симптоматики для анализа были взяты показатели, связанные с соматическим здоровьем, а именно — уровни соматизации (SOM), депрессии (DEP) и тревоги (ANX). Повышение уровня соматизации выявлено у 21 (23,9%) человека, уровня депрессии — у 7 (8%), уровня тревоги — у 10 (11,4%) пациентов.

На основании анализа variability ритма сердца полученные результаты были интерпретированы с разделением пациентов на группы по вегетативному тону (пациенты с симпатикотонией, нормотонией, парасимпатикотонией), уровню изменения variability ритма сердца (нормальная BPC и три степени ее снижения) и уровню адаптации (удовлетворительная и три степени дезадаптации) [5].

Существует доказательство того, что BPC снижается при наличии депрессивного расстройства, определяя прямую связь между variability и депрессивными, а также сопутствующими тревожными расстройствами [6]. Пациентов с симпатикотонией выявлено 46 (52,3%) человек, с нормотонией — 35 (39,7%), с парасимпатикотонией — 7 (8%). По уровню изменения variability ритма сердца: нормальная variability выявлена у 37 (42%) человек, умеренно сниженная — у 25 (28,4%), низкая — у 18 (20,5%), ригидность сердечного ритма — у 8 (9,1%) пациентов. По уровню адаптации: удовлетворительная адаптация — у 35 (39,8%) человек, напряжение — у 26 (29,5%), неудовлетворительная — у 21 (23,9%), срыв адаптации — у 6 (6,8%) человек. Выявлена достоверная корреляция между уровнем вегетативного тонуса и соматизацией (p<0,05), между значениями соматизации, тревоги и уровнем адаптации (p<0,05).

Таблица — Корреляция между показателями вегетативного тонуса, variability ритма сердца, уровнем адаптации и значениями соматизации, тревоги и депрессии

Параметры	Баланс BPC	BPC	Уровень адаптации
SOM	r=-0,268; p=0,031	r=-0,075; p=0,551	r=0,432; p<0,001
DEP	r=-0,181; p=0,150	r=-0,062; p=0,625	r=0,193; p=0,123
ANX	r=-0,238; p=0,056	r=-0,045; p=0,720	r=0,254; p=0,041

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Выявленная взаимосвязь между показателями BPC и данными психологического обследования говорит о преобладании у пациентов с повышенной соматизацией симпатической вегетативной регуляции и о наличии дезадаптации у пациентов с повышенным уровнем тревоги или соматизации. Таким образом, применение метода анализа variability ритма сердца в скрининговых обследованиях позволит выявить ветеранов с симпатикотонией и дезадаптацией, которым нужно рекомендовать прохождение психологического обследования с целью раннего выявления психопатологической симптоматики.

Максумова Неля Васильевна — ассистент кафедры функциональной диагностики; тел. 89172578003; e-mail: nv_maks@mail.ru
Кормачев Михаил Васильевич — главный врач; тел. 8 (843) 560-53-86; e-mail: gvv.Kazan@tatar.ru
Мухаматдинов Рамиль Рафизович — зам. главного врача по поликлинической службе; тел. 89270391998; e-mail: gvv.Kazan@tatar.ru
Терегулов Юрий Эмильевич — к. м. н., доцент, заведующий кафедрой функциональной диагностики; тел. 89172647004; e-mail: tereg2@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА:

1. Литвинцев, С. В. Боевая психическая травма / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.
2. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под редакцией А. М. Вейна. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003 — 752 с.
3. Смекалкина, Л. В. Клинико-диагностические аспекты последствий боевого стресса / Л. В. Смекалкина, С. А. Шевцов // Вестник новых медицинских технологий. — 2007. — Т. XIV, № 2. — С. 199-200.
4. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматических стрессовых расстройств / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
5. Максумова, Н. В. Оценка вегетативного тонуса и уровня адаптации на основании комплексного анализа показателей вариабельности ритма сердца / Н. В. Максумова // Практическая медицина. — 2015. — № 3(88), Т. 1. — С. 46-51.
6. Kemp, A. H. Depression, Comorbid Anxiety Disorders, and Heart Rate Variability in Physically Healthy, Unmedicated Patients: Implications for Cardiovascular Risk / A. H. Kemp, D. S. Quintana, K. L. Felmingham, S. Matthews, H. F. Jelinek // PLoS ONE. — Feb. — 2012. — Vol. 7. — Issue 2. — P. 1.

УДК 616-006-052-085

О. П. МАЛЫШКИНА

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

O. P. MALYSHKINA

DRUG TREATMENT OF CHRONICAL PAIN SYNDROME IN ONCOLOGY PATIENTS

Orenburg region clinical oncology dispensary

Хроническая боль является одной из основных причин обращения за медицинской помощью. У 40–50% больных она связана с онкологическими заболеваниями. Актуальность проблемы связана с тем, что, по прогнозам ВОЗ, в ближайшем будущем заболеваемость и смертность от рака будет расти, в связи с чем увеличится число пациентов с болевым синдромом. В России ежегодно умирает около 300 тысяч пациентов от онкологических заболеваний и выявляется около 500 000 новых случаев онкозаболеваний. Боль сопровождает пациента на любой стадии опухолевого процесса. На начальных стадиях опухолевого процесса боль бывает у 35–50% пациентов, при прогрессировании ЗНО их число увеличивается до 75%, а в терминальной стадии 95–100% больных испытывают болевой синдром. У 90% онкологических больных болевой синдром связан с опухолью, в 10% причиной боли являются сопутствующие заболевания.

Боль является субъективным переживанием, и оценка ее выраженности строится на ощущениях пациента, но при этом надо учитывать индивидуальные особенности восприятия боли, индивидуально-психологический характер пациента.

Для диагностики интенсивности болевого синдрома вначале проводится анализ боли:

- 1) число и локализация очагов боли;

- 2) длительность предшествующего болевого анамнеза;
- 3) применение анальгетиков;
- 4) эффективность предшествующей терапии боли;
- 5) влияние боли на физическую активность, продолжительность сна, возможность приема пищи.

Для оценки интенсивности боли применяют шкалу вербальных оценок (ШВО), которая заполняется врачом со слов пациента:

- 0 — боли нет;
- 1 — слабая боль;
- 2 — умеренная боль;
- 3 — сильная боль;
- 4 — нестерпимая боль.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) — от 0–100%, выполняет сам пациент с помощью линейки.

/ _____ /
 0 — нет боли 100% — нестерпимая боль

Для диагностики нейропатического компонента боли применяют опросник DN4 (Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire, French Neuropathic Pain Group, P. Bouhassira, 2004 год).

Маркерами нейропатической боли являются различные типы сенсорной дисфункции (ВОЗ, 2012 год): аллодиния, гипо- или гиперестезия, парестезии, дизестезия, гипер- или гипеоалгезия.

Основным методом лечения боли в онкологии является лекарственная терапия опиоидными препаратами.

Она проводится в соответствии с пятью принципами, провозглашенными ВОЗ в 1996 г.:

Малышкина Ольга Петровна — врач-онколог, главный внештатный специалист МЗ Оренбургской области по вопросам паллиативной медицинской помощи; тел. 8 (3532) 33-23-93; e-mail: mail-1978@mail.ru

1. «Через рот».
 2. «По часам».
 3. «По восходящей».
 4. «Индивидуальный подход».
 5. «С вниманием к деталям».
- «Лестница обезболивания ВОЗ» 1986 г.

1-я ступень: неопиодные анальгетики (НПВП, парацетамол) ± адьювантная терапия.

2-я ступень: слабый опиоидный анальгетик ± неопиоиды ± адьювантная терапия.

3-я ступень: сильные опиоиды ± неопиаты ± адьювантная терапия.

У детей, согласно рекомендациям ВОЗ от 2012 г, «лестница обезболивания» состоит из 2-х ступеней:

1-я ступень (легкая боль): неопиоидные анальгетики ± адьювант.

2-я ступень (умеренная и сильная боль): сильные опиоидные анальгетики ± адьювант.

Критерии болевого синдрома слабой интенсивности (1-я ступень «лестницы обезболивания»):

- 1) непродолжительный болевой анамнез;
 - 2) интенсивность боли 0–40% по ВАШ;
 - 3) высокая эффективность неопиоидных анальгетиков;
 - 4) отсутствует нарушение ночного сна из-за боли.
- Применяемые препараты.

Парацетамол и комбинированные препараты на его основе (разовая доза — 0,5–1,0, максимально 4,0 г в сутки, интервал приема — 4–6 часов).

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Метамизол натрия и комбинированные препараты на его основе (разовая доза 250–1000 мг, суточная 2000 мг, интервал приема 8–12 часов).

Критерии умеренной боли (2-я ступень):

- 1) интенсивность по ВАШ 40–70%;
- 2) препараты 1-й ступени малоэффективны (действие не более 1–3 часов);
- 3) ночной сон нарушен приступами боли.

Применяемые препараты: **Трамадол** — «мягкий» опиоидный анальгетик (разовая доза — от 50 мг до 100, 200 мг в таблетках, в таблетках длительного высвобождения — Ретард по 100, 150, 200 мг, в свечах по 100 мг, максимальная суточная дозировка — 400 мг). Комбинированный препарат Трамадол + Парацетамол содержит Трамадол (37,5 мг) + Парацетамол (325 мг), по 1–2 таблетки 2–4 раза в день.

Дигидрокодеин — таблетки продленного действия (10–12 часов), в разовой дозе от 60 или 90 мг 2 раза в день, максимальная суточная доза — 240 мг.

При неэффективности или непереносимости вышеуказанных препаратов применяются **Просидол** или сильные опиоидные анальгетики в низких дозах:

Просидол (пропионилфенилэтоксиперидин) — 20–40 мг/сутки (защечно).

ТТС Фентанила — 12,5 мкг/ч.

ТТС с Бупренорфином — 35 мкг/ч.

Морфина сульфат в таблетках пролонгированного действия (10–20 мг/сутки).

Морфина сульфат в капсулах пролонгированного действия (10–20 мг/сутки).

Критерии сильной боли (3-я ступень):

- 1) интенсивность боли более 70% по ВАШ;
- 2) недостаточная эффективность трамадола с НПВП;
- 3) нарушение ночного сна из-за болей.

Применяются сильнодействующие опиоидные анальгетики:

— **Морфин**, таблетки пролонгированного действия (МСТ — континус), **морфин сульфат**, капсулы пролонгированного действия по 10, 30, 60 и 100 мг, разовая доза — 10–100 мг (и более), суточная доза — до 400 мг и более. Морфин не имеет «потолка» анальгетического действия, в отдельных странах при длительном применении дозы могут возрастать в десятки раз относительно «стартовой». Если невозможно достичь адекватной анальгезии при пероральном или трансдермальном применении опиоидов, то допустимо в/в или п/к введение опиоидного препарата.

— **Фентанил**: трансдермальная терапевтическая система (ТТС). Дозировки — 12,5, 25, 50, 75 и 100 мкг/ч, действие 1 пластыря — 72 часа (3 суток). Начальная дозировка для пациентов, получавших трамадол в суточной дозе 300–400 мг, составляет 25 мкг/ч. Для больных, получавших морфин, трамадол или просидол, дозу ТТС подбирают по специальной таблице эквивалентности доз.

— **ТТС с Бупренорфином**: пластыри с содержанием Бупренорфина 35; 52; 5; 70 мкг/ч, максимальная доза — 140 мкг/ч, длительность действия — до 4-х суток, несовместим с Фентанилом и Морфином.

Промедол (Тримеперидин) не предназначен для длительной терапии. Основным показателем к его применению является, прежде всего, острая боль (сильной и средней интенсивности): послеоперационная боль, травмы, ожоги, болевой синдром в клинике внутренних болезней (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда и др.).

Очень важным является контроль прорывов боли на фоне лечения. Прорывы слабой боли (1-я ступень) следует контролировать адьювантными и симптоматическими средствами. Прорывы боли умеренной силы (2-я ступень) на фоне терапии Трамадолом. Дигидрокодеином можно контролировать дополнительным назначением Трамадола, введением НПВП. Прорывы сильной боли (3-я ступень) можно купировать приемом Просидола от 10–20–40 мг защежно или под язык; назначением Морфина (или Омнопона) по 5–10 мг в/в, п/к, в/м или применением Морфина короткого действия в дозе 1/6 суточной дозировки.

УДК 617.51/.53-006-089-036.82

А. А. МАТЧИН

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ*Оренбургский государственный медицинский университет**Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн*

A.A. MATCHIN

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER*Orenburg State Medical University**Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital*

Реабилитация больных опухолями головы и шеи продолжает оставаться важной проблемой онкологии, которой посвящен целый ряд исследований [1, 2, 5]. Актуальность проблемы обусловлена значительным числом больных со злокачественными опухолями данной локализации, при этом основной процент заболевших составляют лица, достигшие творческого расцвета, занимающие определенное социальное положение в обществе, обладающие значительным мастерством.

Данные онкологической статистики свидетельствуют, что за последнее десятилетие не произошло существенного увеличения числа больных с I и II стадией опухолевого процесса к моменту начала специального лечения. Большинство пациентов имеет местнораспространенную (T3-T4) форму заболевания, когда единственным вариантом радикального пособия является проведение комбинированного либо комплексного лечения, основным этапом которого является хирургическое вмешательство [3, 6, 7].

При местнораспространенном раке органов полости рта нередко имеет место макро- или микроскопическая инвазия опухоли в челюстные кости. По данным М. А. Кропотова и соавт. (2011), это обуславливает необходимость выполнения различного объема резекций нижней челюсти при операциях по поводу новообразований языка (13%) и дна полости рта (38%). Сегментарная резекция последней даже небольшой протяженности приводит к выраженной деформации периферического речевого аппарата, дефектам звукопроизношения и речевой ритмики. Наличие культи языка, дефекты небных дужек, отсутствие фрагмента челюсти способствуют развитию полиморфной дислалии. Возникают затруднения акустического восприятия речи пациента [1]. Нарушаются слюноотделение, артикуляция челюсти, затрудняется жевание, формирование пищевого комка, глотание. Изменяется привычный образ жизни, меняется мотивация, ценностные ориентации и, наряду с проблемой «как долго прожил больной после лечения», возникает

новая проблема — «как он прожил эти годы» (рис. 1, 2). Становится очевидной необходимость проведения коррекций возникших нарушений с помощью сложного комплекса реабилитационных мероприятий, позволяющих ускорить ресоциализацию больных в семье и обществе, а медицинская и социальная реабилитация должна стать составной частью лечения [2, 8].

Нередко функциональные и косметические расстройства у прооперированных больных обусловлены не только объемом резецированных тканей, но и тем, что после выполнения расширенно-комбинированных операций у значительного количества пациентов наблюдаются расхождение швов и гнойно-некротические процессы в послеоперационных ранах вследствие ухудшения репаративных возможностей облученных тканей [5].

Наблюдения свидетельствуют, что программа реабилитационных мероприятий должна разрабатываться индивидуально для каждого больного и, по возможности, совмещаться с лечебным процессом. Она определяется локализацией, стадией, морфологическим строением опухоли, методом лечения, объемом оперативного вмешательства, состоянием психики, возрастом и др. Программа включает весь комплекс диагностических и лечебных мероприятий, обеспечивающих избавление пациента от основного заболевания и осложнений, связанных с методами лечения. Обеспечивает восстановление здоровья, оптимальные анатомо-функциональные результаты лечения, максимальное сохранение нормального психологического статуса.

В успешном решении поставленных задач ведущее значение имеют максимально раннее начало реабилитационных мероприятий, непрерывность, этапность, четкая преемственность на всех этапах. В тесном сотрудничестве работают хирург-онколог, лучевой терапевт, химиотерапевт, челюстно-лицевой хирург, ортопед, логопед и психолог.

С момента диагностики, уточняющей характер заболевания и принятия решения о методе лечения больного, основное внимание должно быть уделено вопросам психо-профилактической подготовки заболевших к радикальному лечению, стимуляции защитных сил организма.

Матчин Александр Артемьевич — 3. в.р. РФ, д. м. н., заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел.: 8 (3532) 34-92-82; 30-10-73; e-mail: almatchin@bk.ru



Рис. 1 — Больная после электрохирургической резекции правой половины верхней челюсти с экзентерацией глазницы



Рис. 2 — Внешний вид больного с орофарингостомой. Зондовое питание. Выполнена расширенно-комбинированная операция по поводу продолженного роста местнораспространенного РСОРП после ЛТ в СОД 66 Гр. Послеоперационный период осложнился некрозом кожно-фасциального лоскута с боковой поверхности шеи

У большинства пациентов выявляются астено-тревожно-депрессивные расстройства, отличающиеся значительной степенью тяжести. При благоприятных вариантах длительность психологических реакций и пограничных психических расстройств составляет от 1–2 недель до 2–4 месяцев. При менее благоприятных вариантах расстройства могут принимать затяжной характер и сопровождаются патологическим развитием личности по типу хронической депрессии. Все это может вести к отказу от радикального лечения, явиться причиной суицидальных мыслей и даже поступков [9].

Психотерапевтическая работа с больными требует значительных усилий и умения со стороны врача. Она проводится в течение всего периода заболевания,

способствует появлению позитивного настроения на лечение, снижает чувство страха, уменьшает эмоциональное напряжение.

В процессе подготовки пациентов к специальному лечению обязательной является санация полости рта. Вопрос об удалении металлических коронок и искусственных зубов в зоне прямого пучка лучевого воздействия решается индивидуально.

При проведении лучевой терапии (ЛТ) успеху реабилитации способствует тесное сотрудничество хирурга и лучевого терапевта. Размещение, количество и величина полей, СОД определяются локализацией, распространенностью первичной опухоли, наличием регионарных метастазов, выбранным методом лечения.

На этапе хирургического вмешательства предоперационная подготовка направлена на нормализацию белкового, водно-электролитного обмена, функций паренхиматозных органов, эндокринной системы, гемодинамики. Продолжительность и объем подготовки определяются индивидуально.

Основные мероприятия медицинской реабилитации начинаются во время проведения радикального хирургического вмешательства. На этом этапе задачей реабилитации является обеспечение безопасности проведения операции и ближайшего послеоперационного периода. Рациональный хирургический доступ позволяет обеспечить хороший обзор, дифференцировку патологически измененных и здоровых тканей, избежать резекции неповрежденных тканей [3, 6]. Наибольшее значение придается предотвращению массивного венозного или артериального кровотечения из сонной артерии и ее ветвей, а также обеспечению свободного дыхания. Последнее достигается расширением показаний к наложению трахеостомы перед основной операцией. Показанием к трахеостомии является не только невозможность интубации при ограничении открывания рта, но и угроза развития окклюзии верхних дыхательных путей в раннем послеоперационном периоде после хирургических манипуляций в ротовой полости. Трахеостома улучшает условия проведения электрорезекции в ротовой полости, облегчает уход за послеоперационной раной и полостью рта, предотвращает возможность развития асфиксии в ближайшем послеоперационном периоде.

Объем резецируемых тканей зависит от общего состояния пациентов, степени распространения опухоли на соседние анатомические области, клинической формы роста опухоли, наличия регионарных метастазов, эффекта предшествующего операции лучевого или химиолучевого воздействия.

Предоперационная ЛТ, особенно если она проводилась по радикальной программе, недостаток мягких

тканей, широкое сообщение полости рта с обширной раневой поверхностью в подчелюстной области и на шее, массивное бактериальное загрязнение операционной раны создают неблагоприятный фон для заживления. При расхождении краев раны во рту инфицированное содержимое из ротовой полости поступает в рану подчелюстной области и на шею с последующим развитием там гнойно-некротического процесса и угрозой вторичного кровотечения из сонных артерий.

Профилактике этого тяжелого осложнения способствует нормализация белкового, водного и электролитного обменов на этапе предоперационной подготовки. Имеют значение бережное обращение с тканями в процессе операции, тщательный гемостаз, активное дренирование раны в течение первых 2–4 суток после операции, дополнительное укрытие каротидных сосудов мышечными лоскутами на питающих ножках. Последние могут быть выкроены при выполнении операции Крайла из лестничных, трапециевидной, грудино-подъязычной мышц. Хорошо васкуляризируемая мышца обеспечивает надежное укрытие сонной артерии в случае расхождения краев раны, является дополнительным источником кровоснабжения артериальной стенки.

После удаления местнораспространенной опухоли органов полости рта устранить послеоперационный раневой дефект простым сближением краев раны чрезвычайно трудно, а порой и невозможно. Эффективным методом реабилитации является первичная реконструкция полости рта, позволяющая во время операции более надежно разобщить ротовую полость и послеоперационную рану в подчелюстной области и на шее. Одновременно создаются более благоприятные условия для восстановления функции глотания, жевания, речи и последующего протезирования зубного ряда. Это достигается использованием известных способов кожной и костной пластики. После выполнения расширенно-комбинированных операций с замещением послеоперационных дефектов различными вариантами лоскутов с осевым сосудистым рисунком, выкроенными вне зоны лучевого воздействия, существенно снижается число местных послеоперационных осложнений.

Правильный выбор метода первичной или отсроченной пластики дефектов нижней челюсти является сложной и до конца нерешенной проблемой. Применение реконструктивных титановых пластин позволяет устранить дефекты бокового отдела тела нижней челюсти и ветви, если доза ЛТ, проведенной на первом этапе лечения, не превышает 40 Гр (рис. 3). Эта методика может использоваться у больных с неблагоприятным онкологическим прогнозом вследствие распространенности первичной опухоли либо при двусто-

роннем поражении лимфатических узлов шеи, а также у пациентов с серьезной сопутствующей патологией.

При комбинированных дефектах нижней челюсти перспективным является использование реконструктивных титановых пластин различных конструкций в комбинации с кожно-мышечными лоскутами либо использование свободных реvascularизированных костных трансплантатов с микрососудистыми анастомозами.



Рис. 3 — Послеоперационный дефект тела и ветви челюсти замещен реконструктивной титановой пластиной. Выполнено протезирование зубов с опорой на имплантаты

Не преследуя цель дать сравнительную оценку различным способам первичного замещения пострезекционных изъянов челюстно-лицевой области, их отдельным преимуществам или недостаткам, следует еще раз подчеркнуть важность и необходимость выполнения первичных восстановительных операций после хирургического удаления местнораспространенных опухолей головы и шеи. Первичная пластика позволяет сократить сроки заживления раны и существенно облегчить реабилитацию тяжелой категории больных. Однако выбор способа пластического восстановления послеоперационного дефекта должен быть строго индивидуальным.

Реабилитационные мероприятия в госпитальном периоде должны обеспечивать оптимальные условия, способствующие наиболее полному клиническому и функциональному выздоровлению. Они проводятся в хирургическом отделении до выписки больного из стационара в течение 3–4 недель. Сохраняются все приемы предыдущего этапа реабилитации, варьируется лишь их интенсивность и длительность в соответствии с индивидуальными показаниями. Закрепляются навыки самообслуживания, ухода за полостью рта, жевания, глотания, речи, а при соответствующих показаниях и самостоятельного зондового питания. Большое значение в социальной реабилитации больных принадлежит логотерапии. Этап речевой реабилитации пациентов начинается в раннем послеопера-

ционном периоде сразу после снятия швов, удаления носо-пищеводного зонда, закрытия превентивной трахеостомы. Продолжается целенаправленная работа с родственниками больного, обучение их особенностям ухода и общения с больным.

Наши многолетние наблюдения свидетельствуют, что выполнение вышеизложенных принципов реабилитации больных опухолями головы и шеи позволяет к моменту выписки из стационара уменьшить лимфостаз лица, восстановить достаточный объем движений в височно-нижнечелюстном суставе, в плечевом поясе, добиться удовлетворительной подвижности культи языка, внятной речи.

В отдаленном периоде реабилитационные мероприятия закрепляют эффект предыдущих этапов, уменьшают или устраняют функциональные и косметические нарушения, возникшие в результате проведенной терапии. Длительность этапа в среднем — от 6–8 месяцев до 1,5–2 лет.

В этот период основная задача реабилитации заключается в своевременном выявлении рецидива, метастазов или новой злокачественной опухоли. При наличии показаний проводится специализированное лечение.

Динамическое наблюдение невозможно без точного соблюдения больными срока назначенной явки на контрольный осмотр, наличия грамотно составленной медицинской документации и четкой преемственности между различными лечебными учреждениями.

Немаловажным фактором в повышении эффективности медицинской реабилитации является рациональное ортопедическое лечение. Тесное сотрудничество и преемственность в лечении между хирургом, выполняющим операцию, и стоматологом-ортопедом способствуют достижению успеха. Комплексный подход к лечению этой сложной категории больных с участием этих специалистов позволяет определить объем ортопедической помощи до проведения восстановительных операций, на разных этапах восстановительного лечения, а также после завершения пластических операций. Успеху медицинской реабилитации способствует объединение усилий хирурга и ортопеда-стоматолога в одном учреждении.

Вопрос о возвращении к трудовой деятельности больных с сомнительным прогнозом (T1-3N1M0; T3N0M0) решается не ранее чем через год после окончания специального лечения. На этот срок устанавливается II–III группа инвалидности в зависимости от локализации новообразования и степени нарушения функций после лечения. Наименее перспективны в плане возвращения к труду больные с отягощенным прогнозом (T4N0-1M0; T1-4N2-3M0). Эта группа больных переводится на I–II группу инвалидности.

Подобное деление в определенной мере условно. В целях динамического наблюдения за течением онко-

логического заболевания и за состоянием трудоспособности проводятся периодические освидетельствования, как правило, раз в год, строго придерживаясь принципа индивидуализации в определении степени утраты трудоспособности. Учитываются профессиональные факторы, противопоказанные больным после радикального лечения.

Таким образом, реабилитация больных с местнораспространенными опухолями головы и шеи является чрезвычайно сложным и многоэтапным процессом, который носит непрерывный характер, позволяющим возвращать больных к полноценной жизни и труду или создавать условия комфортного существования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балацкая, Л. Н. Речевая реабилитация после хирургического лечения больных опухолями органов полости рта и глотки / Л. Н. Балацкая, Е. Л. Чойнзонов, З. Д. Кицманюк, С. Ю. Чижевская // *Паллиативная медицина и реабилитация*. — 2003. — № 2. — С. 26.
2. Козлов, В. А. Проблема реабилитации больных раком органов полости рта / В. А. Козлов, А. А. Матчин // *Институт стоматологии*. — 2014. — № 1 (62). — С. 34-36.
3. Кропотов, М. А. Общие принципы лечения больных первичным раком головы и шеи / М. А. Кропотов // *Практическая онкология*. — 2003. — Т. 4, № 1. — С. 1-8.
4. Кропотов, М. А. Хирургические вмешательства на нижней челюсти при раке слизистой оболочки полости рта / М. А. Кропотов. — С. 18-20 // *Современные методы диагностики и лечения рака слизистой оболочки полости рта* / Сост. А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская, С. О. Подвязников, Е. Л. Чойнзонов. — М., 2011. — 47 с.
5. Матчин, А. А. Рак органов полости рта (лечение, осложнения, реабилитация больных) : автореф. дис. ... докт. мед. наук / А. А. Матчин. — СПб., 2007. — 43 с.
6. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи : клиническое руководство / А. И. Пачес. — М. : *Практическая медицина*, 2013. — 278 с.
7. Петрова, Г. В. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями / Г. В. Петрова, Н. В. Харченко, О. П. Грецова и [др.]. — С. 4-129 // *Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность)* / Под. ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М., 2011. — 259 с.
8. Салатун, А. Н. Реабилитация больных в онкологии: (Обоснование, подходы и результаты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Салатун. — Уфа, 2002. — 22 с.
9. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России накануне XXI века как медицинская и

социальная проблема / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Л. В. Ременник // *Российский онкол. журнал.* — 1998. — № 3. — С. 8-21.

10. Takushima, Akihiko. *Mandibular Reconstruction*

Using Microvascular Free Flaps: A Statistical Analysis of 178 Cases / Takushima Akihiko, Harii Kiyonori, Asato Hirota, Nakatsuka Takashi, Kimata Yoshihiro. // Plast. Reconstr. Surg. — 2001. — 108 (6). — P. 1555-1563.

УДК 616-006.5:616.366

А. О. МИРОНЧЕВ¹, О. В. МИРОНЧЕВ¹, Д. Ф. МИРОНЧЕВА²

ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПОЖИЛЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ — *Оренбургский государственный медицинский университет*

² — *Клиника промышленной медицины, г. Оренбург*

A. O. MIRONCHEV¹, O. V. MIRONCHEV¹, D. F. MIRONCHEVA²

GALLBLADDER POLYPS IN ELDERLY PEOPLE (LITERATURE REVIEW)

¹ — *Orenburg State Medical University*

² — *Clinic of industrial medicine, Orenburg*

В настоящее время достаточно частой патологией желчного пузыря в зрелом и пожилом возрасте стали полиповидные образования, выявляемые при ультразвуковом исследовании, компьютерной или магнитно-резонансной томографии органов верхнего этажа брюшной полости. По данным ряда авторов, частота выявления полиповидных образований желчного пузыря составляет от 4 до 6%, возрастая прямо пропорционально с увеличением возраста [1–3]. Другие разграничивают методику, при которой выявились полипы. Так, Н. Л. Yang с соавторами (1992) описывают до 13,8% случаев холецистэктомий, при которых определялись полипы желчного пузыря [4]. В 1990 году две независимых группы исследователей под руководством N. Heyder и T. Jorgensen получили схожие данные по выявлению данной патологии при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, что составило от 1,5 до 4,5% случаев [5, 6]. Частота выявления этой патологии увеличивается, и, конечно, это в первую очередь связано с большей диагностической значимостью радиологических методов исследования в последнее десятилетие [7], а также с увеличением продолжительности жизни населения.

Впервые классификация полипов желчного пузыря была предложена А. Н. Christensen в 1970 году на основе изученных 180 случаев доброкачественных опухолевых и псевдотуморозных образований желчного пузы-

ря. Первым звеном классификации является деление образований на доброкачественные и злокачественные [8–10]. Доброкачественные поражения подразделяются на неопластические и неопухоловые. Самым часто встречающимся доброкачественным образованием желчного пузыря является аденома. Лейомиомы и липомы, как представители мезодермальных доброкачественных опухолей, встречаются крайне редко [11].

Самой частой неопухоловой (псевдотуморозной) природой полипов желчного пузыря являются холестериновые полипы (холестероз), за ними следуют аденомиомы и воспалительные полипы [4, 8].

Холестероз известен достаточно давно. Считается, что впервые о нём было доложено в 1857 году Вирховым в докладе о роли желчного пузыря в процессе метаболизма липидов [12]. Холестероз представляет собой отложение липидов в слизистой стенки желчного пузыря. У некоторых пациентов это может приводить к развитию симптомов, сходных с желчнокаменной болезнью [13].

Крайне интересным является тот факт, что очень часто одновременно в желчном пузыре находят холестероз в сочетании с желчнокаменной болезнью [5], хотя, как будет сказано далее, общность факторов риска этих нозологий не доказана. К тому же камни желчного пузыря встречаются достоверно чаще у женщин, а холестероз желчного пузыря имеет равные доли при гендерном разделении [14].

Морфологически холестероз представляет из себя патологические отложения триацилглицеридов, предшественников холестерина и его эфиров в слизистой желчного пузыря. Такие скопления липидов приводят к появлению включений желтоватого цвета, видимых невооруженным взглядом. Слизистая вокруг этих включений за счет воспалительного процесса гиперемирована, и создается картина, описанная как

Мирончев Антон Олегович — к. м. н., доцент кафедры терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: antomirr@mail.ru

Мирончев Олег Викторович — к. м. н., доцент кафедры терапии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 31-54-33; e-mail: k_terary@orgma.ru

Мирончева Дина Фаварисовна — врач ультразвуковой диагностики Клиники промышленной медицины; тел. 89058914612; e-mail: antomirr@mail.ru

«клубничный желчный пузырь». Около 2/3 всех случаев холестериновые отложения имеют размер менее 1 мм в диаметре, что называется диффузным вариантом холестероза. В 1/3 случаев отложения липидов более 1 мм и имеют полиповидную форму (полиповидный тип холестероза) [14]. Такие полипы могут отрываться и приводить к возникновению симптомов, характерных для желчнокаменной болезни: желчной колике, обострению панкреатита и механической желтухе.

В 1960 году был предложен термин гиперпластические холецистозы, в которые включили холестероз и аденомиоматоз желчного пузыря, так как кроме воспалительных проявлений эти состояния имели признаки гиперплазии [15].

Самым часто встречаемым злокачественным поражением желчного пузыря является аденокарцинома. Плоскоклеточный рак, муцинозные цистаденомы и аденоакантомы желчного пузыря встречаются редко [13].

Перед врачом встает несколько важных вопросов: когда данные образования можно рассматривать как доброкачественные, а когда как злокачественные; какую тактику ведения пациента выбрать, на что его ориентировать; каковы красные флаги малигнизации. Именно малигнизация имеет плохой прогноз и требует раннего и активного лечения пациента [16-19].

Говоря о факторах риска развития полипов, необходимо отметить исследование Т. Jorgensen с соавторами (1990), в котором они показали отсутствие связи возникновения полипов желчного пузыря с возрастом, полом, количеством беременностей, массой тела, использованием пероральных гормональных препаратов, т. е. тех факторов, которые ассоциированы с желчнокаменной болезнью [5].

Существует ряд обсуждаемых факторов, которые могут свидетельствовать о доброкачественной или злокачественной природе полиповидного образования желчного пузыря. К ним в первую очередь относятся: размер, возраст пациента и количество полипов. Так, возраст является хорошо известным фактором риска малигнизации [5, 20, 21].

Ряд исследований демонстрирует взаимосвязь между наличием у пациента метаболического синдрома и развития холестериновых полипов [1, 22, 23]. Также известно, что одиночный полип желчного пузыря имеет большую вероятность малигнизации [21, 24].

В настоящее время проводится большое количество исследований относительно тактики ведения пациентов с полипами желчного пузыря, особенно если их размер находится в пределах около 10 мм, объеме хирургического вмешательства. Особенно интересным является диагностика холестериновых полипов желчного пузыря [25-28].

Так, S. Hye-Lin с коллективом соавторов провели исследование на 187 пациентах, которым была проведена холецистэктомия по поводу полипа желчного пузыря с размером около 10 мм. Пациенты набирались в течение 10 лет и были разделены на 2 группы: с холестериновыми полипами (146 пациентов) и нехолестериновыми полипами (41 пациент). Разделение основывалось на послеоперационном морфологическом заключении. Авторы оценивали пол, возраст, присутствие желчных камней, данные УЗИ, компьютерной томографии, данные патологоанатомического исследования операционного материала. Оказалось, что пациенты с холестериновыми полипами были моложе и имели больший индекс массы тела, общий холестерин, уровень лейкоцитов, но статистически эти различия не подтвердились. Интересным оказалось то, что 28,6% холестериновых полипов не обнаруживались при проведении дооперационной компьютерной томографии, тогда как количество не выявляемых нехолестериновых полипов при компьютерной томографии были статистически достоверно меньше (8%) [11].

Многие исследования показывают более высокую частоту малигнизации при размере полипа более 10 мм и рассматривают этот факт как показание для оперативного лечения [4, 25, 29, 30]. Данные авторы наблюдали в своём исследовании схожую тенденцию, но в то же время отмечали значительное количество холестериновых полипов желчного пузыря размером более 10 мм. Таким образом, становится достаточно трудно делать выводы о природе полипа по его размеру из-за противоречивости имеющихся в литературе данных.

Авторы приходят к выводу, что клинически значимыми признаками холестериновой природы полипа могут являться более молодой возраст пациента с повышенным индексом массы тела, полипы которые визуализируются только по ультразвуковому исследованию желчного пузыря, а на компьютерной томографии не определяются. Кроме того, исследование показало, что более 90% нехолестериновых полипов были единичными, тогда как 60% холестериновых полипов были множественными, но статистически данная закономерность не подтвердилась.

По данным патологоанатомических исследований, нехолестериновые полипы могут быть [25, 27]:

- гиперпластическими;
- аденоматозными;
- воспалительными;
- соединительнотканнными;
- злокачественными.

Причем чаще встречаются аденоматозные и гиперпластические.

Для оценки риска малигнизации успешным в использовании критериев является размер обнаруженного полипа. Так, полипы более 2 см чаще всего являются злокачественными, и во многих случаях диагностируется рак желчного пузыря. Полипы размером от 1 до 2 см должны рассматриваться как потенциально имеющие риск малигнизации.

Эти утверждения подтверждены несколькими патологоанатомическими исследованиями, в которых была получена частота малигнизации при размере полипов более 1 сантиметра от 43 до 77 процентов [25]. А при размере полипов более 2 см в 100 процентах случаев [31].

Диагностика полипов желчного пузыря основана в первую очередь на проведении ультразвукового исследования. Причем данная методика позволяет диагностировать данную патологию с высокой частотой. Диагностируются полипы как одиночные или множественные экзогенные образования, отличающиеся от желчных камней тем, что они фиксированы и не смещаются при повороте пациента с одного бока на другой. Кроме того, полипы не имеют акустической тени.

В литературе встречаются статьи, посвященные применению доплерографии при ультразвуковом исследовании желчного пузыря для дифференцировки доброкачественных и злокачественных полипов. В данных работах оценивалось наличие цветового сигнала, спектрограмма, индекс резистивности, скорость кровотока [32-34].

К основным ультразвуковым отличительным характеристикам полипов относятся: экзогенность, особенности поверхности полипа и наличие или отсутствие ножки.

Следующие особенности были установлены:

- холестеринные полипы являются более однородными, имеющими ножку, более экзогенными по отношению к паренхиме печени образованиями. Могут иметь гиперэхогенные мелкие включения. Поверхность может быть неровной по типу «малины». Чаще всего холестеринные полипы менее 1 см;

- аденомы являются однородными, изоэхогенными по отношению к печени образованиями, имеют ровную поверхность, не имеют ножки;

- аденокарциномы являются однородными, неоднородными или массивными полиповидными структурами, которых, как правило, изоэхогенное по отношению к печени и имеют неровную поверхность [35].

В тех случаях, когда больше данных за доброкачественную природу полипа, встает вопрос: когда по временным срокам проводить инструментальный контроль данного пациента. На этот вопрос R. A. Boulton в 1997 году и E. J. Pias в 2010 году дают одинаковый ответ — в 6 месяцев. И, действительно, часто в

практике именно эта цифра выбирается клиницистами для контроля пациентов с полиповидными образованиями желчного пузыря [36, 37].

Как видно из обзора, среди исследователей нет единого мнения о факторах риска развития полипов желчного пузыря, особенно холестериновой природы. Ультразвуковые критерии диагностики представляются несколько размытыми и требуют уточнения. Необходима разработка тактики не только наблюдения таких пациентов, но и возможного консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Segawa, K. *Prevalence of gallbladder polyps among apparently healthy Japanese: ultrasonographic study* / Segawa K., Arisawa T., Niwa Y., Suzuki T., Tsukamoto Y., Goto H. [et al.] // *Am J Gastroenterol.* — 1992. — 87. — P. 630-3.

2. Chen, C. Y. *Risk factors for gallbladder polyps in the Chinese population* / Chen C. Y., Lu C. L., Chang F. Y., Lee S. D. // *Am J Gastroenterol.* — 1997. — 92. — P. 2066-8.

3. Onoyama, H. *Diagnostic imaging of early gallbladder cancer: retrospective study of 53 cases* / Onoyama H., Yamamoto M., Takada M., Urakawa T., Ajiki T., Yamada I. [et al.] // *World J Surg.* — 1999. — 23. — P. 708-12.

4. Yang, H. L. *Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery* / Yang H. L., Sun Y. G., Wang Z. // *Br J Surg.* — 1992. — 79. — P. 227-9.

5. Jørgensen, T. *Polyps in the gallbladder. A prevalence study* / Jørgensen T., Jensen K. H. // *Scand J Gastroenterol.* — 1990. — 25. — P. 281.

6. Heyder, N. *Polypoid lesions of the gallbladder* / Heyder N., Günter E., Giedl J. [et al.] // *Dtsch Med Wochenschr.* — 1990. — 115. — P. 243.

7. Lee, K. F. *Polypoid lesions of the gallbladder* / Lee K. F., Wong J., Li J. C., Lai P. B. // *Am J Surg.* — 2004. — 188. — P. 186-90.

8. Christensen, A. H. *Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases* / Christensen A. H., Ishak K. G. // *Arch Pathol* 1970. — 90. — P. 423.

9. Laitio, M. *Histogenesis of epithelial neoplasms of human gallbladder II. Classification of carcinoma on the basis of morphological features* / Laitio M. // *Pathol Res Pract.* — 1983. — 178. — P. 57.

10. Weedon, D. *Benign mucosal polyps. In: Pathology of the gallbladder* / Weedon D. — Mason, New York, 1984. — P. 195.

11. Hye-Lin, Song. *Clinical and radiologic preoperative predicting factors for GB cholesterol polyp* / Hye-Lin Song, Jun-Ho Shin, Hungdai Kim, Yong-Lai Park, Chang-Hak Yoo, Byung-Ho Son, Ji-Sup Yoon, Hyung-Ok Kim. // *J Korean Surg Soc.* — 2012. — 82. — P. 232-237.

12. Salmenkivi, K. Cholesterosis of the gall-bladder. a clinical study based on 269 cholecystectomies / Salmenkivi K. // *Acta Chir Scand Suppl.* — 1964. — 105. — SUPPL 324. — 1.
13. Wisam, F. Gallbladder polyps and cholesterosis / Wisam F., Salam F. — 2013.
14. Feldman, M. Cholesterosis of the gallbladder; an autopsy study of 165 cases / Feldman M., Feldman Jr. // *Jr Gastroenterology.* — 1954. — 27. — P. 641.
15. Jutras, J. A. Hyperplastic cholecystoses; Hickey lecture, 1960 / Jutras J. A. // *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* — 1960. — 83. — P. 795.
16. Barbara, L. A population study on the prevalence of gallstone disease: the Sirmione Study / Barbara L., Sama C., Morselli Labate A. M., Taroni F., Rusticali A. G., Festi D. [et al.] // *Hepatology.* — 1987. — 7. — P. 913-7.
17. Jørgensen, T. Gall stones in a Danish population. Relation to weight, physical activity, smoking, coffee consumption, and diabetes mellitus / Jørgensen T. // *Gut.* — 1989. — 30. — P. 528-34.
18. Azuma, T. Differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography / Azuma T., Yoshikawa T., Araidai T., Takasaki K. // *Am J Surg.* — 2001. — 181. — P. 65-70.
19. Sadamoto, Y. A useful approach to the differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder, utilizing an endoscopic ultrasound scoring system / Sadamoto Y., Oda S., Tanaka M., Harada N., Kubo H., Eguchi T. [et al.] // *Endoscopy.* — 2002. — 34. — P. 959-65.
20. Terzi, C. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications / Terzi C., Sokmen S., Seckin S., Albayrak L., Ugurlu M. // *Surgery.* — 2000. — 127. — P. 622-7.
21. Yeh, C. N. Laparoscopic cholecystectomy for polypoid lesions of the gallbladder: a clinicopathologic study / Yeh C. N., Jan Y. Y., Chao T. C., Chen M. F. // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* — 2001. — 11. — P. 176-81.
22. Sahlin, S. Hepatic esterification rate of cholesterol and biliary lipids in human obesity / Sahlin S., Granström L., Gustafsson U., Ståhlberg D., Backman L., Einarsson K. // *J Lipid Res.* — 1994. — 35. — P. 484-90.
23. Sandri, L. Gallbladder cholesterol polyps and cholesterosis / Sandri L., Colecchia A., Larocca A., Vestito A., Capodicasa S., Azzaroli F. [et al.] // *Minerva Gastroenterol Dietol.* — 2003. — 49. — P. 217-24.
24. Doh Y. W. Polypoid lesions of gallbladder: clinicopathological features and indication of operation / Doh Y. W., Lee J. H., Lim H. M., Chi K. C., Park Y. G. // *J Korean Surg Soc.* — 2005. — 69. — P. 245-51.
25. Koga, A. Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder / Koga A., Watanabe K., Fukuyama T. [et al.] // *Arch Surg.* — 1988. — 123. — P. 26.
26. Shinkai, H. Surgical indications for small polypoid lesions of the gallbladder / Shinkai H., Kimura W., Muto T. // *Am J Surg.* — 1998. — 175. — P. 114-7.
27. Sugiyama, M. Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder: the value of endoscopic ultrasonography / Sugiyama M., Xie X. Y., Atomi Y., Saito M. // *Ann Surg.* — 1999. — 229. — P. 498-504.
28. Choi, W. B. A new strategy to predict the neoplastic polyps of the gallbladder based on a scoring system using EUS / Choi W. B., Lee S. K., Kim M. H., Seo D. W., Kim H. J., Kim D. I. [et al.] // *Gastrointest Endosc.* — 2000. — 52. — P. 372-9.
29. Mainprize, K. S. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder / Mainprize K. S., Gould S. W., Gilbert J. M. // *Br J Surg.* 2000. — 87. — P. 414-7.
30. Akatsu, T. Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? / Akatsu T., Aiura K., Shimazu M., Ueda M., Wakabayashi G., Tanabe M. [et al.] // *Dig Dis Sci.* — 2006. — 51. — P. 416-21.
31. Ishikawa, O. The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesions of the gallbladder / Ishikawa O., Ohhigashi H., Imaoka S. [et al.] // *Am J Gastroenterol.* — 1989. — 84. — P. 1386.
32. Hayakawa, S. Colour Doppler-guided spectral analysis of gall-bladder wall flow / Hayakawa S., Goto H., Hirooka Y. [et al.] // *J Gastroenterol Hepatol.* — 1998. — 13. — P. 181.
33. Sato, M. Localized gallbladder carcinoma: sonographic findings / Sato M., Ishida H., Konno K. [et al.] // *Abdom Imaging.* — 2001. — 26. — P. 619.
34. Pradhan, S. Sonographic and colour doppler morphology in carcinoma gallbladder / Pradhan S., Shukla V. K., Agrawal S. [et al.] // *Indian J Cancer.* — 2002. — 39. — P. 143.
35. Kubota, K. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? / Kubota K., Bandai Y., Noie T. [et al.] // *Surgery.* — 1995. — 117. — P. 481.
36. Boulton, R. A. Gallbladder polyps: when to wait and when to act / Boulton R. A., Adams D. H. // *Lancet.* — 1997. — 349. — P. 817.
37. Ilias, E. J. Gallbladder polyps: how should they be treated and when? / Ilias E. J. // *Rev Assoc Med Bras.* — 2010. — 56. — P. 258-9.

УДК 616-089-072.1:616.742/743-009.1:616.8

И. Л. МОКРИЦКИЙ, Л. М. БАЖАНОВ, В. В. ЧЕРНИК, В. В. ХАЙЗЕНС

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ПЕРЕДНИМ ДОСТУПОМ В ДЛИННУЮ МЫШЦУ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ*Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн*

I. L. MOKRITSKIY, L. M. BAZHANOV, V. V. CHERNIK, V. V. KHAYZENS

EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC BOTULINUM TOXIN INJECTIONS FOR LONGUS CAPITIS AND LONGUS COLLI MUSCLES THROUGH AN ANTERIOR APPROACH IN CASE OF CERVICAL DYSTONIA*Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital*

Мышечные дистонии — синдром поражения центральной нервной системы с преимущественным вовлечением экстрапирамидных образований. Они представляют собой двигательные расстройства, характеризующиеся непроизвольными и нерегулярно повторяющимися мышечными сокращениями, которые обуславливают вычурные стереотипные движения либо патологические позы. Выделяют первичную форму, когда мышечная дистония является самостоятельным заболеванием и вторичную форму, когда дистония является симптомом различных заболеваний. По распространённости гиперкинеза выделяют фокальную форму, затрагивающую только одну часть тела; сегментарную (две смежных части тела), мультифокальную и генерализованную формы.

Первичная (идиопатическая) цервикальная дистония является наиболее частой формой фокальной дистонии, возникающей у взрослых. Она проявляется непроизвольными движениями и/или патологическими установками головы и шеи. Различают 6 основных клинических форм цервикальной дистонии (по Г. Райхель), обусловленных вовлечением мышечных групп, имеющих точки крепления на черепе и шейном отделе позвоночника. Выделяют непроизвольный поворот головы и шеи (тортикапут и тортиколлис), наклон головы и шеи в сторону (латерокапут и латероколлис), наклон головы и шеи вперед (антерокапут и антероколлис) и назад (ретрокапут и ретроколлис).

Разброс показателей заболеваемости первичной формой цервикальной дистонии, по разным данным, колеблется от 8 и даже до 30 случаев заболевания на 100 000 населения.

Препараты ботулотоксина являются методом выбора лечения цервикальной дистонии. В доказательных исследованиях было показано превосходство ботулотоксина над плацебо и пероральными препаратами.

Наиболее редкой и сложной в лечении формой цервикальной дистонии, является непроизвольный наклон головы и/или шеи вперед (антерокапут и антероколлис). Данный вид дистонии формируется при вовлечении лестничных мышц, мышц поднимателей лопатки и длинных мышц головы и шеи. Трудность лечения заключается в сложности инъекции основных мышц-мишеней, обуславливающих патологический паттерн — длинной мышцы головы и шеи, которые лежат на передней поверхности позвоночника.

Длинная мышца головы начинается от передних бугорков III—VI шейных позвонков, направляется вверх и прикрепляется к нижней поверхности базилярной части затылочной кости, кзади от глоточного бугорка, наклоняет голову и шейный отдел позвоночного столба вперед.

Длинная мышца шеи занимает переднебоковую поверхность тел позвонков — от атланта до III-IV грудных позвонков. Средние отделы мышцы несколько расширены. Мышечные пучки имеют различную длину, поэтому в мышце различают три части:

а) медиально-вертикальная часть начинается от тел позвонков на протяжении от V шейного до II грудного и, поднимаясь вверх и медиально, прикрепляется к передней поверхности тел III—II шейных позвонков и переднему бугорку I шейного позвонка;

б) верхняя косая часть идет от передних бугорков реберно-поперечных отростков II—V шейных позвонков к телу II шейного позвонка и tuberculum anterius atlantis;

в) нижняя косая часть

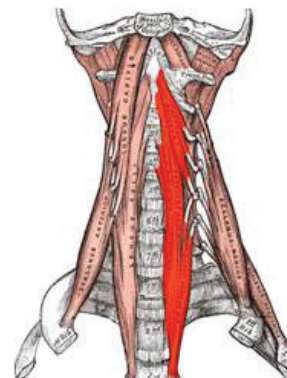


Рис. 1 — Длинные мышцы головы и шеи

Мокрицкий Иван Любомирович — зав. эндоскопическим отделением; тел. 8 (3532) 56-01-36; e-mail: ivanmok@yandex.ru

Бажанов Леонид Михайлович — зав. отделением восстановительной медицины; тел.: 8 (3532) 56-03-10, 8 (3532) 96-34-03; e-mail: dollphin@mail.ru

Черник Вячеслав Владимирович — врач-эндоскопист; тел. 8 (3532) 56-01-36; e-mail: ogww@yandex.ru

Хайзенс Вячеслав Викторович — врач-анестезиолог-реаниматолог; тел. 8 (3532) 56-01-93; e-mail: ogww@yandex.ru

начинается от тел трех верхних грудных позвонков, направляется вверх и латерально и прикрепляется к передним бугоркам реберно-поперечных отростков трех нижних шейных позвонков (V—VII).

В статье приводится описание клинического случая и опыта лечения данной формы цервикальной дистонии.

Пациент Н., 1969 г. р., поступил с основными жалобами на затруднение глотания, особенно твердой пищи, непроизвольное стискивание челюстей, больше справа, затруднение открывания рта и пережёвывания пищи, нарушение речи, тянущую боль в правой половине лица, напряжение в передних отделах шеи. Из анамнеза известно, что заболел примерно 7 лет назад, когда постепенно стал отмечать насильственное смыкание нижней челюсти, затем появилось напряжение мышц шеи — сначала слева, затем справа. Лечился по месту жительства без эффекта. В 2013, 2015 гг. получил 3 курса ботулинотерапии под ЭМГ-контролем в жевательные мышцы и подкожную мышцу шеи — без особого эффекта. На МРТ головного мозга от 2014 г. патологии не выявлено.

В неврологическом статусе выявлены следующие изменения. Непроизвольный наклон головы вперед с формированием «тройного» подбородка. При этом шейный отдел позвоночника вперед не смещен. Затруднение глотания твердой пищи («ком в горле»). Выраженное напряжение жевательной мускулатуры и подкожной мышцы шеи по типу спазмов. Рот открывает не полностью, асимметрично. Говорит «сквозь зубы», голос хриплый. После ходьбы симптомы усиливаются, в положении сидя уменьшаются. Использует корригирующие жесты — касание рукой лица, раньше использовал также жевательную резинку. При осмотре зубочелюстной системы — стертость нижнего ряда зубов. С учетом анамнеза, жалоб и неврологических данных, был выставлен диагноз «первичная форма сегментарной мышечной дистонии с поздним началом в сочетании цервикальной дистонии с антерокапутом и дистоническими спаз-

мами подкожной мышцы шеи и орофациальной дистонии по типу тризма жевательной мускулатуры».

В связи с неэффективностью проводимой терапии, а также учитывая клиническую картину заболевания, было принято решение о необходимости инъекцировать длинные мышцы головы и шеи. 5 ноября 2015 г. под внутривенным наркозом (препарат пропофол) в положении сидя, в условиях видеоринофарингоскопии, через правый и левый носовые ходы выполнены 4 инъекции по 12,5 ЕД Инкоботулоксина типа А (препарата ксеомин) в длинные мышцы головы и шеи слева и справа (общая доза составила 50 ЕД). Осложнений процедуры не было. Пациент наблюдался в реанимационном отделении одни сутки. Состояние пациента оставалось стабильным, побочных эффектов процедуры и самого препарата не зарегистрировано.

На четвертые сутки был отмечен положительный эффект: улучшение открывания рта за счет увеличения экскурсии нижней челюсти, облегчение пережевывания пищи и ее проглатывания, купирования болевых ощущений. Объективно отмечено выравнивание позиции головы в сагиттальной плоскости, исчезновение феномена «тройной» подбородок, увеличение степени открывания рта. Побочных эффектов и осложнений процедуры не отмечалось.

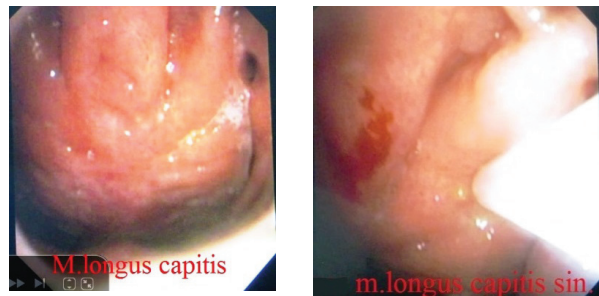


Рис. 2 — Эндоскопическая картина. Длинная мышца головы. Момент введения ботулотоксина в левую длинную мышцу головы под контролем видеоринофарингоскопии



Рис. 3 — Пациент до и после лечения. Отмечается выравнивание положения головы в сагиттальной плоскости, исчезновение «тройного» подбородка

Данный метод лечения является уникальным, новаторским. Следует отметить, что мы были первыми в Российской Федерации, кто выполнил данную эндоскопическую методику, вторыми в мире после профессора Г. Райхеля (Германия).

Планируется продолжить освоение данной методики при цервикальной дистонии с непроизвольным наклоном головы и шеи вперед, что позволит значительно улучшить качество жизни пациентов с такой сложной и тяжелой патологией.

УДК 616-00.5-053.9:614.2-036.82

Х. М. МУСТАФИН, И. А. БАКУЛИНА, А. Ф. АСКАРОВ, Р. Ф. ЕНИКЕЕВ

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЦЕЛЬЮ ИХ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Башкирский государственный медицинский университет
Республиканский госпиталь ветеранов войн г. Уфы*

Kh. M. MUSTAFIN, I. A. BAKULINA, A. F. ASKAROV, R. I. ENIKEEV

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF TRAUMA PATIENTS OF OLD AGE AIMED AT EARLY REHABILITATION

*Bashkir state medical university
Republican clinical hospital for war veterans, Ufa*

Увеличение продолжительности жизни привело к росту численности людей старше 60 лет, которые в России составляют уже 16% всего населения. Как правило, большинство пациентов этой группы, особенно женщины, страдает остеопорозом. Снижение минеральной плотности костной ткани является одним из главных факторов развития перелома у пожилых с частой его локализацией в шейке бедренной кости, поясничного отдела позвоночника, дистального отдела предплечья (Михайлов Е. Е., Беневоленская Л. И., 2003). Лечение больных пожилого возраста с переломами остеопорозных костей представляет собой довольно трудную задачу, в которой присутствуют в основном два аспекта.

Лица пожилого возраста, а тем более старческого возраста, имеют массу сопутствующих заболеваний, которые после травмы нередко дают обострения и ограничивают объем возможных оперативных вмешательств. Результатом повреждения, особенно нижних конечностей, таза, позвоночника является ограничение или отсутствие физической активности, вынужденное положение тела, приводящие к возникновению пневмоний, пролежней, функциональных расстройств деятельности желудочно-кишечного тракта, тазовых органов. Поэтому более оптимальным для больного, особенно пожилого и старческого возраста, является раннее оперативное вмешательство с целью его скорейшей активизации и возможностью обеспечения ухода за ним.

Техническая сложность стабильной фиксации переломов на фоне остеопороза, нередко не позволяющего добиться жесткой фиксации металлоконструкций (DHS, DCS, канюлированные винты. Ранняя, даже незначительная физическая нагрузка в этой группе больных нередко приводит к вторичному смещению фиксированных костных отломков, ввиду непрочного соединения кость — металл.

Несмотря на вышеуказанные аспекты, нами в клинике госпиталя ветеранов войн г. Уфы с целью улучшения результатов лечения, уменьшения числа летальных исходов у лиц пожилого и старческого возраста, как правило, с имеющимся остеопорозом применяется активная хирургическая тактика лечения. Под нашим наблюдением с 2013 по 2015 годы находились 3394, из них старше 60 лет 869 (25,6%) больных. Чаще всего это были пациенты с переломом шейки бедра, плеча, луча в типичном месте (24,5%). Оперативная активность с 65,5% в 2013 году увеличилась до 79,5 в 2015 году. Общая летальность снизилась за этот период до 0,3%. Процент послеоперационных осложнений составил в 2013 году 0,9%, в 2015 году — 0,7%. Послеоперационные осложнения, вызванные остеопорозом и обострением хронических заболеваний у пожилых, составили 30% и были ликвидированы с использованием различных способов лечения. Серьезные подвижки в плане улучшения ситуации наметились при использовании первичного эндопротезирования при переломах проксимального отдела бедра.

Результат наших наблюдений показывает необходимость применения ранней хирургической тактики в лечении травматологических больных старших возрастных групп, несмотря на наличие остеопороза.

Мустафин Хилал Мужавирович — к. м. н., 3. вр. Республики Башкортостан, сопредседатель правления некоммерческой организации Общероссийского общественного объединения «Ассоциация госпиталей ветеранов войн», главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Башкортостан; тел. 8 (347) 250-76-80; e-mail: UFA.RKGVV@doctorr.ru

ЛИТЕРАТУРА:

1. Никитин, В. В. Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии / В. В. Никитин, Р. И. Еникеев // *Материалы II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов и протезистов Республики Башкортостан.* — Уфа, 1999. — С. 61-62.
2. Никитин, В. В. Элементы системного подхода при остеосинтезе чрезмыщелковых переломов бедренной и большеберцовой костей / В. В. Никитин, Р. И. Еникеев // *Материалы II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов и протезистов Республики Башкортостан.* — Уфа, 1999. — С. 62.
3. Никитин, В. В. Анализ лечения переломов мыщелков бедра и большеберцовой кости за 1995–1997 годы по данным ортопедо-травматологических отделений УГКБ № 13 / В. В. Никитин, Р. И. Еникеев // *Материалы II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов и протезистов Республики Башкортостан.* — Уфа, 1999. — С. 62-63.
4. Никитин, В. В. Сравнительные исследования радиальной прочности закрепления спонгиозных и кортикальных винтов АО при остеопорозе кости в экспериментальных условиях / В. В. Никитин, Р. И. Еникеев, И. В. Ерофеева // *Материалы II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов и протезистов Республики Башкортостан.* — Уфа, 1999. — С. 63.

УДК 616.718.41/.44-001-089-053.9:614.2-036.82

Х. М. МУСТАФИН, И. А. БАКУЛИНА, Р. И. ЕНИКЕЕВ, И. Б. СОЛОМАТНИКО, Г. А. САЛИМЬЯНОВ

ЗНАЧЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ДЛЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Республиканский госпиталь ветеранов войн г. Уфы

Kh. M. MUSTAFIN, I. A. BAKULINA, R. I. ENIKEEV, I. B. SOLOMATNIKO, G. A. SALIM'YANOV

SIGNIFICANCE OF OPERATIVE TREATMENT OF PROXIMAL FEMUR FRACTURE FOR EARLY REHABILITATION OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Republican clinical hospital for war veterans, Ufa

На основании анализа результатов как консервативного, так и разных оперативных способов лечения более 270 пострадавших пожилого и старческого возраста, находившихся под нашим наблюдением с переломами проксимального отдела бедренной кости, нам удалось утвердиться в тактических принципах, позволяющих успешно преодолевать последствия этой тяжелой травмы. Травматологическую помощь оказывали в экстренном порядке всем пострадавшим, при этом тактику лечения и метод оперативного вмешательства определяли дифференцированно, в зависимости от характера перелома и соматического состояния пациента.

При трансцервикальных и субкапитальных переломах типа Пауэлс I-II, Гарден-II, по классификации АО-V1 (1, 2, 3), V2 (1, 2) и V3 (1) использовали канюлированные спонгиозные винты и напряженный остеосинтез спицами по А. Ф. Лазареву (2002). В ряде

случаев производили однополюсное или тотальное эндопротезирование цементными протезами (Zimmer, Matys).

В случаях субкапитальных переломов с выраженным смещением отломков типа Пауэлс III, Гарден IV, V2 (3) и V3 (2,3) выполняли однополюсное эндопротезирование биполярным эндопротезом (Zimmer, Implantcast) или тотальное цементное протезирование (Implantcast, CPT Zimmer).

При переломах вертельной области типа A1 (1, 2, 3) и A2 (1, 2) обычно производили аппаратную репозицию перелома и из небольшого разреза фиксировали отломки остеосинтеза блокируемым реконструктивным интрамедуллярным стержнем (БИОС) или динамическим бедренным винтом. В случаях выраженного смещения отломков при переломах A2 (3) производили открытую репозицию и остеосинтез блокируемым реконструктивным интрамедуллярным стержнем (БИОС) или динамическим бедренным винтом.

При межвертельных переломах типа A3 и подвертельных переломах обычно производили остеосинтез динамическим мышечковым винтом или проксимальным бедренным стержнем.

С целью профилактики венозных тромбозов и ТЭЛА проводили раннюю активизацию больных на

Мустафин Хилил Мужавирович — к. м. н., 3. вр. Республики Башкортостан, сопредседатель правления некоммерческой организации Общероссийского общественного объединения «Ассоциация госпиталей ветеранов войн», главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Башкортостан; тел. 8 (347) 250-76-80; e-mail: UFA.RKGVV@doctorrb.ru

вторые сутки после операции, проводили дезагрегантную и антикоагулянтную терапию, эластичное бинтование нижних конечностей, использование компрессионного трикотажа.

Дифференцированный подход позволяет не бояться активной хирургической тактики в отношении всех типов переломов проксимального отдела бедренной кости независимо от возраста больных. Это позволяет избежать гипостатических осложнений и значительно уменьшает летальность среди пациентов пожилого возраста. Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости, выполненное в наиболее раннем сроке после травмы, позволяет быстро и с наименьшими затратами активизировать пациента и вернуть к полноценной жизни. Но уже в сроки от 1,5 до 3 лет после операции у большей части пациентов возникают явления дегенеративно-дистрофического поражения вертлужной впадины с поражением системы скольжения, проявляющиеся износом хряща и болевым синдромом. Для точного определения причины болевого синдрома в этом случае существует прием «тракционно-компрессионных пассивных движений» (Войтович А. В. и соавт., 2002).

Во всех случаях для клинической дифференциальной диагностики причины болевого синдрома в области оперированного тазобедренного сустава использовали прием «тракционно-компрессионных пассивных движений», который заключался в том, что обследующий производит пассивные движения (преимущественно сгибание, разгибание) в оперированном тазобедренном суставе пациента, лежащего на спине, поочередно с компрессией и тракцией по оси бедра. В случае возникновения болевого синдрома при компрессии и значительном уменьшении или исчезновении его при тракции можно с уверенностью считать, что причиной болевого синдрома является разрушение хряща вертлужной впадины.

Обследовано (2015 г.) 11 пациентов, перенесших однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу субкапитального перелома бедра. В среднем через 28 месяцев после операции 8 (72,7%) человек предъявляли жалобы на боли в паховой области, возникающие преимущественно при активных и пассивных движениях в тазобедренном суставе от слабой и умеренной до сильной боли. При обследовании всех пациентов использовался предложенный метод «тракционно-компрессионных пассивных движений». Симптом оказался положительный у 3-х пациентов (27,3%). Следует отметить, что это является сигналом для ревизионного эндопротезирования. Визуально-

аналоговая оценка купирования миофасциального и суставного болевого синдрома при компрессии на фоне приема слабых опиатов и нестероидных противовоспалительных препаратов, которая показала умеренную анестезию по ее верхней границе, при этом умеренная и слабая боль сводилась на нет. Это весьма перспективно в плане приема комбинации слабых опиатов и НПВСТ и продления времени до ревизионного эндопротезирования.

Проведенное исследование показало, что несмотря на важный аргумент быстрой и с наименьшими затратами активизации пациента путем однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости, выполненное в наиболее раннем сроке после травмы, в значительном проценте случаев в отдаленные сроки после операции возникают изменения суставного хряща вертлужной впадины, сопровождающиеся болевым синдромом, с поражением системы скольжения и феномена скольжения, что в дальнейшем требует ревизионного эндопротезирования. Этот момент требует соматически обоснованного пересмотра тактики монополюсного эндопротезирования в пользу тотального с установкой ацетабулярного компонента эндопротеза как пары скольжения в этом двигательном модуле с использованием малоинвазивных оперативных технологий. Решение этого важного вопроса позволит проводить наиболее раннюю реабилитацию пациентов этого профиля, позволит достичь максимальную выживаемость результатов лечения, улучшит качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахтямов, И. Ф. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава / И. Ф. Ахтямов, О. А. Соколовский. — Казань, Центр оперативной печати, 2008. — 371 с.
2. Корнилов, Н. В. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава : пособие для врачей / Н. В. Корнилов, А. А. Войтович, С. А. Воронцов, В. И. Карпцов, Г. Г. Эпштейн, В. М. Машков, В. П. Москалев. — Санкт-Петербург, 1997. — 37 с.
3. Корнилов, Н. В. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава // Н. В. Корнилов, А. А. Войтович, В. М. Машков, Г. Г. Эпштейн. — СПб.: «ЛИТО Синтез», 1997. — 292 с.
4. Плющев, А. Л. Диспластический коксартроз / А. Л. Плющев. — М.: Теория и практика, Летопринт, 2007. — 495 с.

УДК 614.2:614.253.5-083

Л. И. ПЕТРОВА, Н. М. ДАНИЛИНА

«ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ...». О ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

E. I. PETROVA, N. M. DANILINA

«THE ROAD WILL BE HANDLED BY THE WALKER...». INTRODUCTION OF NEW FORMS OF NURSES` WORK

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Сестринское дело — это динамическая профессия, которой свойственно искать и находить новые пути удовлетворения меняющихся потребностей населения в области охраны здоровья, которая требует от медицинских сестёр осмысления своей деятельности с тем, чтобы осуществляемый ими уход гарантировал пациенту качество сестринской помощи.

Повышение качества ухода зависит не только от состояния материально-технической базы, объёма финансирования, лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений, но и от тех организационно-технологических приёмов, используемых ЛПУ при оказании сестринских услуг населению.

Накопленный образовательный потенциал, творческий поиск, профессиональная неудовлетворённость побудили коллектив урологического (психосоматического, гериатрического) отделения ГБУЗ «ООКПГВВ» пересмотреть традиционную организацию сестринской помощи пациентам и попытаться создать такую модель организации сестринского ухода, которая бы повысила эффективность лечебно-диагностического процесса, способствовала росту профессионализма и в конечном итоге вела к закреплению сестринских кадров, росту престижа и значимости профессии.

Предлагаемая нами модель сестринского ухода учитывает реально складывающуюся ситуацию и адаптирована к конкретным условиям лечебно-профилактического учреждения. Начиная эксперимент, сестринский персонал урологического (психосоматического, гериатрического) отделения ГБУЗ «ООКПГВВ» поставил перед собой цель — повысить качество сестринской помощи на основе внедрения новых технологий ухода.

Для обеспечения адекватной сестринской помощи пациентов нами была отработана трёхуровневая система ухода, а именно:

- 1-й уровень — младшая медицинская сестра по уходу за больными;
- 2-й уровень — палатная медицинская сестра;
- 3-й уровень — сестра-консультант.

Выработан организационно-технологический механизм профессиональной деятельности медицинских сестёр, который позволяет организовать индивидуальный уход за пациентами с учётом его специфических особенностей. Комплексный подход к оценке психофизического состояния (нами адаптирована предлагаемая в периодической печати схема оценки и мониторинга состояния пациента с учётом специфики урологического отделения) позволяет, на наш взгляд, свести к минимуму риск патологического воздействия на пациента. При этом предлагаемая нами модель сохраняет традиционную структуру ухода за всеми пациентами и в то же время позволяет организовать персонализированный уход за пациентами, имеющими высокий коэффициент дефицита самоухода.

Структурно сестринская помощь содержит четыре компонента.

Первый компонент — это уход, который направлен на удовлетворение основных фундаментальных потребностей пациента.

Второй компонент — направлен на обеспечение безопасной больничной среды.

Профессиональная деятельность персонала на этих этапах осуществляется в рамках «Стандартов практической деятельности медицинской сестры», здесь осуществляется контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в палате и отделении, обеспечивается и контролируется соблюдение пациентом лечебно-охранительного режима, выполняется уход при удовлетворении пациентом потребностей 1-го и 2-го уровней Иерархии потребностей человека по А. Маслоу.

Третий компонент деятельности медицинской сестры, касающийся специализированного ухода по симптомам и синдромам заболевания, обследования

Петрова Лидия Ивановна — Заслуженный работник здравоохранения РФ, главная медсестра; тел. 8 (3532) 56-15-06; e-mail: ogwww@yandex.ru

Данилина Надежда Михайловна — отличник здравоохранения РФ, старшая медсестра урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogwww@yandex.ru

пациента, выполнение лечебных назначений врача, а также подготовка пациента к выписке. Механизмом, по которому устанавливается сфера деятельности медсестры в рамках 3-го компонента ухода, является применение сестринской диагностики. Нами составлен примерный перечень возможных сестринских проблем (диагнозов) у пациентов с урологической патологией, разработаны планы сестринского ухода, описывающие действия медсестры, которые необходимо осуществлять для оказания максимальной помощи пациентам. Специфический сестринский уход направлен на снижение расстройств мочеиспускания, а также профилактику и устранение возможных осложнений, таких как инфекция мочевых путей, раннее послеоперационное кровотечение из ложа предстательной железы, нарушение периферического кровообращения в нижних конечностях, синдром трансуретральной резекции предстательной железы, нарушение функции почек и др. Отработан перечень специфических сестринских манипуляций урологического отделения, по которым проведено обучение сестринского персо-

нала, подготовлен к изданию сборник технологий для медицинской сестры и обучающих инструкций для пациентов.

Четвёртый компонент ухода касается решения индивидуальных проблем пациентов. Наличие их обусловлено возрастными психофизическими особенностями пациентов урологического отделения. Наши пациенты имеют проблемы психического характера, для их решения в штатном расписании отделения введена должность врача-психиатра. Многие имеют социально-бытовые проблемы, это госпитализация из районов области, отсутствие социально значимых лиц, плохие жилищные условия и др. Пожилой возраст пациентов объясняет наличие у большинства физических недостатков: выраженная степень нарушений двигательной активности, снижение слуха, зрения и др.

Профессиональная деятельность сестры в рамках предлагаемой технологии позволяет, на наш взгляд, обеспечивать пациенту гарантированный объём сестринских услуг, а медицинской сестре даёт импульс к творчеству и самосовершенствованию.

УДК 616-08-039.75-051:613.6/8-084

Е. И. ПЕТРОВА

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

E. I. PETROVA

PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN THE WORKERS OF PALLIATIVE CARE DEPARTMENT

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

В настоящее время в психологических исследованиях у нас в стране и за рубежом особое место занимают исследования, направленные на диагностику синдрома эмоционального выгорания у работников медицинской сферы. Труд медицинских работников ответственен, требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психо-эмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях.

В. В. Бойко под эмоциональным выгоранием понимает, выработанный личностью психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Развитие синдрома эмоционального выгорания связано как с внешними факторами окружающей среды и организацией деятельности, так и с особенностями личности человека, подверженного воздействию внешних факторов.

Актуальность заявленной проблемы и теоретические положения обусловили постановку цели исследования, которая заключается в разработке программы профилактики синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отделения паллиативной медицинской помощи.

Было выдвинуто предположение, что профилактика синдрома эмоционального выгорания будет успешной, если она будет содействовать:

Петрова Евгения Игоревна — медицинский психолог отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 89228366462; e-mail: Genechka91_10@mail.ru

1) эффективному взаимодействию в ситуациях «медицинский работник — пациент», «медицинский работник — родственник пациента» и «медицинский работник — медицинский работник»;

2) повышению эмоционального благополучия сотрудников отделения.

При проведении исследования использовалась методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко.

Проведенное исследование позволило получить следующие результаты: сформировавшийся синдром эмоционального выгорания наблюдается у 6,6% сотрудников, у 56,7% испытуемых синдром эмоционального выгорания находится в стадии формирования, а у 36,7% он не наблюдается вовсе.

При качественном анализе показателей средних значений уровня эмоционального выгорания по методике В. В. Бойко по фазам было выявлено, что у 46% медицинского персонала сформирована фаза резистенции. Это свидетельствует о наличии у данных специалистов развитых психологических защит, механизмов сопротивления. Фаза напряжения у 50% исследуемых не сформирована, так же как и фаза истощения (43%). У каждого третьего сотрудника в стадии формирования находятся все три фазы: напряжение (32%), резистенция (32%), истощение (36%), — это говорит о том, что большинство специалистов испытывают в процессе трудовой деятельности психоэмоциональное напряжение и стресс, которые провоцируют развитие симптомов эмоционального выгорания.

Из результатов количественного анализа показателей средних значений выраженности симптомов по тесту эмоционального выгорания В. В. Бойко очевидно, что наиболее выраженными являются такие симптомы эмоционального выгорания, как переживание психотравмирующих обстоятельств (у 53% — сформировавшийся симптом), неадекватное эмоциональное реагирование (у 67% — сформировавшийся симптом), редукция профессиональных обязанностей (сложившийся симптом — у 53%), расширение сферы экономики эмоций (сложившийся симптом — у 33%), редукция профессиональных обязанностей (сложившийся симптом — у 43%). Наименее выраженными симптомами эмоциональ-

ного выгорания у медсестер являются неудовлетворенность собой (сложившийся симптом — у 2%), эмоциональная отстраненность (сложившийся симптом — у 4%) и личностная отстраненность (сложившийся симптом — у 3%).

Таким образом, большинство медицинского персонала отделения имеют сформированную фазу резистенции синдрома эмоционального выгорания, а также такие сформировавшиеся симптомы, как переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей.

Полученные в ходе исследования результаты были использованы при разработке программы профилактики синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации личности медицинского персонала отделения, у которых в результате диагностики был выявлен синдром эмоционального выгорания.

Коррекционная программа включает в себя три направления.

I. Групповая работа — еженедельное проведение тренинговых групп с использованием техник визуализации и нервно-мышечной релаксации, которые нацелены на снижение уровня эмоционального напряжения, содействие активизации личностных ресурсов состояний, сохранение и укрепление психического здоровья.

II. Индивидуальная работа проводится с отдельными сотрудниками, в форме психологического консультирования (в основном по острым семейным ситуациям) и арт-терапевтических техник (рисования, раскрашивания, вязания и др.).

III. Разработка общих рекомендаций по профилактике эмоционального выгорания.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни. Профилактические мероприятия при синдроме эмоционального выгорания являются постоянным процессом и должны быть направлены на снятие действия стрессора: снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением.

УДК 616-08-039.75

С. Ю. ПОЛЯКОВА

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПРАКТИКЕ ГОСПИТАЛЯ*Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн*

S. YU. POLYAKOVA

PALLIATIVE CARE IN HOSPITAL PRACTICE*Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital*

В последние годы в современном мире отмечается увеличение числа неизлечимых пациентов, нуждающихся не только в медикаментозном лечении, но и в психологической, духовной, социальной и правовой поддержке.

По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь — это направление (медицинской и социальной) деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания, предупреждение и облегчение их страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других симптомов — физических, психологических и духовных. Паллиативная помощь (pallium — маска, плащ) сглаживает/скрывает проявления неизлечимой болезни и/или покрывает плащом тех, кто остался «в холоде и без защиты». Ежегодно во вторую субботу октября отмечается «Всемирный день хосписной и паллиативной помощи».

В Оренбургской области направление паллиативной медицинской помощи стало активно развиваться по инициативе губернатора. С 2014 года более двух тысяч оренбуржцев получили паллиативную медицинскую помощь в трех специализированных отделениях региона.

Одно из них было открыто в феврале 2015 года на базе ГБУЗ «Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн». На момент открытия коечный фонд отделения был рассчитан на 10 гериатрических, 10 неврологических и 10 психотерапевтических коек. После года работы администрация госпиталя обратила внимание, что значительная часть поступивших пациентов были онкологическими больными в последней, терминальной стадии заболевания, которым были необходимы все аспекты заботы о пациентах — медицинские, социальные, психологические и духовные. Это повлекло за собой перепрофилирование 10 психотерапевтических коек в онкологические паллиативные.

Задачей отделения является своевременное оказани

е специализированной помощи ветеранам Великой Отечественной войны, воинам-интернационалистам, ветеранам боевых действий, членам семей погибших военнослужащих и иному контингенту, обладающему правом лечения в ГБУЗ «ООКПГВВ» при наличии у них тяжелых, порой неизлечимых заболеваний, сопровождающихся, как правило, выраженными болевыми синдромами, для проведения им индивидуального подбора за время нахождения в отделении ПМП, сроком до 21 дня всей необходимой комплексной обезболивающей интенсивной терапии и психосоциальной реабилитации с обучением и участием в процессе реабилитации членов их семей.

Сотрудники отделения в своей работе руководствуются такими важными принципами деятельности паллиативной помощи, как:

- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- не приближать наступление смерти, но и не мешать естественному уходу пациента из жизни;
- не давать пациентам и их родственникам невыполнимых обещаний;
- насколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
- максимальное приближение условий пребывания пациентов в стационаре к домашним.

Стремление соответствовать принятым стандартам оказания паллиативной медицинской помощи проявилось в подборе высококвалифицированных кадров, оснащении современной медицинской техникой и оборудованием, согласно Государственной программе РФ «Доступная среда».

Все палаты двухместные, комфортабельные, оборудованные функциональными кроватями, противопролежневыми матрасами, холодильниками, креслами-колясками, ходунками, душем, туалетом и иными приспособлениями, облегчающими лечение и обслуживание больных с тяжелой патологией. Для постоянного наблюдения за состоянием пациентов все палаты и санитарные узлы оснащены системами палатной сигнализации для срочного вызова медицинского работника.

Полякова Светлана Юрьевна — старшая медицинская сестра отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 89033673978; e-mail: 1438ps@mail.ru

Коллектив отделения стремится создать уютную домашнюю обстановку для более комфортных условий лечения и пребывания пациентов. В холлах отделения много комнатных растений, имеется мини-библиотека, оборудовано место для просмотра телепередач, встреч с родственниками и беседами с представителями разных религиозных конфессий. В отделении также имеется зал психологической разгрузки, который оснащен современной мультимедийной аудио- и видеоаппаратурой, и полностью оборудованный специализированными тре-

нажерами зал для занятий лечебной физкультурой.

За 2015 год в отделении паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «ООКПГВВ» получили специализированную помощь 438 пациентов (план по пролеченным пациентам выполнен на 107%). Средний койко-день — 20,6 (план по койко-дням выполнен на 101,7%). Летальность составила 14,8%.

Сотрудники паллиативной службы знают, как помочь справиться с любыми сложностями, возникающими на данном этапе жизненного пути.

УДК 612.123-053.9

Д. А. РАУТКИНА, И. С. ГОРБУНОВА

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

D. A. RAUTKINA, I. S. GORBUNOVA

AGE PECULIARITIES OF LIPID EXCHANGE IN ELDERLY PEOPLE

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Наиболее типичные изменения по мере старения организма претерпевает липидный обмен. Концентрация липидов и липопротеинов 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 маркёров старения.

ЦЕЛЬ — изучение особенностей липидного обмена у лиц среднего и пожилого возраста, не получающих специфическую терапию.

МЕТОДЫ.

Обследованы две возрастные группы: 50 человек в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст — 55 лет) и 50 человек в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст — 75 лет). В исследование не включены пациенты, принимающие статины. Определение в сыворотке крови уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) проводилось на биохимическом фотометре «Стат факс 1904 Плюс» (USA, Florida 34991). Холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) определяли расчётным методом по формуле

Фридвальда. Были использованы реактивы фирмы ОАО «Витал Дивилопмент Корпорейшен», Санкт-Петербург. Проанализированы показатели ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

В группе среднего возраста нарушение липидного обмена отмечалось у 31 обследуемого (62%). Из них изолированное повышение уровня ОХС (выше 5,2 ммоль/л) наблюдалось у 5 человек (10%), повышение уровня ТГ (выше 1,82 ммоль/л) — у 7 пациентов (14%). У лиц пожилого возраста дислипидотеинемия выявлена у 20 человек (40%). Так, изолированное увеличение уровня ОХС в этой группе отмечалось у 5 человек (10%), повышение уровня ТГ — у 3 (6%).

Уровень ХС ЛПВП в средней возрастной группе был снижен у 3 обследуемых (6%) (менее чем 1,42 ммоль/л — у мужчин, 1,68 ммоль/л — у женщин), а у пожилых людей — 1 человек (2%).

Определяя фракцию ХС ЛПНП, было отмечено увеличение уровня, более чем 3,9 ммоль/л, в группе лиц среднего возраста у 6 человек (12%), а в группе пожилых пациентов — у 3 (6%).

Сочетанные нарушения липидного профиля выявлены в двух группах обследуемых. Так, у лиц среднего возраста данные изменения зарегистрированы у 10 человек (20%), а у пожилых — 8 (16%).

ВЫВОД.

Результаты исследования показали, что в средней возрастной группе наблюдается повышение сывороточной концентрации липидов и липопротеинов —

Рауткина Дина Алексеевна — врач клинической лабораторной диагностики клиничко-диагностической лаборатории; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

Горбунова Ирина Сергеевна — врач клинической лабораторной диагностики клиничко-диагностической лаборатории; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

ОХС, ХС ЛПНП и ТГ наряду с уменьшением уровня ХС ЛПВП. В группе лиц пожилого возраста (средний возраст — 75 лет) отмечается обратная тенденция, т. е. снижение содержания ТГ, ОХС и ХС ЛПНП до нормальных значений и повышение фракции ХС ЛПВП. Опираясь на данные о липидном обмене паци-

ента, кардиологи и терапевты могут грамотно составить специфическую терапию дислипотеинемий в каждом конкретном случае, учитывая возраст пациента. Необходимо точно оценивать резервные возможности функциональных систем организма, чтобы избежать декомпенсации состояния пожилого человека.

УДК 616.728.3-089.23:615.477.2-036.82/85:615.83

О. А. РЕЧКУНОВА¹, А. А. САФРОНОВ², М. Н. ФОМИНА¹

ОЗОНОТЕРАПИЯ НА II И III ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

¹ — Областной центр медицинской реабилитации, г. Оренбург

² — Оренбургский государственный медицинский университет

O. A. RECHKUNOVA¹, A. A. SAFRONOVA², M. N. FOMINA¹

OZONE THERAPY DURING REHABILITATION STAGES II AND III IN PATIENTS WITH TOTAL KNEE REPLACEMENT

¹ — Regional center of medical rehabilitation, Orenburg

² — Orenburg State Medical University

Тотальное эндопротезирование является ведущим методом современной медицинской и социальной реабилитации пациентов с дегенеративно-дистрофической и травматологической патологией коленных суставов. В то же время частота развития местных интра- и послеоперационных осложнений продолжает оставаться высокой. Больные после эндопротезирования нуждаются в адаптации к изменившимся условиям опоры и передвижения. В частности имплантированный искусственный сустав представляет собой новый орган, и его полноценное интегрирование в кинематическую цепь оперированной конечности зависит от двигательной реабилитации не только сустава, но и всего опорно-двигательного аппарата. Необходимо подготовить опорно-двигательную систему к предстоящим изменениям и помочь ей в уже измененных условиях. Все это требует проведения активных реабилитационных мероприятий у всех больных с соблюдением четкой преемственной системы взаимодействия между хирургическими и реабилитационными учреждениями, а также дифференциации реабилитации с участием мультидисциплинарной бригады специалистов и внедрения новых лечебно-диагностических методик. Отмечено также, что не оперированный сустав несет основную нагрузку

в течение всего восстановительного периода, что способствует прогрессированию клиники остеоартроза, поэтому проведение реабилитационных мероприятий у больных, перенесших эндопротезирование коленного сустава, должно проводиться как по отношению к оперированному, так и к не оперированному суставу. В последние годы в медицине все более широкое применение находит озонотерапия. Однако сведения о применении его в терапии остеоартроза коленных суставов немногочисленны и противоречивы. Поэтому целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения озонотерапии в реабилитации больных остеоартрозом коленных суставов, перенесших тотальное эндопротезирование одного из суставов.

За 2013–2015 годы в условиях ГБУЗ «ОЦМР» г. Оренбурга прошли курс восстановительного лечения на II и III этапах реабилитации 123 пациента с диагнозом «двусторонний гонартроз III или IV стадии по классификации Kellgen», перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава. Все больные в начале лечения отмечали боль, отек и ограничение объема движений в оперированном и не оперированном суставах, неуверенность и шаткость походки.

Все пациенты получали физиопроцедуры, массаж, лечебную гимнастику и занятия на тренажерах. 38 пациентов участвовали в исследовании оценки качества программы реабилитации, разработанной в ГБУЗ ОЦМР г. Оренбурга, из них 19 пациентов прошли курс лечения с применением озонотерапии на не оперированный сустав. Для оценки эффективности применяемого нами восстановительного лечения были изучены до и после реабилитации показатели

Речкунова Ольга Александровна — врач-травматолог-ортопед; тел. 89123505191; e-mail: olreck84@gmail.com

Сафронов Андрей Александрович — 3. вр. РФ, д. м. н., профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии; тел. 8 (3532) 77-98-26; e-mail: k_traum@orgma.ru

Фомина Марина Николаевна — зав. отделением реабилитологии, ведущий внештатный реабилитолог Минздрава Оренбургской области; тел. 89033952815; e-mail: maxivisavi@inbox.ru

опросника WOMAC (индекс артрита университетов Западного Онтарио и МакМастера), шкалы боли ВАШ — визуально-аналоговая шкала.

По данным индекса WOMAC, следует, что результаты с озонотерапией значительно лучше, чем результаты у пациентов, не получавших озонотерапию, по отношению к каждому из показателей.

По показателям ВАШ можно сделать вывод, что уменьшение болевого синдрома отмечается в боль-

шей степени у пациентов, получавших озонотерапию. Полученные данные позволяют утверждать, что вовремя проведенные восстановительные мероприятия, на II и III этапах медицинской реабилитации, для пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование сустава, улучшают результаты хирургического лечения и улучшают качество жизни пациентов. Применение озонотерапии улучшает показатели реабилитационного лечения.

УДК 616.831-001-009.1-07

А. В. РОМАШКИНА¹, Л. М. ГЕВОРКЯН¹, В. В. БУРДАКОВ²

ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

¹ — Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

² — Оренбургский государственный медицинский университет

A. V. ROMASHKINA, L. M. GEVORKYAN, V. V. BURDAKOV²

PECULIARITIES OF STABILOMETRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF BATTLE BRAIN INJURY

¹ — Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

² — Orenburg State Medical University

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) остаётся одной из наиболее трудных задач здравоохранения. Следует отметить, что в мире всегда было большое количество военных конфликтов, где ранения черепа и головного мозга являются частым видом травматизма. Среди отдаленных последствий травматической болезни головного мозга двигательные и вестибулярные нарушения имеют важное значение. Среди современных методов исследования вестибулярных нарушений, а также для оценки эффективности реабилитационных мероприятий широко используется метод стабилотрии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценка стабилотрических нарушений у больных с последствиями боевой черепно-мозговой травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Проведено обследование 55 пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы (возраст — от 27 до 50 лет, средний возраст — 43,21±4,23 года), давность полученной боевой ЧМТ — от 10 лет до 22

лет, все обследуемые мужчины. По степени тяжести полученной ЧМТ обследуемые распределились следующим образом: ЧМТ легкой степени тяжести — у 32 человек, ЧМТ средней степени тяжести — у 23 человек.

Для выявления наличия и степени выраженности двигательных нарушений всем больным производилось стабилотрическое исследование с помощью компьютерного стабилотрического комплекса «МБН-Биомеханика» (МБН, Россия). Исследование осуществлялось в специальном помещении для предотвращения акустической ориентации пациента. Стабилотрическая платформа устанавливалась на расстоянии 1 м от всех стен. При исследовании пациентов устанавливали на платформу в носках в европейской позиции (положение: пятки вместе, носки разведены под углом в 30 градусов) [Скворцов Д. В., 2007].

Проведен анализ комплекса стандартных показателей стабилотрического исследования. X, Y (мм) — абсолютное положение центра давления (ЦД) относительно фронтальной (X) и сагитальной (Y) плоскости (ЦД принято называть проекцию центра тяжести тела на плоскость опоры); x, y (мм) — девиации ЦД относительно среднего положения — (x) — во фронтальной плоскости (вправо-влево), (y) — в сагитальной плоскости (вперёд-назад); L (мм) — длина статокинезиограммы (длина пути, пройденного ЦД за время исследования); S (кв. мм) — площадь статокинезиограммы; V (мм/сек.) — средняя скорость перемещения ЦД; xf

Ромашкина Александра Владимировна — врач-рефлексотерапевт отделения восстановительной медицины; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogwww@yandex.ru

Геворкян Лусине Маисовна — врач-невролог отделения ультразвуковой и функциональной диагностики; тел. 8 (3532) 67-63-57; e-mail: ogwww@yandex.ru

Бурдаков Владимир Владимирович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой неврологии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 76-93-34; e-mail: k_nevrol@orgma.ru

(Гц), γf (Гц) — параметр 60% энергии спектра частот во фронтальной (ЭХ), в сагиттальной (ЭУ) плоскости — основная частота спектра колебаний ЦД.

Достоверность различий оценивалась непараметрическими методами статистики с использованием критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ.

В результате проведенного обследования пациенты с последствиями боевой ЧМТ имели многочисленные неврологические синдромы. В большинстве случаев у пациентов выявлялись несколько синдромов, которые определяли течение периода остаточных явлений ЧМТ. Выявлялись следующие синдромы: гипертензионно-гидроцефальный синдром (32%), вестибуло-атактический (64%), астено-невротический (40%), психоорганический синдром (27%), судорожный синдром (9%), синдром вегетативной дисфункции (29%).

Пациенты в зависимости от степени тяжести боевой ЧМТ были разделены на 2 группы: 1-я группа — 32 пациента с сотрясением головного мозга и 2-я группа — 23 пациента с ушибом мозга легкой и средней степени тяжести.

Сопоставление стабилметрических данных показало статистически достоверную разницу в отно-

шении следующих показателей: среднее положение центра давления в сагиттальной плоскости (в 1-й группе — $19,2 \pm 17,01$ мм, во 2-й группе — $29,6 \pm 18,65$, $p = 0,048$); девиация центра давления в сагиттальной плоскости (в 1-й группе — $19,5 \pm 10,84$ мм, во 2-й группе — $31,84 \pm 14,08$, $p = 0,002$); длина статокинезиограммы (в 1-й группе — $624,2 \pm 260,75$ мм, во 2-й группе — $966,08 \pm 555,53$, $p = 0,016$); площадь статокинезиограммы (в 1-й группе — $658,2 \pm 500,39$ мм, во 2-й группе — $1634,68 \pm 1179,56$, $p = 0,002$).

ТАКИМ ОБРАЗОМ, выраженность вестибулярных нарушений в периоде остаточных явлений боевой черепно-мозговой травмы зависит от степени тяжести полученной травмы. Компьютерная стабилметрия является высокоэффективным методом объективной оценки вестибулярных нарушений у больных с боевой ЧМТ в анамнезе. Показатели компьютерной стабилметрии (среднее положение центра давления в сагиттальной плоскости, девиация центра давления в сагиттальной плоскости, длина статокинезиограммы, площадь статокинезиограммы) могут служить одними из критериев диагностики вестибулярных нарушений после перенесенной боевой ЧМТ.

УДК 615.851:616.89-008.454-053.9

А. И. САФРОНОВА¹, В. В. СМЕРНОВА², С. П. КОТЛЯРОВА², Т. А. БЕРЛИБА², Е. И. ПЕТРОВА²

АНАЛИЗ МЕТОДИК КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Оренбургский государственный медицинский университет

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов всех войн

A. I. SAFRONOVA, V. V. SMIRNOVA, S. P. KOTLYAROVA, T. A. BERLIBA, E. I. PETROVA

ANALYSIS OF COGNITIVE REHABILITATION METHODS AND CORRECTION OF PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF PATIENTS OF PALLIATIVE CARE DEPARTMENT

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Orenburg State Medical University

Сафронова Алла Ивановна — к. м. н., ассистент кафедры неврологии Института профессионального образования; тел. 8 (3532) 76-93-34; e-mail: k_nevrolog@orgma.ru

Смирнова Вилера Владимировна — врач-невролог отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 8 (3532) 56-18-55; e-mail: ogww@yandex.ru

Котлярова Светлана Петровна — заведующая отделением паллиативной медицинской помощи; тел. 8 (3532) 56-18-55; e-mail: ogww@yandex.ru

Берлиба Татьяна Александровна — врач-психотерапевт отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 8 (3532) 56-18-55; e-mail: ogww@yandex.ru

Петрова Евгения Игоревна — медицинский психолог отделения паллиативной медицинской помощи; тел. 89228366462; e-mail: Genechka91_10@mail.ru

В рамках областной целевой программы «Здоровье ветеранов войн — активное долголетие», а также государственной программы «Развитие здравоохранения Оренбургской области» 16 февраля 2015 г. в Оренбургском областном клиническом госпитале ветеранов войн было открыто отделение паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь является разделом медицины, направленным на поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями, на максимально возможном при данном состоянии пациента комфортном для него уровне. Основной целью является улучшение качества жизни пациентов

и их близких, оказавшихся перед лицом смертельного заболевания. В данных жизненных и клинических ситуациях особое значение приобрела психолого-психиатрическая помощь пациентам и их родственникам, когда группой или индивидуально проводится беседа — выслушивание проблем и страданий, совместное переживание и проговаривание болезни, эмоциональная поддержка.

ОПМП рассчитано на 10 гериатрических, 10 неврологических и 10 онкологических коек. Об особенностях течения заболеваний пациентов каждого профиля можно сказать отдельно.

Пациенты, столкнувшиеся с проблемами онкопатологий, на разных стадиях заболевания страдают депрессией, апатией, негативизмом, аффективными поведенческими нарушениями. В данной ситуации помимо симптоматической терапии и адекватного обезболивания им и их близким необходима помощь психотерапевта и медицинского психолога. Обычно используется рациональная (разъяснительная) психотерапевтическая беседа в рамках семейной и краткосрочно-позитивной терапии. Применяются элементы когнитивно-поведенческой терапии. Не забываем про духовную составляющую, когда пациенты в сознании и есть желание причаститься и исповедоваться, приглашаются священнослужители из храма Иоанна Богослова.

Гериатрические пациенты на фоне декомпенсированных, длительно текущих заболеваний помимо депрессий страдают нарушениями когнитивной сферы разной степени тяжести, нарушениями сна и инверсией суточных биоритмов (90%). Психотерапевт подбирает медикаментозную психотропную терапию с коррекцией доз (чаще — в минимальных дозах). Медицинский психолог ежедневно по желанию проводит нервно-мышечную релаксацию и музыкотерапию в кабинете психологической разгрузки.

Пациенты неврологического профиля, как правило, страдают хронической ишемией головного мозга на фоне генерализованной сосудистой патологии, что также часто осложняется когнитивным дефицитом, психоэмоциональными нарушениями. Пациенты, перенесшие тяжелые формы нарушений мозгового кровообращения — в 55% случаев уже в раннем восстановительном периоде страдают депрессией, нарушения-

ми сна, поведенческими нарушениями. Когнитивные и психотические нарушения находятся, как правило, в «тени» основного — двигательного — расстройства, но часто именно они оказывают существенное влияние на ход восстановительного лечения и, как следствие, на качество жизни постинсультных пациентов в целом.

Отдельно хотелось бы сказать о пациентах, страдающих болезнью Паркинсона. С открытием ОПМП на базе госпиталя ветеранов данная категория пациентов получила возможность не только лечиться амбулаторно в Центре экстрапирамидной патологии, также созданном на базе «ГБУЗ ООКПГВВ», но и в тяжелых стадиях получать стационарное многопрофильное лечение. За период существования ОПМП с февраля 2015 г. в отделении было пролечено 34 пациента с диагнозом «болезнь Паркинсона» и «Паркинсонизм плюс». Из них 14 женщин в возрасте 66–78 лет и 20 мужчин в возрасте 70–87 лет. 46% из наблюдаемых страдали депрессией (без значимых гендерных различий), 89% пациентов страдали инсомнией, гиперсомнией (мужчины составили 77% от наблюдаемой группы). Почти у всех пациентов наблюдалась апатия и ангедония. Помимо лекарственной терапии необходимы индивидуальные занятия, где с помощью рисунка и раскрасок (арт-терапия), сказки и биографии (сказко-терапии), хорошо просматривается проблема (симптом) и обсуждается «внутренняя картина болезни» и пути решения. Сейчас распространены (в свободном доступе) всевозможные мандалы, с которыми активно работаем, конструктор и кубики.

На фоне оказанной помощи у большинства наших пациентов улучшалось качество ночного сна, значительно уменьшались астено-депрессивные и тревожные нарушения психоэмоциональной сферы, сформировалась позитивная мотивация для дальнейшего лечения и поддержания комфортного качества жизни.

Таким образом, мы считаем, что гуманистический подход, позитивная и разъяснительная беседа, тренинги когнитивных навыков, релаксация и аутотренинг, творческие занятия, логопедические упражнения, прогулки (за пределы кровати, на свежем воздухе) должны быть использованы в рамках комплексной паллиативной медицинской помощи. В перспективе освоение новых методик и направлений для терминальных больных и их родных.

УДК 616.613-003.7-089.878-06

И. В. СЕМЕНЯКИН, В. А. МАЛХАСЯН, В. Ю. ИВАНОВ, А. В. ТЕДЕЕВ

**ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРКУТАННЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОЧКАХ ОТ РАЗМЕРОВ КОНКРЕМЕНТА***Клиника урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого, г. Москва*

I. V. SEMENYAKIN, V. A. MALKHASYAN, V. YU. IVANOV, A. V. TEDEEV

**THE DEPENDENCE OF KIDNEY PERCUTANEOUS SURGERY COMPLICATIONS
ON CALCULUS SIZE***Urology clinic of MMSU n. a. A. I. Evdokimov, town clinical hospital n. a. S. I. Spasokukotskiy, Moscow***ВВЕДЕНИЕ.**

В настоящее время чрескожная нефролитотрипсия является безопасным и высокоэффективным методом удаления камней почек. Данный метод лечения стал альтернативой открытому вмешательству при крупных камнях почек.

Благодаря совершенствованию инструментария и техники операции травматическое воздействие на паренхиму почки не велико, что снижает риск возникновения осложнений. Вероятность осложнений, по данным литературы, связана с различными факторами риска, такими как опыт хирурга, количество доступов, размер конкремента, время операции, диаметр инструмента, интеркурентный фон.

ЦЕЛЮ нашего **ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось определение зависимости частоты осложнений от размера конкремента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Нами проведен ретроспективный обзор медицинской документации 379 пациентов, перенесших в клинике урологии МГМСУ перекутанные нефролитотрипсии с 2013 по 2016 гг. Из них у 198 (52,2%) больных камни были одиночными, множественные — у 130 (34,3%) и коралловидные конкременты — у 51 (13,4%). Мужчин было 142 (37,4%), женщин — 237 (62,5%). Средний возраст пациентов составлял 47 лет (35–86 лет). Операции выполнены 2 докторами, имеющими многолетний опыт.

Все операции были выполнены в положении пациента на животе под спинномозговой анестезией. Доступ осуществлялся под сочетанным ультразвуковым и рентгенологическим наведением. Перкутанные операции выполнялись по стандартной методике с использованием ригидных уретеронефроскопов 19–22 Ch и ригидных нефроскопов 24–26 Ch. Для дробления конкрементов был применен аппарат для контактной литотрипсии «Swiss Lithoclast Master» фирмы «EMS» (Швейцария) и хирургический гольмиевый лазер Storz Calculase II.

Средний размер конкремента составлял 2,4 см

(1,5–4,8). Во всех случаях операция завершалась дренированием нефростомическим дренажем. Оценка избавления пациента от конкремента производилась на следующие сутки рентгенологически и по данным ультразвукового исследования.

В зависимости от размеров конкрементов распределение пациентов было следующим: 1-я группа размер конкремента до 2 см — 47 (10,4%), вторая группа — 2,0–3,0 см — 281 (62,4%), третья группа — более 3,0 см — 51 (11,3%) пациент.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Состояние, свободное от камней, в различных группах было достигнуто: у 45 (11,8%) пациентов первой группы, у 165 (43,5%) пациентов второй и у 41 (10,8%) пациента третьей группы. Продолжительность операции в зависимости от величины камня варьировала: до 2 см — $40,3 \pm 10,2$ минуты, 2,5–3 см и более 3 см — $52,1 \pm 19,1$ и $60,1 \pm 10,9$ минуты соответственно.

Зависимость между количеством осложнений и размерами конкремента была отмечена. Общее количество осложнений в послеоперационном периоде было отмечено у 66 (17,4%) пациентов (у 11 (16,6%) пациентов первой группы, у 16 (24,2%) пациентов второй и у 39 (59,0%) пациентов третьей группы).

Острый пиелонефрит в послеоперационном периоде развился у 43 (11,4%). Статистической достоверности в возникновении острого пиелонефрита между группами не отмечено (5 пациентов (11,6%) — 1-я группа, у 13 (30,2%) пациентов второй и у 25 (58,1%) пациентов третьей группы). Все пациенты с острым пиелонефритом были пролечены консервативно.

Общее количество тяжелых кровотечений в раннем послеоперационном периоде отмечено у 23 (6%). У 3 (13,04%) пациентов 1-й группы, у 8 (34,7%) пациентов второй и у 12 (52,1%) пациентов третьей группы. Сепсис развился у 5 пациентов (1,3%).

Четверым пациентам (1 (25%) пациент — 1-й группы, 1 (25%) пациент второй и 2 (50%) пациента третьей группы) в связи с интенсивным, не поддающимся консервативной терапии кровотечением была выполнена люмботомия, ревизия заброшенного пространства. Двоим пациентам из второй и третьей групп было выполнено ушивание дефекта

Семенякин Игорь Владимирович — д. м. н., заместитель главного врача по хирургической помощи; тел. +79687090415; e-mail: iceig@mail.ru

паренхимы почки, двоим из третьей группы — нефрэктомия. У одной пациентки после нефрэктомии в последующем развилась ТЭЛА, вследствие чего наступила смерть больной. Еще у одной пациентки из третьей группы на 5-е сутки после операции из-за нагноения гематомы была выполнена люмботомия, ревизия забрюшинного пространства, дренирование гематомы. У одной пациентки из этой же группы на шестые сутки послеоперационного периода было отмечено выделение кала по нефростомическому дренажу. По данным КТ диагностировано повреждение нисходящей кишки. Пациентке была выполнена лапаротомия, ревизия и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства слева, нефрэктомия слева, выведена двустольная колостома. Через 3 месяца выполнено лапароскопическое закрытие колостомы. Общее количество пациентов, кото-

рым потребовалось лечение в послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения, составило 15 (3,95%).

ВЫВОДЫ.

Перкутанная нефролитотрипсия является высокоэффективным, безопасным методом лечения мочекаменной болезни с относительно частыми, но не тяжелыми осложнениями. Правильный выбор показаний и противопоказаний, предоперационная подготовка, соблюдение технических аспектов операции, тщательное послеоперационное ведение играют основополагающую роль в достижении успешного результата лечения, сводя уровень возможных осложнений к минимуму.

Наше исследование показало, что размер конкремента более 3-х см в диаметре является предрасполагающим фактором возникновения осложнений.

УДК 378.661:616.6-089

И. В. СЕМЕНЯКИН¹, В. Ю. ИВАНОВ¹, В. А. МАЛХАСЯН¹, А. В. ТЕДЕЕВ¹, Т. Б. МАХМУДОВ¹, Е. А. ЯШИН², Ю. В. СВИРКОВ²
КРИВАЯ ОБУЧЕНИЯ ПЕРКУТАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ НА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЯХ

¹ — Клиника урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого, г. Москва

² — Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

I. V. SEMENYAKIN¹, V. YU. IVANOV¹, V. A. MALKHASYAN¹, A. V. TEDEEV¹, T. B. MAKHMUDOV¹, E. A. YASHIN², YU. V. SVIRKOV²
LEARNING CURVE OF UPPER URINARY TRACT PERCUTANEOUS SURGERY

¹ — Urology clinic of MSMSU n. a. A. I. Evdokimov, town clinical hospital n. a. S. I. Spasokukotskiy, Moscow

² — Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

ВВЕДЕНИЕ.

Перкутанные операции на верхних мочевых путях являются эффективным методом оперативного лечения конкрементов верхних мочевых путей. В отличие от других малоинвазивных методов избавления от мочевых камней, данный имеет большую морбидность и процент осложнений. Основным фактором, влияющим на безопасность перкутанных операций, является квалификация хирурга.

ЦЕЛЬЮ нашего **ИССЛЕДОВАНИЯ** являлась оценка кривой обучения перкутантным операциям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Исследование проводилось в промежуток времени с января 2016 г. по май 2016 г., было выполнено 156 чрескожных нефролитотрипсий. Средний воз-

раст пациентов составлял 56 лет (24–73). Мужчин — 94, женщин — 62. Пациенты разделены на 3 группы: первую группу составляли 99 пациентов, которым операция была выполнена хирургом со значительным опытом перкутанных операций (более 150). 57 пациентов, операция которым была выполнена врачом, не имеющим опыта подобных операций, были разделены следующим образом: первые 30 пациентов составили вторую группу, последующие 27 — третью. Все операции «начинающего» хирурга были выполнены под контролем опытного. Средний размер конкремента составлял 2,8 см (1,5–4,5 см) у пациентов первой группы, 2,2 см (1,5–2,5 см) — во второй группе, 2,5 см (1,–3,5 см) — в третьей.

Все операции были выполнены в положении пациента на животе под спинномозговой анестезией. Доступ осуществлялся под сочетанным ультразвуковым и рентгенологическим наведением. Перкутанные операции выполнялись по стандартной методике с использованием нефроскопов № 18 FrCh и 24 FrCh. Оценка избавления пациента от конкремента производилась на следующие сутки рентгенологически и по данным ультразвукового исследования.

Семенякин Игорь Владимирович — д. м. н., заместитель главного врача по хирургической помощи; тел. +79687090415; e-mail: iceig@mail.ru

Яшин Евгений Александрович — 3. вр. РФ, заведующий оперблоком, врач-уролог; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: ogww@yandex.ru

Свирков Юрий Викторович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: ogww@yandex.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ.

У 92 (92%) пациентов в первой группе, 22 (73,3%) во второй группе и 21 (81%) третьей группы было достигнуто полное избавление от конкремента после перкутанной операции. Время операции в среднем составило 82 мин. (60–110 мин.) в первой группе, 98 мин. (75–140 мин.) — во второй и 86 мин. (60–140 мин.) — в третьей. Двум пациентам (2%) из первой группы и двум пациентам (7,4%) из второй группы была выполнена повторная нефроскопия по существующему ходу для удаления резидуальных фрагментов. Стентирование мочеточника из-за острой обструкции верхних мочевых путей мелкими фрагментами конкремента было выполнено 8 (8%) пациентам из первой группы, 4 (13,3%) из второй, двум (7,4%) из третьей. Выполнение

дистанционной литотрипсии резидуальных фрагментов потребовалось 6 (6%) пациентам из первой группы, 5 (16,6%) из второй, 3 (11%) из третьей. Острый пиелонефрит в послеоперационном периоде развился у 3 (3%) пациентов из первой группы, 2 (7,4%) из второй и одного (3,7%) из третьей. Гемотрансфузия потребовалась одному (1%) пациенту из первой группы и двум (7,4%) пациентам из второй. Одному пациенту из первой группы и одному из второй была выполнена люмботомия и ревизия забрюшинного пространства из-за кровотечения в раннем послеоперационном периоде, которое не удалось остановить консервативными методами. В одном случае была выполнена нефрэктомия, во втором кровотечение было остановлено прошиванием паренхимы почки.

Таблица — Показатели результатов операций в различных группах хирургов

Показатели \ Группы хирургов	Группа опытного хирурга	Группа обучающегося хирурга	Группа хирурга, имеющего начальный опыт
Количество пациентов	99	30	27
Средний размер конкремента (см)	2,8 (1,5–4,5)	2,2 (1,5–2,5)	2,5 (1,5–3,5)
Полное избавление от конкремента	92 (92%)	22 (73,3%)	21 (81%)
Среднее время операции (мин.)	81 (60–110)	98 (75–140)	86 (60–140)
Повторные ЧНЛТ	2 (2%)	2 (7,4%)	-
Обструкция мочеточника	8 (8%)	4 (13,3%)	2 (7,4%)
Острый пиелонефрит	3 (3%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)
Гемотрансфузия	1 (1%)	2 (7,4%)	-
Люмботомия	1 (1%)	1 (3,7)	-

ВЫВОДЫ.

Перкутанная нефролитотрипсия является эффективным и безопасным методом избавления от почечных конкрементов.

Процесс обучения перкутанной операциям представляется безопасным при наличии в клинике хирурга, имеющего значительный опыт повторных операций.

После первых 57 операций, выполненных хирургом без опыта перкутанной операции показатели эффективности оперативного лечения, такие как избавления от камня, количество осложнений, необхо-

димость повторных операций, остается хуже, чем у хирурга с значительным опытом подобных операций.

Мы считаем, что для уверенного выполнения перкутанной нефролитотрипсий необходим опыт более 100 подобных операций.

Учитывая вышесказанное, непосредственным условием обучения является достаточное количество больных, поступающих в клинику для подобных операций. Обучение перкутанной операциям является длительным процессом и должно выполняться в условиях специализированных центров.

УДК 616.613.-003.7-089.878

И. В. СЕМЕНЯКИН, В. В. МАЛХАСЯН, В. Ю. ИВАНОВ, А. В. ТЕДЕЕВ

НАШ ОПЫТ БЕЗДРЕНАЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Клиника урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого, г. Москва

I. V. SEMENYAKIN, V. A. MALKHASYAN, V. YU. IVANOV, A. V. TEDEEV

EXPERIENCE OF TUBELESS PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY

Urology clinic of MSMSU n. a. A. I. Evdokimov, town clinical hospital n. a. S. I. Spasokukotskiy, Moscow

ВВЕДЕНИЕ.

Бездренажная чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ) является эффективным методом оперативного лечения конкрементов верхних мочевых путей. Одним из факторов, негативно сказывающимся на качестве жизни в раннем послеоперационном периоде, является необходимость дренирования почки нефростомическим дренажем. Уменьшение диаметра нефроскопов за последнюю декаду, появление эффективных гемостатических средств позволили заканчивать перкутанные операции без нефростомического дренажа.

ЦЕЛЬЮ нашего **ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось оценка эффективности и безопасности бездренажной перкутанной нефролитотрипсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

С сентября 2015 г. по май 2016 г. нами было выполнено 24 бездренажных ЧНЛТ. При 6 операциях использовался нефроскоп № 18 FrCh и нефроскопический кожух № 22 FrCh, фрагментация конкремента выполнялась ультразвуковым литотриптером. Восемь операций выполнено с применением мини-перкутанного нефроскопа с диаметром нефростомического тубуса № 16 FrCh, для фрагментации конкремента применялась лазерная литотрипсия.

Решение о выполнении бездренажной операции принималось при размерах конкремента менее 2,0 см и при отсутствии признаков интраоперационного кровотечения и перфорации полостной системы почки.

Средний возраст пациентов — 46 лет (25–54). Мужчин — 15, женщин — 9. В среднем наибольший размер конкремента составлял 1,8 см (от 1,5 до 2,2 см). У 14 пациентов конкремент находился в лоханке, у 9 — в нижней группе чашечек, у одного — в верхней группе чашечек. Все операции были выполнены в положении пациента на животе под спинномозговой анестезией.

Доступ осуществлялся под сочетанным ультразвуковым и рентгенологическим наведением.

Все бездренажные операции заканчивались тампонированием нефроскопического хода фибрин-желатиновым матриксом «Сурджифло». При мини-перкутанных операциях дренирование почки осуществлялось мочеточниковым катетером на протяжении 24–48 часов. В остальных случаях дренирование верхних мочевых путей осуществлялось антеградной установкой внутреннего мочеточникового стента. Оценка избавления пациента от конкремента производилась на следующие сутки рентгенологически и по данным ультразвукового исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Среднее время операции составило 92 мин. В одном случае при мини-перкутанной нефролитотрипсии из-за большого размера конкремента достичь полной его фрагментации не удалось, вследствие чего нефроскопический ход был разбужирован до 26 FrCh, после чего была выполнена нефролитотрипсия по стандартной методике. У трех пациентов при контрольном ультразвуковом и рентгенологическом исследовании были выявлены резидуальные фрагменты до 4 мм в диаметре. Не было зафиксировано ни одного случая массивной гематурии, требующей гематрансфузии, в послеоперационном периоде. Среднее падение уровня гемоглобина в первые сутки после операции составило 15 г/л (10–25 г/л). У одного пациента в послеоперационном периоде развился острый пиелонефрит, проведенный консервативно. У одного пациента после удаления мочеточникового катетера определялась острая обструкция верхних мочевых путей, обусловленная миграцией желатиновых гранул гемостатического препарата по верхним мочевым путям, вследствие чего был установлен внутренний мочеточниковый стент.

ВЫВОДЫ.

Бездренажная перкутанная нефролитотрипсия является эффективным и безопасным методом избавления от почечных конкрементов у тщательно отобранной группы пациентов. Нами не выявлено различий в плане безопасности между бездренажными миниперкутанной и нефролитотрипсии с применением нефроскопа № 18 FrCh.

Семенякин Игорь Владимирович — д. м. н., заместитель главного врача по хирургической помощи; тел. +79687090415; e-mail: iceig@mail.ru

УДК 616.61-089.87

И. В. СЕМЕНЯКИН, В. А. МАЛХАСЯН, М. А. ПРОКОПОВИЧ

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С КРИВОЙ ОБУЧЕНИЯ

Клиника урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого, г. Москва

I. V. SEMENYAKIN, V. A. MALKHASYAN, M. A. PROKOPOVICH

INTRAOPERATIONAL RESULTS OF ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY AND ITS CORRELATION WITH THE LEARNING CURVE

Urology clinic of MSMSU n. a. A. I. Evdokimov, town clinical hospital n. a. S. I. Spasokukotskiy, Moscow

ВВЕДЕНИЕ.

В противоположность традиционной лапароскопической резекции почки, робот-ассистированная резекция почки (РАРП) показывает крутой график кривой обучения с более коротким периодом тепловой ишемии и сопоставимыми послеоперационными результатами. Таким образом, РАРП общепризнано является хорошим малоинвазивным хирургическим методом у пациентов с почечно-клеточным раком клинической стадии cT1a.

ЦЕЛЬЮ нашего **ИССЛЕДОВАНИЯ** была оценка интраоперационных результатов у пациентов, подвергшихся РАРП, и показать график кривой обучения, базирующийся на интраоперационных параметрах, таких как время тепловой ишемии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Мы провели ретроспективный анализ интраоперационных, лабораторных и онкологических результатов 30 пациентов, подвергшихся РАРП в нашей клинике в период с февраля 2013 г. по июнь 2016 года. Послеоперационные осложнения через 30 дней после операции зарегистрированы. Мы проанализировали данные пациентов, прооперированных одним хирургом, оценивая время тепловой ишемии, продолжительность операции, объем кровопотери и скорость клубочковой фильтрации.

Семенякин Игорь Владимирович — д. м. н., заместитель главного врача по хирургической помощи; тел. +79687090415; e-mail: iceig@mail.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Среднее время тепловой ишемии составило 17,4 минуты (SD±9,9), средняя продолжительность операции была 185 минут (SD±19), средний объем кровопотери составил 599 мл (SD±640 мл). Среднее снижение скорости клубочковой фильтрации составило 3,50 мл/мин. (SD±13,28). В подавляющем большинстве случаев — 83 (76%) пациентам — удалили злокачественное образование. У 5 (15%) пациентов развились послеоперационные осложнения. Интраоперационные осложнения были зарегистрированы в 2 случаях. В соответствии с классификацией Клавиен-Диндо, у 4% пациентов осложнения 1-й и 2-й степени и у 11% — 3-й и 4-й степени. Время тепловой ишемии значительно уменьшилось после 15 операций, выполненных одним хирургом. Относительно времени операции, СКФ и объемом кровопотери значительной корреляции выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Наши результаты, полученные при исследовании, схожи с результатами, описанными в литературе. РАРП — безопасная хирургическая техника с крутой кривой обучения. По нашему мнению, 10 операций достаточно хирургу-урологу для достижения хороших интра- и послеоперационных результатов. Планируем ретроспективный анализ с большей выборкой пациентов клинической стадии с T2.

УДК 616.24-002.5

Н. И. СКОРОВАРОВА, А. В. ЛОГИНОВ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Оренбургский городской клинический противотуберкулезный диспансер

N. I. SKOROVAROVA, A. V. LOGINOV

PECULIARITIES OF TUBERCULOSIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Orenburg clinical TB dispensary

Проблемы неблагоприятных показателей по туберкулезу в России позволяют акцентировать внимание на туберкулезе легких у лиц пожилого и старческого возраста. Удельный вес туберкулеза у лиц пожилого

и старческого возраста в структуре возрастной заболеваемости в России составляет около 20%, в Оренбургской области — 15–16%. Проблема выделения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого воз-

раста продиктована особенностями физиологических и патогенетических процессов, снижением диагностической ценности многих симптомов заболевания, несвоевременностью его диагностики, недостаточной эффективностью консервативной химиотерапии, наличием лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза (МБТ), высоким удельным весом сопутствующей патологии, возникновением побочных реакций на препараты.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить особенности течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста, находившихся в стационаре Оренбургского городского клинического противотуберкулезного диспансера в 2013–2015 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Проведен анализ 43 историй болезни лиц пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в стационаре ГБУЗ «ОГКПТД» с туберкулезным процессом в легких. Больные были разделены на две группы: 1-я — возрастная группа 55–64 лет; 2-я — 65 лет и старше. Всем больным при поступлении в стационар назначалось специфическое лечение в соответствии со стандартами режимов химиотерапии (Приказ Минздрава РФ от 2003 № 109) на фоне патогенетических средств. Коррекция режима химиотерапии проводилась после результатов исследования на лекарственную устойчивость возбудителя или из-за плохой переносимости или побочного действия препаратов на фоне сопутствующих заболеваний. Эффективность лечения оценивали на основании контрольного бактериологического и лучевого обследования, проводившихся по окончании основного курса интенсивной фазы лечения и перевода больных на фазу продолжения терапии в амбулаторных условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Среди больных 1-й группы (27 человек) преобладали лица мужского пола — 77,7% случаев. В структуре клинических форм туберкулеза легких доминировал инфильтративный туберкулез — 51,2% случаев, туберкуломы легких были в 18% случаев. Анализ путей выявления показал, что у 16 (37,6%) больных туберкулез легких был выявлен при обращении к врачу. Начало заболевания было острым у 16,2% больных, подострое начало — у 70% пациентов, бессимптомное течение отмечено у 6 больных (13%). Симптомы интоксикации выявлены у 51,1% больных. Бронхолегочные симптомы (кашель, выделение мокроты, кровохарканье) за-

регистрированы у 30 (69,7%) больных. Среди больных 1-й группы распространенные процессы с поражением одной доли легкого и более имелись у 32 больных (74,4%), ограниченное поражение легочной ткани в пределах 1-2 сегментов — у 11 (25%). Распад легочной ткани установлен у 29 больных (67,4%). Бактериовыделение микроскопическим методом среди данной категории больных зарегистрировано в 44,1% случаев, посевом — в 60%. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) обнаружена у 20 больных (46,5%), из них МЛУ — у 14 человек (32,5%). Сопутствующие заболевания сопровождали течение туберкулезной инфекции у 39 больных (90,6%), преобладающим являлись ИБС, артериальная гипертензия (50,7%), хронический бронхит, в т. ч. ХОБЛ (18,6%), сенсоневральная тугоухость (18,6%). Длительность лечения в стационаре среди 1-й группы больных составляла в среднем 154 койко-дня. Нежелательные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов отмечались у 71,8% больных, что и определило модификацию стандартных режимов химиотерапии. Прекращение бактериовыделения в 1-й группе больных к концу 2-го месяца лечения в стационаре зарегистрировано у 5 больных (29,4%). Трансформация изменений в легочной ткани в виде закрытия распадов — в 33,3%.

Среди возрастной категории лиц 65 лет и старше (16 человек) в структуре форм туберкулеза легких на первом месте зарегистрирована также инфильтративная форма — 12 пациентов (75%). Основным методом выявления являлась цифровая флюорография. По обращению было выявлено 7 пациентов (43,7%), как профосмотр — 3 пациента (18,7%). Острое начало заболевания отмечали 6 больных (37,5%), подострое — 2 пациента (12,5%). Симптомы интоксикации выявлены практически у всех больных, бронхолегочные — у 11 (68,7%) пациентов. Среди 2-й группы больных распространенные процессы в легких имели место у 12 человек (75%), ограниченные — у 4 (25%). Бактериовыделение всеми методами зарегистрировано у 12 больных (75%), лекарственная устойчивость МБТ обнаружена только у 2 больных (12,5%), МЛУ установлена у 5 больных (31%). Сопутствующие заболевания выявлены у 15 больных (93,7%). По структуре практически не отличались от характеристики таковой среди больных 1-й группы. Длительность стационарного лечения во 2-й группе больных колебалась от 47 до 224 дней, в среднем составила 106 дней (при общих средних сроках по стационару — 89–92 дня). Осложнения противотуберкулезной терапии как нежелательные побочные эффекты среди больных этой группы отмечались у 14 пациентов (87,5%). Высокий удельный вес резко выраженных токсических побочных эффектов противотуберкулезных препаратов со стороны поражения внутренних орга-

Скорюварова Наталья Ивановна — заместитель главного врача по медицинской части; тел. 8 (3532) 99-38-55; e-mail: oob50@mail.orb.ru

Логинов Александр Викторович — главный врач; тел. 8 (3532) 99-30-43; e-mail: oob50@mail.orb.ru

нов: печени, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и кровеносной систем, не только снижали приверженность больных к лечению, но и приводили к отказу от него. Дальнейшее ведение таких больных требовало той или иной коррекции режимов лечения: уменьшение средней терапевтической дозы, разобщение совмещенности по времени приема лекарств, назначение протекторов, усиление патогенетической и симптоматической терапии, в том числе и по сопутствующей патологии. Негативация мокроты среди больных бактериовыделителей во 2-й группе к завершающему этапу стационарного лечения была достигнута в 45%, т. е. у 5 больных.

ВЫВОДЫ.

В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста

преобладает инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и бактериовыделения в 60,4% случаев. Во 2-й возрастной группе более часто наблюдались распространенные, с бацилловыделением формы туберкулеза, что обусловлено угнетением иммунной защиты и снижением общей резистентности организма. Плохая переносимость и нежелательные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов, негативное воздействие сопутствующей патологии чаще отмечались в старшей возрастной группе. Совокупная эффективность стандартной терапии и индивидуально-модифицированных режимов химиотерапии позволяет достигнуть положительного клинико-рентгенологического и бактериологического результата лечения в 60–70% случаев на стационарном этапе ведения больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста.

УДК 611.133.33:616.831-005.1-089.8-053.9

О. И. ТКАЧЕНКО, А. А. МАТЮКОВ, Т. В. ЕРМОЛАЕВА, И. И. ГОЛДБЕРГ

ОПЫТ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербургский «Госпиталь для ветеранов войн»

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина, г. Москва

O. I. TKACHENKO, A. A. MATYUKOV, T. V. ERMOLAYEVA, I. I. GOLDBERG

EXPERIENCE OF CAROTID STENTING IN ACUTE ISCHEMIC STROKE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Saint-Petersburg hospital for war veterans

Town clinical hospital named after S. P. Botkin, Moscow

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — провести оценку эффективности восстановления двигательных функций у больных пожилого и старческого возраста в остром периоде ишемического инсульта после проведения стентирования прецеребральных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в 2014–2015 гг. выполнялись эндоваскулярные вмешательства у 30 пациентов со стенозами сонных и позвоночных артерий в остром периоде ишемического инсульта. Возраст больных колебался от 61 до 88 лет, в среднем составил 78 лет ($78 \pm 7,3$ года). Пациентов пожилого возраста (от 60 до 74 лет) было 9 человек, что составило 30%, пациентов старческого возраста (от 75 до 90 лет) — 21 человек, что составило 70%.

При определении показаний к стентированию учитывались:

1) клинические проявления сосудисто-мозговой

недостаточности и сопутствующие заболевания;

2) гемодинамическая значимость стеноза и морфология бляшки.

По выраженности стенозов больные распределились следующим образом:

1) субкритический стеноз (от 70% до 79% по NASCET) — 6 человек (20%).

2) критический стеноз (от 80% до 99% по NASCET) — 24 человека (80%).

Средняя величина стеноза составила 86,7%. Сопутствующие заболевания нашли свое отражение в расчете индекса коморбидности Charlson, который в среднем составил $7,21 \pm 0,24$ балла, что предполагает менее 10% выживаемость данной группы больных в течение 10 лет, вследствие многочисленной коморбидной патологии. Пациенты были прооперированы в сроки от 1 до 14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

После стентирования отмечалось улучшение двигательных функций и самообслуживания, что нашло отражение в увеличении баллов по шкале мобильности Rivermead с $9 \pm 3,9$ до $11 \pm 2,9$ ($p < 0,001$) и шкале

Ткаченко Ольга Ивановна — заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии (для больных с ОНМК); тел. 8 (812) 670-94-43; e-mail: otkachenko28@mail.ru

Barthel с $11 \pm 4,3$ до $16 \pm 2,9$ ($p < 0,001$) только для пациентов старческого возраста. Была найдена корреляция эффективности восстановления двигательных функций по индексу Barthel в зависимости от дня стентирования, при выполнении стентирования в первые сутки суммарный балл индекса Barthel повышался в два раза, т. е. повысился реабилитационный прогноз этой группы. Общий показатель осложнений (инсульт/смерть) составил 10% (3 пациента). Сроки госпитализации составили от 10 до 30 суток.

ВЫВОДЫ:

1) Полученные данные свидетельствуют о возможности безопасного каротидного стентирования

в остром периоде ишемического инсульта у пациентов пожилого и старческого возраста. Стентирование сонных артерий является реальной альтернативой каротидной эндартерэктомии, особенно у пациентов с выраженными каротидными стенозами в сочетании с множественными сопутствующими заболеваниями, т. е. у больных с высоким хирургическим риском.

2) Эндоваскулярное вмешательство на магистральных артериях головы целесообразно проводить в наиболее ранние сроки от начала развития ишемического инсульта с целью улучшения реабилитационного потенциала пациентов пожилого и старческого возраста.

УДК 616.1:616.24]-008.444

В. А. ТЮЛЮПОВА, Л. А. КАСКА

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

V. A. TYULYUPOVA, L. A. KASKA

EFFECT OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA ON CARDIOVASCULAR SYSTEM

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) имеет высокую распространенность среди пациентов пожилого возраста. У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет 30% у мужчин и 20% у женщин [Lindberg E. Epidemiology of OSA., 2010. Pp. 51-68]. Кроме того, особую важность СОАС приобретает у пожилых пациентов в связи с тем, что его наличие значительно утяжеляет течение ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и хронической обструктивной болезни легких.

ЦЕЛЬЮ данного **ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось установление связи между наличием СОАС и изменениями сердечно-сосудистой системы.

МЕТОДЫ.

Обследовались пациенты с целью уточнения характера нарушений ритма и проводимости сердца, выявления ишемической болезни сердца, у которых на основании жалоб и физикальных данных можно было предположить наличие СОАС. Для анализа проблемы отобраны пациенты с достоверно выявленным СОАС

всех степеней тяжести. Проанализированы результаты обследования 83 человек в возрасте от 53 до 85 лет (средний возраст — 69 лет). У 64 (77%) из 83 обследованных больных исходно был синусовый ритм, у 19 (23%) — постоянная форма фибрилляции предсердий. Исследование проводилось на аппарате «Кардиотехника-04» (ЗАО «Институт Кардиологической Техники» ИНКАРТ, г. Санкт-Петербург) и включало в себя: односуточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру, мониторинг артериального давления (АД), реопневмографию (РПГ) в одном отведении, запись двигательной активности и положения тела пациента. Мониторирование ЭКГ и АД проводилось всем пациентам последовательно, каждое из них сочеталось с РПГ и записью двигательной активности.

При мониторинге ЭКГ записывалась система модифицированных 12 стандартных отведений, мониторинг АД проводился аускультативным и осциллометрическим методами. Электроды, с которых снималась РПГ, устанавливались по правой и левой средней подмышечной линии в 5-м межреберье с тем, чтобы в зарегистрированной дыхательной кривой отражались дыхательные движения как правого, так и левого легкого как при грудном, так и диафрагмальном дыхании. При анализе записей оценивалась суточная динамика ЧСС, выявлялись, классифицировались и подсчитывались нарушения ритма и проводимости,

Тюлюпова Вера Александровна — врач функциональной диагностики отделения ультразвуковой и функциональной диагностики; тел. 8 (3532) 67-63-57; e-mail: ogww@yandex.ru

Каска Лариса Алексеевна — врач функциональной диагностики отделения ультразвуковой и функциональной диагностики; тел. 8 (3532) 67-63-57; e-mail: ogww@yandex.ru

определялись эпизоды ишемических изменений ЭКГ, сопровождающихся смещением сегмента ST более 1 мм. Проанализированы среднеинтегральные показатели АД, показатели вариабельности АД, нагрузочные индексы, суточный профиль АД, показатели утренней динамики АД. По РПГ выявлялись эпизоды гипопноэ (уменьшение амплитуды дыхания на 50% и более в течение 10 с и более) и апноэ (уменьшение амплитуды дыхания на 90%), подсчитывались их число и длительность, рассчитывался ИАГ — индекс дыхательных расстройств (индекс апноэ/гипопноэ). Если реопневмограмма не была пригодна для анализа хотя бы в течение 3-х ночных часов, то пациенты исключались из анализа.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Во время эпизодов апноэ по суточному мониторингу ЭКГ выявлены следующие нарушения. У всех обследуемых пациентов отмечались колебания частоты сердечных сокращений (ЧСС) во время эпизода апноэ от синусовой брадикардии с ЧСС 40–45 в мин. до синусового ритма с ЧСС 90–95 в мин.

В течение суток у 59 (71%) пациентов выявлены ночные типы нарушений ритма, при отсутствии этих аритмий во время бодрствования. Из них у 34 (58%) наджелудочковые экстрасистолы разных градаций, включая короткие пароксизмы наджелудочковых тахикардий, у 18 (30%) желудочковые экстрасистолы разных градаций, 7 (12%) пациентов имели комбинированные ночные нарушения ритма.

Связь нарушений проводимости с эпизодами апноэ была выявлена у 38 (46%) пациентов. Наиболее часто с остановками дыхания были связаны паузы за счет синоатриальной блокады 2-й ст. — 23 (61%) и атриовентрикулярной блокады 2-й ст. — 15 (39%).

Блокады всегда появлялись в фазу апноэ (обычно во второй половине или в конце эпизода). В 32 из 38 случаев (84%) связь пауз сердечного ритма с периодами апноэ была абсолютной, то есть вне апноэ паузы у них не наблюдались. В остальных случаях, когда паузы встречались как в периоды спокойного дыхания, так и во время апноэ, в последнем случае их было больше и они были длиннее.

Выявлено 15 (18%) пациентов с появлением депрессии сегмента ST, носящей ишемические характеристики и связанной с периодами апноэ, у 3 (4%) пациентов отмечалось усиление уже имеющейся депрессии сегмента ST.

Установлены характерные особенности суточного АД на фоне СОАС: в 27 (33%) случаях отмечалась артериальная гипертензия, в большей степени за счет повышения диастолического давления, отсутствие физиологического ночного снижения артериального давления «non-dippers» у 51 (61%), его устойчивое ночное повышение «night-peakers» в 23 (28%) случаях, у большинства пациентов выявлены повышенные показатели утренней динамики артериального давления (утренний подъем АД, скорость утреннего подъема АД).

ТАКИМ ОБРАЗОМ, по результатам исследований выявлена закономерная связь между наличием СОАС и изменениями параметров сердечно-сосудистой системы. РПГ-исследование у пациентов с нарушениями ритма зарекомендовало себя удачным методом для скринингового выявления дыхательных расстройств. В свою очередь выявление ночных нарушений ритма и проводимости должно быть абсолютным показанием к обследованию пациента на наличие дыхательных расстройств.

УДК 616.379-008.64-084

М. Н. ФАТЮНИНА

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

M. N. FATYUNINA

GUIDE FOR PATIENTS WITH DIABETES

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Сахарный диабет (СД) — эндокринное заболевание, обусловленное абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углевод-

ного, поражению сосудов (ангиопатиям), нервной системы (нейропатиям), а также других органов и тканей.

Группы риска сахарного диабета 2-го типа:

1. Лица с избыточной массой тела и ожирением.
2. Пациенты с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, нарушениями жирового обмена.
3. Лица, один из родственников которых болен СД 2-го типа.

Фатюнина Марина Николаевна — медсестра перевязочного кабинета «Диабетическая стопа» хирургического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-02-75; e-mail: ogww@yandex.ru

4. Женщины, дети которых имели вес при рождении более 4,5 кг.

5. Лица с нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак.

6. Пациенты, длительно получавшие лечение некоторыми препаратами (синтетические эстрогены, кортикостероиды, тиазидовые диуретики и пр.).

7. Лица старше 65 лет.

Лечебное питание при сахарном диабете. Правильное питание при сахарном диабете играет важнейшую роль, поскольку сахарный диабет — это заболевание, связанное с нарушением обмена веществ.

Правильно подобрав диету при легкой (а нередко и при средней тяжести) форме сахарного диабета 2-го типа, можно свести к минимуму медикаментозное лечение, а то и вовсе обойтись без него.

Ограничения. В первую очередь, и вряд ли это будет для кого-то открытием, при сахарном диабете надо ограничить употребление легкоусвояемых углеводов. Это сахар, мед, варенье и джемы, конфеты, сдоба и другие сладости, сладкие фрукты и ягоды: виноград, бананы, изюм, финики.

Нередко встречаются даже рекомендации полностью исключить эти продукты из рациона, но это действительно необходимо лишь при тяжелой форме диабета. Не так давно в результате ряда исследований было установлено, что в прогрессирование сахарного диабета большой вклад вносит повышенное содержание жиров в крови. Поэтому ограничение употребления жирной пищи при диабете не менее важно, чем ограничение сладостей.

Также надо серьезно ограничить, а лучше совсем не употреблять жареные, острые, соленые, пряные и копченые блюда, консервы, перец, горчицу, алкогольные напитки, шоколад, сливочное мороженое, кремные торты и пирожные.

Группа продуктов, которые рекомендованы при сахарном диабете: хлеб черный, супы, блюда из круп, помидоры, огурцы, капуста, кабачки, перец, баклажаны, свекла, морковь, редис, грибы, яйца, творог, зелень, чай, кофе без сахара, минеральная вода.

При лечении диабета 2-го типа необходимо:

- правильно питаться;
- поддерживать физическую активность;
- принимать сахароснижающие препараты, назначенные врачом.

Правила ухода за ногами.

1. Даже при небольшом воспалении на ногах необходимо обратиться к врачу.

2. Ежедневно мойте ноги и осторожно (не растирая) вытирайте их.

3. Ежедневно осматривайте ноги, чтобы вовремя обнаружить волдыри, порезы, царапины и другие повреждения, через которые может проникнуть инфекция.

4. Не подвергайте ноги воздействию очень высоких и очень низких температур.

5. Не пользуйтесь грелками или другими горячими предметами!

6. Ежедневно осматривайте свою обувь — не попали ли в нее посторонние предметы, не порвана ли подкладка.

7. Очень важно ежедневно менять носки или чулки.

8. Покупайте только ту обувь, которая с самого начала удобно сидит на ноге. Никогда не ходите босиком и тем более по горячей поверхности.

9. При травмах: йод, «марганцовка», спирт и бриллиантовый зеленый противопоказаны из-за дубящего действия.

10. Никогда не пользуйтесь химическими веществами или препаратами для размягчения мозолей. Никогда не удаляйте мозоли режущими инструментами (бритва, скальпель и т. п.).

11. Ногти на ногах нужно обрезать прямо, не закругляя уголки (короткие уголки «врастают»).

12. Вам не следует курить — курение повышает риск ампутации в 2,5 раза.

13. При сухости кожи ног смазывайте их (но не межпальцевые промежутки) жирным кремом.

Осложнения сахарного диабета: инфаркт, инсульт, гангрена, слепота, почечная недостаточность.

Медикаментозное лечение. Инсулин и сахароснижающие таблетки прописываются врачом, когда необходимо снизить уровень сахара в крови до необходимых целевых пределов.

Советы, к которым вы должны прислушиваться, принимая лекарственные препараты, следующие:

- необходимо знать вид и дозу инсулина или сахароснижающих таблеток;
- принимайте таблетки или делайте инъекции инсулина в назначенное время;
- всегда принимайте сахароснижающий препарат даже при тошноте, однако доза препарата должна быть уменьшена;
- не производите значительных изменений в графике приема прописанных лекарств без консультации с врачом.

УДК 615.272.4-085.272:612.017.1-053.9

С. А. ФРИД, Х. М. МУСТАФИН, И. А. БАКУЛИНА, С. С. МАКСЮТОВА, Г. У. МАКАРОВА, Ю. В. ЕНИКЕЕВ,
Л. М. ФРИДМАН, Е. Е. АЛЕКСЕЕВА**ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ***Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн г. Уфы*S. A. FRID, KH. M. MUSTAFIN, I. A. BAKULINA, S. S. MAKSYUTOVA, G. U. MAKAROVA, YU. V. ENIKEEV,
L. M. FRIDMAN, E. E. ALEKSEEVA**EFFECT OF STATINS ON SOME IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF ELDERLY PATIENTS WITH ISOLATED SYSTOLIC HYPERTENSION AND METABOLIC SYNDROME***Republican clinical hospital for war veterans, Ufa*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — оценить влияние статинов на иммунный статус у пожилых пациентов с метаболическим синдромом и изолированной систолической гипертензией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Нами обследованы 68 пожилых пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (Фрамингемская шкала), находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ РКГВВ г. Уфы: 32 пациента с метаболическим синдромом (МС) с доказанной НАЖБП, 36 пациентов с изолированной систолической гипертензией пожилых (ИСАГ). Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту полу и анамнезу. Клиническая характеристика обследуемых пациентов представлена в таблице 1. В качестве базисной терапии пациенты получали терапию лозартаном (Лозап, Zentiva, Словения) 100 мг в сутки в сочетании с амлодипином (Нормодипин, Gedeon Richter) 5 мг в сутки. Иммунологическая характеристика пациентов до терапии статинами представлена в таблице 2. После недельного «отмывочного» периода пациенты каждой группы методом случайной рандомизации были разделены на 2 подгруппы. Пациенты 1-й подгруппы дополнительно к основному лечению получали розувастатин (Крестор, ASTRAZENECA UK) 10 мг в сутки. Подгруппа 2-я получала аторвастатин (Липримар, Pfizer Ireland Pharmaceuticals, Ирландия) 40 мг в сутки. Больные находились в стационаре от 14 до 18 дней, далее их наблюдали амбулаторно, и последний, контрольный визит был через 6 месяцев после начала терапии. Контрольную группу составили 14 пожилых пациентов с умеренным сердечно-сосудистым риском по Фрамингемской шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Иммунный статус пожилых пациентов, вне зависимости от наличия ИСАГ или МС, характеризовался снижением пролиферативной активности Т-лимфоцитов в ответ на антигенную (митогенную) стимуляцию и значительным увеличением уровня провоспалительных цитокинов (ФНОα, IL — 6) и С-реактивного белка. У пациентов с МС также выявлено относительная лимфопения, дефицит Т — хелперного звена ИС, уменьшением доли Т-активированных лимфоцитов и Т-лимфоцитов памяти, гиперстимуляцией гуморального звена иммунной системы (ИС) (усиление пролиферации В-лимфоцитов, значительным увеличением сывороточной концентрации иммуноглобулинов) и усиление процесса спонтанного апоптоза лимфоцитов, а также доли Fas-зависимого апоптоза. В тоже время, как у пациентов с ИСАГ иммунный статус характеризовался увеличением уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов, доли активированных Т-лимфоцитов и резким угнетением процесса апоптоза лимфоцитов (таблица 2).

Все пациенты с МС и ИСАГ вне зависимости от варианта принимаемого статина через 6 месяцев достигли целевого уровня общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицеридов. Уровень провоспалительных цитокинов снижался в обеих группах вне зависимости от принимаемого препарата, а также отмечено улучшение пролиферативного ответа CD4+ лимфоцитов на стимуляцию митогенами. У пациентов с МС, получавших розувастатин, помимо этого выявлено увеличение уровня лимфоцитов, уменьшение уровня иммуноглобулинов, а у пациентов, получавших аторвастатин, отмечалась лишь тенденция к увеличению. Также на фоне терапии статинами вне зависимости от принимаемого препарата отмечалось уменьшение избыточного Fas — зависимого апоптоза (таблица 3). У пациентов с ИСАГ на фоне терапии статинами выявлено достоверное уменьшение уровня Т-лимфоцитов и умеренная активация процессов апоптоза лимфоцитов вне зависимости от принимаемого препарата.

Мустафин Хиллil Мужавирович — к. м. н., 3. вр. Республики Башкортостан, сопредседатель правления некоммерческой организации Общероссийского общественного объединения «Ассоциация госпиталей ветеранов войн», главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Башкортостан; тел. 8 (347) 250-76-80; e-mail: UFA.RKGVV@doctorr.ru

Таблица 2 — Иммунологическая характеристика обследуемых пациентов до лечения

Параметр	МС (n=32)	ИСАГ (n=36)	Контрольная группа (n=14)
CD3+CD16-, %	44,2±1,8 <i>P1<0,05</i>	59,4±2,2	56,3±2,8
CD3+CD4+, %	33,8±2,17 <i>P1<0,05</i>	48,5±1,9 <i>P1<0,05</i> <i>P2<0,01</i>	41,21±1,13
CD3+CD8+, %	32,4±1,56 <i>P1<0,01</i>	18,8±2,14 <i>P2<0,01</i>	19,02±1,73
CD4+/CD8+	1,03±0,03 <i>P1<0,01</i>	2,6±0,08 <i>P1<0,05</i> <i>P2<0,01</i>	2,15±0,08
CD4+CD25+, %	17,6±1,7 <i>P1<0,05</i>	21,1±2,4 <i>P2<0,01</i>	19,8±1,9
CD4+CD95+, %	26,4±2,8 <i>P1<0,05</i>	15,2±1,6 <i>P2<0,01</i>	21,5±1,5
CD4+CD45RO+, %	14,3±0,95 <i>P1<0,05</i>	16,9±0,87 <i>P2<0,05</i>	17,8±1,02
Ig A, г/л	5,6±0,07 <i>P1<0,05</i>	4,0±0,11 <i>P2<0,05</i>	3,38±0,09
Ig M г/л	4,2±0,096 <i>P1<0,05</i>	3,1±0,104 <i>P2<0,05</i>	2,42±0,084
Ig G г/л	14,7±0,108 <i>P1<0,05</i>	12,7±0,091 <i>P2<0,05</i>	9,88±0,076
CD19+, %	30,2±2,17 <i>P1<0,05</i>	22,06±1,46 <i>P2<0,05</i>	21,9±1,98
Активированные CD19+ клетки, (%) в ответ на стимуляцию PWM	35,4±2,28 <i>P1<0,05</i>	17,6±1,37 <i>P2<0,05</i>	16,8±2,12
ФНО — а, pg/ml	8,09±0,14 <i>P1<0,001</i>	6,1±0,08 <i>P1<0,01</i> <i>P2<0,05</i>	2,7±0,09
IL — 6, pg/ml	5,2±0,086 <i>P1<0,001</i>	4,4±0,065 <i>P1<0,01</i> <i>P2<0,05</i>	1,8±0,078
CRP, mg/l	2,9±0,045 <i>P1<0,05</i>	2,2±0,038 <i>P1<0,05</i>	1,4±0,055
Пролиферация CD4+ стим. Con A (ИС), абс.	1,2±0,12 <i>P1<0,05</i>	1,5±0,12 <i>P1<0,05</i>	2,4±0,14
Спонт. апоптоз лимфоцитов	29,48±1,34 <i>P1<0,05</i>	11,9±1,58 <i>P1<0,05</i> <i>P2<0,01</i>	16,5±1,17
Fas зависимый (AnnV+ CD95+) апоптоза	12,02±0,49 <i>P1<0,05</i>	7,6±0,34 <i>P1<0,05</i> <i>P2<0,01</i>	9,8±0,52

P1 — достоверность по отношению к контрольной группе;

P2 — достоверность между группой МС и ИСАГ.

Таблица 3 — Иммунологические параметры на фоне терапии статинами

Параметр	МС (n=32)		ИСАГ(n=36)	
	Группа розувастатина (группа 1) n=14	Группа аторвастатина (группа 2) n=18	Группа розувастатина (группа 1) n=16	Группа аторвастатина (группа 2) n=20
CD3+CD4+	39,8±2,14 P<0,05	37,4±1,19 0,05<P<0,1	44,6±1,87 P<0,05	45,8±1,94 P<0,05
CD3+CD8+	27,1±1,88 P<0,05	28,2±1,76 0,05<P<0,1	22,4±2,03 P<0,05	21,9±1,98 P<0,05
CD4+/CD8+	1,46±0,06 P<0,05	1,32±0,09 0,05<P<0,1	1,99±0,12 P<0,05	2,09±0,11 P<0,05
CD4+CD95+	23,6±1,4 P<0,05	24,7±2,3 0,05<P<0,1	18,4±1,2 P<0,05	17,9±1,44 P<0,05
Пролиферация CD4+ , абс.	1,98±0,09 P<0,05	1,64±0,086 0,05<P<0,1	1,99±0,14 P<0,05	2,04±0,09 P<0,05
Ig A, г/л	4,2±0,08 P<0,05	5,02±0,09 P<0,05	3,8±0,12	3,92±0,14
Ig M г/л	3,28±0,075 P<0,05	4,08±0,082 P<0,05	2,9±0,15	2,85±0,098
Ig G г/л	11,4±0,098 P<0,05	12,6±0,11 P<0,05	10,2±0,11	11,3±0,12
ФНО — а, pg/ml	5,68±0,12 P<0,01	6,28±0,14 P<0,05	4,94±0,082 P<0,01	4,85±0,12 P<0,05
IL — 6, pg/ml	3,2±0,11 P<0,01	4,1±0,09 P<0,05	2,22±0,076 P<0,01	2,18±0,059 P<0,01
CRP, mg/l	1,74±0,06 P<0,05	1,82±0,05 P<0,05	1,8±0,044 P<0,05	1,82±0,052 P<0,05
Спонтанный апоптоз лимф., %	18,49±1,45 P<0,01	21,54±1,36 P<0,05	16,9±1,33 P<0,05	15,9±1,62 P<0,05
Fas зависимый апоптоза лимфоцитов,%	10,15±0,62 P<0,05	11,58±0,99 P<0,05	10,4±0,27 P<0,05	11,8±0,31 P<0,05

ВЫВОДЫ:

1. Пожилые пациенты с МС и ИСАГ имеют сниженную пролиферацию Т-лимфоцитов в ответ на антигенную и митогенную стимуляцию.

2. Иммунный статус пожилых пациентов с МС ха-

рактеризуется поляризацией по «гуморальному типу», а при ИСАГ по «клеточному типу».

3. Статины обладают выраженной иммуномодулирующей активностью, причем розувастатин Б чуть в большей степени, чем симвастатин.

УДК 615.225.2-085:616.12-008.331.1-053.9

С. А. ФРИД, Х. М. МУСТАФИН, И. А. БАКУЛИНА, С. С. МАКСЮТОВА, Г. У. МАКАРОВА, Ю. В. ЕНИКЕЕВ, Л. М. ФРИД-МАН, Е. Е. АЛЕКСЕЕВА

КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРА АПФ С АНТАГОНИСТОМ КАЛЬЦИЯ ИЛИ С ТИАЗИДОПОДОБНЫМ ДИУРЕТИКОМ. ЧТО ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн г. Уфы

S. A. FRID, KH. M. MUSTAFIN, I. A. BAKULINA, S. S. MAKSYUTOVA, G. U. MAKAROVA, YU. V. ENIKEEV, L. M. FRIDMAN, E. E. ALEKSEEVA

COMBINATION OF ACE INHIBITOR AND CALCIUM ANTAGONIST OR THIAZIDE-TYPE DIURETIC. WHAT IS MORE PREFERABLE FOR ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION?

Republican clinical hospital for war veterans, Ufa

ЦЕЛЬ — сравнение клинической эффективности и безопасности применения комбинации эналаприла 20 мг (Хемофарм) и Акутера-Сановель, 1,5 мг («Сановель Иляч Санаи ве Тиджарет А.Ш.», Турция) и комбинации эналаприла той же фирмы в той же дозе в сочетании с Кардиллом в дозе 120 мг/сут. (Orion Pharma, Финляндия) у пожилых пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Обследованы 56 больных (24 мужчины и 32 женщины), страдающих ГБ II стадии, III степени, риск 3–4 в сочетании с ХСН 1-2а, ранее систематически получавших монотерапию эналаприлом в дозе 20 мг и не достигших целевого АД. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две группы по 28 человек. Одна группа получала на фоне эналаприла в дозе 20 мг, Акутер-Сановель 1,5 мг (группа А), а другая на фоне той же дозы эналаприла — Кардилл в дозе 120 мг 2 раза в сутки (группа В). Оценивали: время достижения целевого артериального давления и процент «ответивших» пациентов в каждой группе, диастолическую функцию и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЖ). До лечения и на 30-й день после лечения проводилось суточное мониторирование АД. Гипотензивную эффективность определяли как хорошую — при нормализации среднего уровня АД: снижение САД ниже 140 мм рт. ст. днем и 125 мм рт. ст. ночью, ДАД ниже 90 мм рт. ст. днем и 75 мм рт. ст. ночью; удовлетворительную — при снижении среднего АД больше чем на 10 мм рт. ст. от исходного уровня

без его нормализации; неудовлетворительную — при снижении среднего АД менее чем на 10 мм рт. ст. без его нормализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Срок наблюдения — 1 месяц. К 10 дню в группе А хорошая эффективность назначенной терапии была у 21 пациента (75%), удовлетворительная — у 6 пациентов (21,43%), неудовлетворительная — у 1 пациента (3,57%); в группе В хорошая эффективность лечения зарегистрирована у 20 пациентов (71,44%), удовлетворительная — у 6 пациентов (21,43%), неудовлетворительная — у 2 (7,14%). В обеих группах к 30 дню достигнуто целевое АД в 100% случаев. В группе А до начала лечения *non-dippers* и *night-peakers* суммарно составили 64,28%, а в группе В — 57,14%, соответственно. В результате лечения через 4 недели в обеих группах число больных с ночной гипертензией (*night-peakers*) и недостаточным ночным снижением АД (*non-dippers*) уменьшилось и в группе А составило 50% (практически в 1,3 раза), а в группе В — 39,28%, то есть в 1,45 раза. В группе А позитивные тенденции в изменении когнитивного статуса начались уже с 10 дня. К 30 дню межгрупповые различия стали достоверными. В группе В прирост суммы баллов к концу наблюдения также был достоверен относительно исходных значений, но не так выражен, как в группе индапамида. В обеих группах отмечена одинаковая тенденция к улучшению диастолической функции миокарда левого желудочка к концу наблюдения.

ВЫВОДЫ.

Комбинированная антигипертензивная терапия, основанная на ингибиторе АПФ эналаприле 20 мг как в сочетании с дженериком индапамида ретард, так и в сочетании с пролонгированной формой дилтиазема позволяет достичь целевого АД у пожилых пациентов с АГ 2–3, является безопасной и метаболически нейтральной.

Мустафин Хилил Мужавирович — к. м. н., з. вр. Республики Башкортостан, сопредседатель правления некоммерческой организации Общероссийского общественного объединения «Ассоциация госпиталей ветеранов войн», главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Башкортостан; тел. 8 (347) 250-76-80; e-mail: UFA.RKGVV@doctorr.ru

УДК 616.89-008.1-053.9

Е. Б. ЧАЛАЯ¹, В. Г. БУДЗА¹, В. А. ЧАЛЫЙ¹, И. В. ЧАЛАЯ²**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ
В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ**¹ — Оренбургский государственный медицинский университет² — Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1E. B. CHALAYA¹, V. G. BUDZA¹, V. A. CHALYY¹, I. V. CHALAYA²**CLINICAL PECULIARITIES OF NEUROSIS-LIKE DISORDERS IN OLD AGE**¹ — Orenburg State Medical University² — Orenburg region clinical psychiatric hospital no. 1

В позднем возрасте неврозоподобные расстройства являются одними из наиболее часто встречающихся. Они занимают пограничное положение между сомато- и психогенными заболеваниями, экзо- и эндогенной патологией, органическими и функциональными поражениями нервной системы. Диагностика неврозоподобных состояний в позднем возрасте представляет большие трудности, так как период инволюции протекает на фоне атеросклеротических, сосудистых, эндокринных нарушений (Авербух Е. С., Телешевская М. Э., 1976; Тибилова А. У., 1986; Ушаков Г. К., 1987; Шахматов Н. Ф., 1996; Будза В. Г., Чалая Е. Б., 1996, 1997), а наступающие изменения в организме стареющего человека и его личности обуславливают изменение общей реактивности, что создает условия, способствующие развитию невротических расстройств. Данные обстоятельства обуславливают актуальность их дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ — уточнение особенностей генеза, клиники и течения неврозоподобных состояний в позднем возрасте на современном общественно-историческом этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим, патопсихологическим методами обследовано 120 больных (70 женщин и 50 мужчин). 40 больных составили первую группу (климактерический период — в возрасте 45–60 лет); вторая группа — 45 человек пресенильного возраста (60–70 лет); третья группа — 35 человек сенильного возраста (70 лет и выше).

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Установлено, что у больных климактерического возраста (первая группа) преобладали соматоформные расстройства и поведенческие синдромы, связанные с

физиологическими нарушениями. Приоритетным в этой возрастной группе являлся фобический синдром. У больных с сердечно-сосудистой патологией он проявлялся кардиофобией со страхом остановки сердца, инфаркта миокарда, а также генерализованными тревожными расстройствами, сопровождающимися паническими атаками. Выявлена существенная роль психотравмирующих агентов (кризисное состояние общества, резкие экономические изменения со снижением уровня жизни, смена ценностей и идеологических представлений, межнациональные конфликты, вызывающие вынужденную миграцию с ломкой жизненных стереотипов, потеря работы) в возникновении и выраженности болезненных проявлений, что приближало неврозоподобные расстройства к неврозам.

Во второй группе (пресениум) выявлены неврозоподобные синдромы: депрессивный, ипохондрический, обсессивно-фобический. Они характеризовались стертостью клинической картины, малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью, а также более выраженной органической окраской, что являлось отражением сосудистых и возрастных изменений. Установлена большая зависимость проявлений неврозоподобных нарушений от динамики соматического состояния и различных внешних физиогенных факторов. Психотравмирующими факторами в этой возрастной группе являлись: актуализация прошлых событий, физический упадок, одиночество, ипохондрическая фиксация на старческих недугах, утрата социальной активности, в частности выход на пенсию, а также социально-экономические факторы, отмеченные у пациентов первой группы. Выраженность неврозоподобных расстройств коррелировала со степенью тяжести и давностью основного заболевания. Депрессия у некоторых больных имела меланхолический оттенок, тревога проявлялась значительной выраженностью. Утяжеление депрессивной симптоматики, нарастание раздражительности было связано с ухудшением соматического состояния, которое можно было рассматривать как источник психотравмирующей ситуации. Усиление депрессии, в свою очередь, способствовало усугублению сома-

Чалая Елена Борисовна — к. м. н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии; тел. 8 (3532) 77-76-04; e-mail: 261007@bk.ru

Будза Владимир Георгиевич — З. вр. РФ, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии; тел. 8 (3532) 57-21-65; e-mail: k_budda@orgma.ru

Чалый Виталий Анатольевич — ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии; тел. 8 (3532) 77-76-04; e-mail: 261007@bk.ru

Чалая Ирина Витальевна — врач-психиатр; тел. 8 (3532) 77-76-04; e-mail: 261007@bk.ru

тических расстройств и формировался психосоматический цикл, в котором психогенное и соматогенное выступали в форме то причины, то следствия.

В третьей (сенильной) возрастной группе преобладающим являлся, как и в предыдущей возрастной группе, депрессивный синдром. Выявлено еще большее звучание органических нарушений, что определялось нарастанием личностных изменений, с заострением и огрубением негативных черт характера, психической ригидностью. Психотравмирующие факторы, установленные у более молодых лиц, также являлись актуальными, но ведущими в жалобах больных выступали снижение материального уровня жизни, соматическое неблагополучие (старческие недуги), одиночество. Общим в клинической картине у всех больных являлось наличие выраженной психической астенизации. Неврозоподобные расстройства характеризовались полиморфностью клинических проявлений, относительной их упрощенностью, часто возникающими психопатическими реакциями, представленными аффективной неустойчивостью, не корригируемой раздражительностью, возбудимостью, агрессивностью, что отражало закономерности возрастного влияния. В ряде случаев можно было говорить также о психопатическом поведении с преобладанием в характере тормозимых, астенических черт, чаще связанных как с собственно физическим старением, так и болезненными соматическими нарушениями. Первоначальная зависимость неврозоподобных нарушений от физического состояния утрачивалась, и объективное улучшение соматического статуса не уменьшало выраженности психопатологической симптоматики, а незначи-

тельные ухудшения самочувствия оказывали сильное психотравмирующее воздействие, вызывая тревогу, раздражительность, беспокойство, страх. Среди личностных изменений выявлены гипертрофированная реакция на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам, что затрудняло социальные контакты.

ОБСУЖДЕНИЕ.

Таким образом, установлено, что формирование неврозоподобных расстройств в позднем возрасте составляет этап в развитии возрастнo-органических изменений, а также обусловлено взаимодействием личностных особенностей, патологически измененной почвой (соматическая и неврологическая патология), длительным воздействием индивидуальных и социальных стрессовых факторов. При длительном, хроническом течении соматических расстройств наблюдается стабилизация невротической симптоматики, усложняется структура психопатологического синдрома и развивается психопатизация личности.

ВЫВОДЫ.

Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления и динамики психопатологических особенностей клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных позднего возраста, а также указывают на необходимость переориентации и совершенствования терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии, что окажет положительное влияние на динамику различных проявлений заболевания.

УДК 616.62-003.7-089:616-072.1

А. С. ЧЕМЕЗОВ, А. И. БЕЛЯЕВ, Ю. А. ИГЛОВ, Ю. В. СВИРКОВ, Р. Р. КАРИМОВ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

A. S. CHEMEZOV, A. I. BELYAEV, YU. A. IGLOV, YU. V. SVIRKOV, R. R. KARIMOV

EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC METHODS OF TREATMENT OF URINARY STONE DISEASE IN UROLOGY DEPARTMENT

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran's hospital

Мочекаменная болезнь (МКБ) — это болезнь обмена веществ, вызываемая различными эндогенными и (или) экзогенными причинами. Нередко она носит наследственный характер и определяется наличием камня в мочевыводящей системе пациента. МКБ является одним из самых распространенных урологических заболеваний, склонным к рецидивам, и нередко характеризуется упорным, тяжелым течением.

Заболеваемость МКБ в мире составляет от 0,5 до 5,3%. В России этот показатель в среднем равен 38,2% всех урологических больных. Болезнь может диагностироваться и у семимесячного ребенка, и у человека старческого возраста, однако в 68% случаев МКБ развивается в трудоспособном возрасте (20–60 лет). Двусторонний уrolитиаз диагностируется у 15–30% пациентов с МКБ. Существуют регионы, где это заболевание

встречается особенно часто и носит эндемичный характер. Такими регионами в России являются: Северный Кавказ, Урал, Поволжье, бассейны Дона и Камы.

Учитывая особенность пациентов, находившихся на лечении в урологическом отделении ООКПГВВ (пожилой возраст и наличие выраженной сопутствующей патологии), а также общемировую тенденцию по внедрению малоинвазивных методов лечения, нами широко используются эндоскопические методы лечения МКБ. Это значительно расширяет показания к проведению оперативного лечения.

За период 2010-2015 гг. всего пролечено 228 пациентов с мочекаменной болезнью. Среди них было 145 мужчин (63,6%) и 83 женщины (34,6%). По возрастной структуре пациенты распределились следующим образом: лица до 60 лет — 127 (55,7%) и старше 60 лет (гериатрические) — 101 (44,3%). Значительная разница в количестве пролеченных мужчин и женщин обусловлена особенностью контингента

обслуживаемого населения, а не преобладанием распространенности МКБ у мужской популяции.

Проведенные операции распределялись следующим образом:

— операции на почках (чрескожная нефролитотрипсия) — 63 (21,9%);

— операции на мочеточнике (контактная уретеролитотрипсия) — 116 (40,3%);

— чрескожная пункционная нефростомия — 109 (37,8%). Последний вид операции направлен на создание адекватного дренирования почечной лоханки при обтурационных пиелонефритах и может рассматриваться как самостоятельное вмешательство.

Удельный вес указанных хирургических вмешательств в структуре общей хирургической активности отделения за анализируемый период времени колебался от 6,3% до 13,2%.

Возможность выполнения эндоскопических урологических оперативных вмешательств при МКБ объясняется наличием соответствующей материально-технической базы — рентгенэндоскопической операционной, оснащенной эндоскопической видеостойкой (Richard Wolf, Германия), портативный ультразвуковой аппарат GE Logiq 100 pro (США), лазерным хирургическим комплексом «Лазурит» (Россия), пневматическим литотриптером «Lithoclast» (Richard Wolf, Германия), рентгенологической С-дугой (GE OEC Fluorostar 7900 compact, США), операционный стол (Merivaaga practico), широким набором расходных материалов.

Проведенный ретроспективный анализ демонстрирует, что выполнение эндоскопических урологических вмешательств, с учетом особенностей контингента больных, значительно расширяет показания к оперативному лечению и улучшает качество жизни в послеоперационном периоде.

Чемезов Алексей Сергеевич — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: xirurg@bk.ru

Беляев Андрей Иванович — заведующий урологическим (психосоматическим, гериатрическим) отделением; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: beljaev-andreyu@rambler.ru

Иглов Юрий Александрович — врач-уролог кабинета рентгенударноволнового дробления камней почек урологического (психосоматического, геронтологического) отделения, ассистент кафедры госпитальной хирургии, урологии, аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iglovua@mail.ru

Свирков Юрий Викторович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: ogwww@yandex.ru

Каримов Расим Ринатович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: ogwww@yandex.ru

УДК (616.711+616.75):615.825.65

М. М. ШЕСТАКОВА, Л. М. БАЖАНОВ, А. В. РОМАШКИНА

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ВИБРО-ТРАКЦИОННОГО МЕТОДА МЕХАНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЯХ

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

M.M. SHESTAKOVA, L.M. BAZHANOV, A.V. ROMASHKINA

USE OF VIBRATION TRACTION METHOD OF THERAPY IN CASE OF SPONDYLOGENIC DORSALGIA

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

В настоящее время в связи с низкой двигательной активностью боли в области спины широко распространены среди всех слоев населения, встречаются у 90% людей старше 30 лет и часто становятся

причиной потери трудоспособности. Дорсалгия — обобщенное название различных болевых синдромов, вызванных как патологией позвоночника (дорсопатии), так и изменениями в мягких тканях спины

(миофасциальных структур и связочного аппарата).

Считается, что дорсалгии по характеру вовлечения структур практически всегда имеют следующие компоненты: мышечный — 100%, фасциально-связочный — 75%, суставной — 50% и лишь 2,5% — дискогенный [Иваничев Г. А., 2010]

Аппаратный вибро-тракционный метод механического воздействия (АВММВ) является патогенетически обоснованным видом лечением дорсалгий. Основными действующими факторами АВММВ являются: дозированное горизонтальное или вертикальное осевое вытяжение позвоночника, локально-вибрационное механическое воздействие на околопозвоночные мышцы с помощью обкатывающих роликов-массажеров в сочетании с вибрацией и дозированным тепловым воздействием.

ЦЕЛЬЮ данной РАБОТЫ является оценка эффективности аппаратного вибро-тракционного метода механического воздействия в комплексном лечении дорсалгий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Были проанализированы результаты лечения 420 пациентов в возрасте 25-65 лет, пролеченных на базе ГБУЗ ООКПГВВ в отделении восстановительной медицины на аппарате «Ормед-профилактик» (2007 г., ООО НВП «Орбита», г. Уфа) за 2015 год. Из наблюдения были исключены пациенты с неврологической симптоматикой (корешковый синдром, радикулоишемия, синдром «конского хвоста»). Лечение методом АВММВ проводилось в виде дозированного горизонтального осевого вытяжения позвоночника с локально-вибрационным механическим воздействием на паравerteбральную область. Все пациенты получали

комплексное лечение, включающее фармакотерапию, физиотерапию, лечебную гимнастику, массаж, рефлексотерапию и мануальную терапию.

Среди пролеченных пациентов цервикоторакалгии отмечались у 164 (39%), торакалгии — у 58 (14%), люмбагии — у 155 (37%), полисегментарное поражение — у 43 (10%). Оценка эффективности лечения включала оценку болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и оценку стаато-динамических нарушений до и после лечения. Уже после первых процедур большинство пациентов отмечали улучшение состояния — уменьшение интенсивности болевого синдрома, расширение объема движений. Интенсивность воздействия подбиралась индивидуально, с учетом вовлеченных структур позвоночника, сопутствующей патологии и выраженности болевого синдрома. Сеансы механотерапии проводились после лечебной гимнастики и массажа. Курс лечения состоял из 7–12 процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ лечения оценивались по следующим критериям: незначительное улучшение — снижение болевого синдрома на 1–2 балла по ВАШ, неполный регресс стаато-динамических нарушений; значительное улучшение — уменьшение болевого синдрома по шкале ВАШ на 2–4 балла, сохранение небольших стаато-динамических нарушений; клиническое выздоровление — полное купирование болевого синдрома и стаато-динамических нарушений.

В результате проведенного комплексного лечения значительно улучшилось состояние у 336 пациентов (80%), незначительное улучшение наступило у 21 пациента (5%), клиническое выздоровление у 63 пациентов (15%). Побочных явлений и ухудшения состояния пациентов не отмечалось.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности аппаратного вибро-тракционного метода механического воздействия в комплексном лечении дорсалгий, приводя к уменьшению болевого синдрома, устранению стаато-динамических нарушений и улучшению общего состояния пациентов.

Шестакова Марина Михайловна — врач по ЛФК отделения восстановительной медицины; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: iglovua@mail.ru
Бажанов Леонид Михайлович — зав. отделением восстановительной медицины; тел.: 8 (3532) 56-03-10, 96-34-03; e-mail: dollphin@mail.ru
Ромашкина Александра Владимировна — врач-рефлексотерапевт отделения восстановительной медицины; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: iglovua@mail.ru

УДК 616.62-008.222-089-052-055.2

Е. А. ЯШИН, Ю. В. СВIRKOV, Р. Р. KAPIMOV, А. И. БЕЛЯЕВ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн

E. A. YASHIN, YU. V. SVIRKOV, R. R. KARIMOV, A. I. BELYAEV

TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN FEMALES

Orenburg region clinical psychoneurological war veteran`s hospital

Недержание мочи у женщин до сих пор остается сложной проблемой урогинекологии. По данным отечественных исследований, около 38,6% женского населения отмечают симптомы непроизвольно-

го выделения мочи из мочеиспускательного канала.

В период с 2009 г. по 2015 г. прооперированы 38 женщин в возрасте от 34 до 84 лет по поводу стрессового недержания мочи.

Наличие у пациенток непроизвольной потери мочи определялось анамнезом, осмотром на гинекологическом кресле, выраженностью «кашлевого симптома», количеством используемых прокладок в течение суток.

Всем женщинам была установлена трансвагинально под уретру синтетическая лента по методике позадилоного троакарного синтетического слинга с помощью иглы Вольных-Данилова.

Имелось одно интраоперационное осложне-

ние — повреждение шейки мочевого пузыря при выделении уретры из выраженных спаек. Дефект пузыря был тотчас ушит, установлен сетчатый имплант.

В позднем послеоперационном периоде у самой молодой из прооперированных пациенток через год произошло отторжение импланта, частично он был резецирован из-под уретры, но функция удерживания мочи сохранилась.

Удалось опросить 21 пациентку в сроки от 5 месяцев до 6 лет после операции.

Выяснились два вопроса: не жалеют ли о проведении операции и оценка качества жизни в послеоперационное время.

Все опрошенные пациентки оценили позитивно решение проведения операции и отметили значительное улучшение качества жизни, физического и эмоционального самочувствия.

Установка синтетической петли субуретрально является надежным способом лечения стрессового недержания мочи у женщин.

Яшин Евгений Александрович — 3. вр. РФ, заведующий оперблоком — врач-уролог; тел. 8 (3532) 56-03-10; e-mail: iglovua@mail.ru

Свирков Юрий Викторович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iglovua@mail.ru

Каримов Расим Ринатович — врач урологического (психосоматического, гериатрического) отделения; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iglovua@mail.ru

Беляев Андрей Иванович — заведующий урологическим (психосоматическим, гериатрическим) отделением; тел. 8 (3532) 56-01-85; e-mail: beljae-andrey@rambler.ru