

пии в комплексное лечение этих пациентов способствовало улучшению результатов лечения и улучшению «качества жизни» большинства пациентов (более 72%), а терапевтический эффект после проведенного курса сохраняется не менее 6 месяцев (более 52%).

ЛПФа используется в лечении пациентов с целью коррекции метаболических расстройств и улучшения регионарного кровообращения: прежде всего, при дислипидемии, аутоиммунных заболеваниях, эндогенной интоксикации, аллергии. ЛПФа широко использовался у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов и выраженной гиперхолестеринемией, часто в сочетании с фотомодификацией крови. С целью иммунорекоррекции метод курсового ЛПФа нашёл своё место в лечении бронхиальной астмы, ревматоидного полиартрита, подагры, что приводит в этих случаях к значительному улучшению клинико-лабораторных данных (более чем у 75% пациентов).

Трансфузиологических осложнений при использовании методов эфферентной терапии более чем в 100000 случаев зарегистрировано менее 0,01%, что свидетельствует об их безопасности.

Вывод: в комплексное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с различной патологией целесообразно включать использование различных методов экстракорпоральной гемокоррекции, особенно фотогемотерапию, для улучшения результатов лечения и «качества» их жизни.

## **АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**

*А.Н. Комарова, Ф.Ш. Алиев, В.И. Долгинцев*

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

E-mail авторов: lnkomarova@mail.ru

Демографическое старение населения за последние десятилетия стало глобальным явлением, характерным не только для развитых стран, но практически для всего мира [1, 7]. По прогнозам ООН, доля лиц старших возрастов к 2050 году увеличится с 10-11% до 22%. В связи с этим актуальной проблемой гериатрической хирургии остаётся своевременное активное выявление заболеваний, угрожающих здоровью и жизни пациентов [4, 8]. Несвоевременное обследование и лечение в период жизни старше 75 лет быстро приводит к развитию серьёзных осложнений. Примером могут служить случаи развития гангрены нижних конечностей на почве облитерирующего атеросклероза, сахарного диабета, а также быстрое нарастание деструктивных изменений при заболеваниях органов брюшной полости с невыраженной клинической картиной [2, 3, 5, 6].

Для своевременного выявления и лечения хирургической патологии у людей старших возрастных групп, а также для улучшения качества их жизни нами разработан алгоритм диспансеризации данной категории населения. Для его реализации были разработаны методические рекомендации «Организация хирургической помощи гериатрическим пациентам».

Суть алгоритма заключается в поэтапном комплексном и индивидуальном обследовании пациентов с привлечением смежных специалистов, с учётом планируемого объёма операции в зависимости от степени риска и выбора оптимальной медико-социальной реабилитации. На основании наших разработок в 10-и поликлиниках г. Тюмени улучшена диспансеризация. Общая численность людей в возрасте 75 лет и старше, находящихся на диспансерном учёте, составила 18 тысяч 248 человек. После внедрения предложенного алгоритма диспансеризации 2058 человек впервые взяты под наблюдение участковой службой. С этого же времени в четырёх поликлиниках города введена ставка врача, ответственного за гериатрическую службу. Благодаря внедрению разработанного алгоритма из 13,4% (n=901) случаев активно выявленных хирургических заболеваний 21,8% (n=196) прооперированы в плановом порядке, что позволило предупредить осложнения и на 42,3% повысить хирургическую активность.

При этом необходимый объем медицинской и социальной помощи определяется дифференцированно, с учетом возраста, степени сохранности здоровья, семейного положения, жилищно-бытовых условий. Как показали наши исследования, способность к самостоятельному передвижению сохранена у 64,3% пожилых людей. Женщины более устойчивы и мобильны (79,0±2,0%) по сравнению с мужчинами (13±3,1%) в этой возрастной группе. В тоже время 64 (12,3%) долгожителя полностью не могут самостоятельно передвигаться, они нуждаются во вспомогательных средствах (инвалидной коляске, трости) и в сопровождающем.

Внедрение данного алгоритма в практическое здравоохранение позволяет максимально приблизить к месту проживания людей старших возрастов конкретную медико-социальную помощь. При этом следует отметить, что количество послеоперационных осложнений у больных, прооперированных в плановом порядке после внедрения алгоритма (то есть с учётом степени риска), уменьшилось в 1,6 раза, а общая частота, включая количество осложнений у экстренных больных в послеоперационном периоде, снизилась в 2,2 раза.

Таким образом, оптимизация хирургического лечения и диспансеризации больных старческого возраста и долгожителей путём внедрения алгоритма диспансерного наблюдения в поликлиники нашего города, позволила снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности в 2,8 раза, увеличить хирургическую активность на 42,3% и улучшить качество жизни у 64,6% людей в возрасте 75 лет и старше.

Литература:

1. Болотнова Т.В., Юсупов А.Р. Интеграция деятельности медицинских и социальных служб при оказании помощи пожилым // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 6-7.
2. Вакулин А.А., Зотов П.Б., Шаповров Д.Ю., Сахнюк И.И. Болевой синдром у больных, перенесших ампутацию бедра: клиническая характеристика, частота и структура // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 7-9.
3. Карабаев Б.Х., Фаязов А.Д., Шакиров Б.М. Ожоговая болезнь у лиц пожилого и старческого возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 39-40.
4. Касимцев А.А., Никель В.В., Ефремова В.П. Структурная организация межсосудистой соединительной ткани легких в пожилом и старческом возрастах // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 23-24.

5. Комарова Л.Н., Алиев Ф.Ш. Некоторые результаты лечения гериатрических больных с хроническим заболеванием вен нижних конечностей // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 1. – С. 29.
6. Мекшина Л.А., Изотов А.С. Применение тромбогеля в комплексном лечении больных с окклюзионным атеросклерозом артерий нижних конечностей // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 29-30.
7. Ржаникова А.Н., Ржаникова Н.И., Болотнова Т.В. К вопросу о клинико-эндоскопической характеристике язвенной болезни у пациентов пожилого возраста // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 17-18.
8. Ярцев С.Е., Андреева О.В., Петрова О.А. Вопросы межведомственного взаимодействия при организации медико-социальной помощи в рамках реализации Межведомственной программой по повышению качества жизни пожилых людей в Тюменской области. «Старшее поколение» // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 7-9.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.А. Матюков, М.Ю. Кабанов, Т.Е. Зайцева,  
С.С. Рощупкин, И.В. Кесаева

Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: gvv@zdrav.spb.ru

Сахарный диабет является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире, которым страдают 4-5% населения планеты. У больных сахарным диабетом в возрасте от 25 до 75 лет поражение нижних конечностей встречается в 20-80% случаев в виде синдрома диабетической стопы (СДС). Ампутации нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом проводятся в 15-20 раз чаще, чем среди лиц без нарушений углеводного обмена, что является причиной высокой инвалидизации и смертности.

Лечение СДС – это междисциплинарная область, находящаяся на стыке 7 различных дисциплин (эндокринология, хирургия, ангиохирургия, кардиология / ангиология, неврология, ортопедия, дерматология). Для повышения эффективности лечения пациентов с СДС необходима реализация мультидисциплинарного подхода в рамках одного учреждения, включающего подиатров, ортопедов, рентгенохирургов, гнойных и сосудистых хирургов.

В СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» представлены все необходимые отделения для реализации концепции мультидисциплинарного подхода в комплексном лечении синдрома диабетической стопы (эндокринологическое, гнойной хирургии, сосудистой хирургии, рентгенохирургических методов диагностики и лечения, подиатрический кабинет), а также имеется опыт лечения данной патологии. С учетом особенностей атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом в подавляющем большинстве случаев выполнение реконструктивных операций невозможно, поэтому операцией выбора является чрезкожная транслюминальная баллонная ангиопластика артерий голени. Выполнение реваскуляризации у этой категории больных является единственным способом увеличить магистральный кровоток, что делает возможным снизить уровень ампутации или предотвратить её.

С момента внедрения мультидисциплинарного подхода в комплексную программу лечения диабетической стопы в госпитале выполнено 117 реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей. Технический успех достигнут в 91% случаев, летальность зафиксирована на уровне 3,1%. При клинической оценке раневого процесса после реваскуляризации у всех пациентов отмечена положительная динамика (нормализация цвета кожных покровов, потепление стопы, купирование перифокального воспаления, появление четкой линии демаркации). Комплексное лечение включало консервативные и хирургические мероприятия (разгрузка стопы; коррекция уровня гликемии; хирургическое лечение гнойного очага; закрытие ран и/или формирование культи стопы). Выявлено достоверное снижение количества высоких ампутаций.

Реализация мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с СДС позволяет сохранить конечности у большинства больных с ишемической и нейроишемической формой диабетической стопы и избежать инвалидизирующих ампутаций при минимальной послеоперационной летальности.

## ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРАЛГИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.В. Прохорченко, А.А. Мойсеев, А.Б. Хисматуллина

Тюменский ООД, г. Тюмень

Рак желудка (РЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии [2, 6, 17]. При этом, несмотря на снижение показателей заболеваемости, РЖ стоит на втором месте среди причин смертности – в 2011 г. – в России – 11,5% [20], в Тюменской области – 11,2% [18, 19]. Такая ситуация обусловлена преимущественно поздним выявлением заболевания – доля больных, выявленных в IV стадии составляет более 40% [1, 3, 15]. В этих условиях основным видом помощи данной категории больных является паллиативное лечение, направленное на коррекцию негативных проявлений опухолевого процесса, среди которых ведущее значение имеет борьба с болью [9, 12].

Данные литературы свидетельствуют о достаточной разработанности вопросов контроля боли при онкологических заболеваниях, возможности применения и эффективности анальгетиков различных классов [4, 8, 12], а так же методов нелекарственной терапии [5, 13, 14]. Между тем известно, что в патогенезе гастралгии могут принимать участие самые различные механизмы, в том числе напрямую не связанные с опухолевым поражением: уровень желудочной секреции, состояние слизистой желудка, инфицированность *H. Pylori* и др. [7, 11, 21]. Важное значение так же имеет эмоциональный статус и нарушения психического состояния [16, 22]. Наличие нескольких патогенетических механизмов, возможность их сочетания и взаимоотношения определяют возможный широкий спектр собственно алгических проявлений у данной категории больных, что может иметь большое значение при выборе индивидуальной программы контроля боли, включение в состав