

130 амбулаторных пациентов 75 лет и старше с установленным ранее диагнозом ХСН (средний возраст 80,7±3,76 лет, мужчины – 21,7%, женщины – 78,3%), рандомизированных на равные по численности группы: контрольную (ГК) и вмешательства (ГВ). Все пациенты постоянно наблюдались участковой службой. В ГВ больные находились под опекой социальных работников, предварительно прошедших обучение, в ГК соцработники осуществляли помощь без дополнительной подготовки и координации действий с медицинскими сотрудниками. Изучение КЖ, проводилось с использованием общих (Medical Outcomes Study – Short Form (SF-36) и 6 dimensional multi-level classification (SF-6D)) и специального (Duke Activity Status Index – DASI (Индекс активности Дьюка)) опросников. В статистическом анализе применены методы описательной статистики, критерии Мак-Нимара, Уилкоксона и соответствия  $\chi^2$ . Данные описаны в виде  $M \pm m$ . Полнота наблюдения через год составила 92%, а конечный анализ включал данные 120 больных.

Результаты и обсуждение. Исходно группы не различались по всем сравниваемым показателям. Оценка ФК через год выявила, что в ГВ не отмечалось его ухудшения, у 10% произошло снижение ФК ( $p=0,01$ ). Среди больных ГК имела недостоверная тенденция к ухудшению. При этом индекс DASI достоверно улучшился в ГВ, и не изменился в ГК. В ГВ выявлено увеличение интегрального показателя КЖ и улучшение КЖ по шкалам SF-36: физическое функционирование ( $p=0,0004$ ), жизнеспособность ( $p=0,032$ ), социальное функционирование ( $p=0,02$ ), ролевое эмоциональное функционирование ( $p=0,005$ ), психологическое здоровье ( $p=0,001$ ). В то же время, в ГК достоверного изменения показателей КЖ не получено. Дополнительно динамика КЖ в группах оценена по категориям: «улучшение», «ухудшение» и «отсутствие изменений». Проанализировано наличие связи изменений КЖ с терапевтическим обучением соцработников с применением критерия  $\chi^2$ . Достоверная связь терапевтического обучения получена с интегральным показателем КЖ ( $p<0,0001$ ) и КЖ по шкалам SF-36 – физическое функционирование ( $p<0,0001$ ), жизнеспособность ( $p=0,002$ ), ролевое эмоциональное функционирование ( $p=0,004$ ), психологическое здоровье ( $p<0,0001$ ).

Вывод. Многопрофильный подход к ведению пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью с участием обученных социальных работников приводит к улучшению качества жизни больных по большинству показателей опросника SF-36, индексу активности Дьюка и интегральному показателю качества жизни в течение года наблюдения.

### **ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

*О.И. Ильина, В.Б. Салеев*

РК госпиталь ветеранов войн», г. Йошкар-Ола

Острый коронарный синдром (ОКС) – патология, которая может привести к инвалидизации пациента, что наносит огромный ущерб, экономике государства, учитывая расходы на лечение, медицинскую реабилита-

цию, потери в сфере производства. Заболевание часто приводит к значительному снижению качества жизни; является одним из наиболее частых поводов обращения пациентов к скорой медицинской помощи; требует от врача правильных, четких и решительных действий.

Цель исследования: проанализировать структуру обращаемости за скорой медицинской помощью пациентов с ОКС.

Материал и методы: произведен ретроспективный анализ и статобработка журналов учета приема экстренных больных приемных отделений (РК госпиталя ветеранов войн), Йошкар-Олинской городской больницы за период с 1.01 по 31.12.12 г.

Результаты и обсуждение. За вышеуказанный период в ЛПУ г. Йошкар-Олы было доставлено 360 пожилых пациентов с ОКС: 60-69 лет –  $n=167$ ; 70-79 лет –  $n=98$ ; 80-89 лет –  $n=56$  и 39 человек были долгожители.

Особый интерес представила госпитализация по периоду суток. В период с 0<sup>00</sup> до 8<sup>00</sup> часов госпитализировано 108 пациента, с 8<sup>00</sup> до 16<sup>00</sup> – 182 пациента, с 16<sup>00</sup> до 24<sup>00</sup> – 71 пациент.

Все госпитализированные больные имели сопутствующую патологию, среди которой было отмечена: постинфарктный кардиосклероз –  $n=68$ , артериальная гипертензия –  $n=152$ , нарушение ритма сердца –  $n=36$ , хроническая обструктивная болезнь легких –  $n=13$ , сахарный диабет –  $n=17$ , отека легких –  $n=9$ , сердечная астма –  $n=11$ , последствия острого нарушения мозгового кровообращения –  $n=24$ , кардиогенного шока –  $n=10$ , тромбоэмболии легочной артерии –  $n=4$ , алкогольного опьянения –  $n=16$ . В 34 случаях имело место расхождение диагнозов (9,5) %.

Заключение: частота обращения за скорой медицинской помощью по поводу острого коронарного синдрома наиболее высока у пожилых людей в возрастной группе 60-69 лет. Необходимо также отметить, что почти каждого третьего больного скорая помощь доставляет на госпитализацию в ночное время и в ранние утренние часы (30%). Среди сопутствующей патологии на первое место выходят постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия и нарушения ритма сердца. Кроме того, в значительной части случаев имелось расхождение диагнозов, что требует мероприятий в подготовке персонала медицинских учреждений.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРАДИЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ**

*И.В. Карманова, М.А. Дьяконова,  
И.А. Задорожная, Л.В. Иванова*

Областной госпиталь для ветеранов войн, г. Иваново  
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново

E-mail авторов: irkarmanova@yandex.ru

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одним из широко распространенных заболеваний в мире: ХОБЛ страдают более 600 миллионов человек, в Европе не менее 20–30 млн больных, в России число больных ХОБЛ составля-

ет около 1 млн человек. По данным годовых отчетов терапевтического отделения областного госпиталя для ветеранов войн (ОГВВ) по частоте встречаемости ХОБЛ занимает второе место после ишемической болезни сердца. Несмотря на впечатляющее совершенствование бронхолитических, противовоспалительных средств, повсеместно отмечается рост случаев тяжелого течения, высокая инвалидизация и смертность от ХОБЛ среди больных пожилого и старческого возраста. Помимо типичных симптомов ХОБЛ – кашля с выделением мокроты, одышки и чувства нехватки воздуха, постепенно развивается ограничение физической активности пожилых людей, потеря независимости, появление потребности в постоянной медицинской и социальной помощи. Постоянное прогрессивное снижение функции внешнего дыхания заставляет искать новые подходы к комбинированной терапии ХОБЛ.

С этой целью в условиях терапевтического отделения ОГВВ обследовано 20 пациентов с обострением ХОБЛ II ст., эмфизематозно – бронхитическим вариантом. Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь III ст., ХСН IIА ст., ФК III. Средний возраст пациентов – 81 год. Из них 75% – мужчины, 25% – женщины. 50 мужчин имели стаж курения более 40 лет. У женщин из факторов риска фигурировали переохлаждение и работа, связанная с пылью (ткацкое производство). Обследование больных включало: рентгенография ОГП, спирометрия, ЭКГ, ОАК, ОАМ, общий анализ мокроты, анализ мокроты на ВК по ВОЗ.

При поступлении в стационар у всех больных отмечался кашель с мокротой, усиление признаков дыхательной недостаточности – выраженная одышка, цианоз губ. При физикальном обследовании выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы. До госпитализации пациенты получали терапию беродуалом (ДАИ) при усилении одышки в среднем до 5 раз в сутки с недостаточным эффектом, что требовало коррекции лечения.

В зависимости от степени сохранности когнитивных функций 50% пациентов (которые смогли освоить использование аэролайзера) получали форадил 12 мкг 2 р/д в комбинации с бенакортом 500 мкг 2 раза в день через небулайзер (основная группа). Остальные 50% больных получали ингаляционную комбинированную терапию бенакортом в дозе 500 мкг и беродуалом по 30 капель через небулайзер 2 раза в день (контрольная группа). До начала лечения и спустя 3 недели оценивали динамику клинических, лабораторных показателей и измеряли функцию внешнего дыхания.

Результаты и обсуждение: По результатам обследований в ОАК у всех обследованных отсутствовали признаки активного воспаления: в лейкоцитарной формуле изменений не выявлено, СОЭ в среднем составила 18 мм/ч. На рентгенограммах ОГК в лёгких у всех пациентов выявлены признаки диффузного пневмосклероза. На ЭКГ у 75% исследуемых отмечались признаки повышения нагрузки на правое предсердие, у всех курящих пациентов – блокада правой ножки пучка Гиса. На фоне проводимой терапии у пациентов основной группы ОФВ<sub>1</sub> увеличился на 29%, что было достоверно выше исходных значений и показателей контрольной группы в которой ОФВ<sub>1</sub> увеличился на 14,5% (P<0,05).

У всех пациентов прирост ЖЁЛ был практически одинаковым и составил в основной группе 22%, а в контрольной – 22,5%. В обоих случаях отмечалась положительная динамика клинических симптомов – значительно уменьшилась одышка, кашель, количество мокроты, исчезли побочные дыхательные шумы, со стороны сердечно-сосудистой системы побочных эффектов не отмечалось. При этом в контрольной группе сохранялась потребность в ингаляции бронхолитиков короткого действия в среднем до 2-х раз в сутки.

Таким образом, применение форадила в сочетании с бенакортом у больных ХОБЛ в стадии обострения по клинической эффективности не уступает сочетанной терапии беродуалом с ингаляционными бенокорта, а по приросту ОФВ<sub>1</sub> превышает практически в 2 раза и позволяет достигать полной ремиссии, в то время как в контрольной группе оставалась потребность в бронхолитиках короткого действия до 2 раз в сутки.

## ЯТРОГЕНИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Е.В. Кирсанкина, В.Ю. Суворцева, Ю.Ю. Кардаков*

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

Е-mail авторов: kirsankina@list.ru

Современный этап развития медицины характеризуется резким увеличением осложнений лечения и диагностики, получивших название ятрогений. Понятие "ятрогения" было введено немецким психиатром О. Бумке в 1925 г. и первоначально под этим явлением понималось причинение вреда пациенту неосторожным, непродуманным, бестактным словом врача. ВОЗ в 1995 г. приняла ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти. В МКБ-10 ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы [6].

В настоящее время в нашей стране сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением численности и доли лиц пожилого и старческого возраста, которые страдают множественными хроническими заболеваниями [1-4]. Гериатрические больные чаще обращаются за медицинской помощью, поэтому являются наиболее уязвимыми для формирования ятрогений. У ятрогенных заболеваний отсутствуют патогномичные симптомы. Психогенные ятрогении проявляются в форме неврозов, психозов, неврастений, истерий, фобий, депрессий, чувства тревоги, депрессивных и ипохондрических расстройств. Они вызываются неосторожными и неправильно понятыми высказываниями медицинского работника о состоянии здоровья пациента [6]. Психогенная ятрогения также может проявляться отказом от лечения из-за недостаточных объяснений врача о необходимости приема препаратов, или частым посещением поликлиники, мнением больного о наличии у него тяжелого заболевания и требованиями усиленного лечения. Врачи, курирующие пожилых больных, не придают должного значения такому компоненту, как рациональная психотерапия – раз-