

менились нормальные значения ПСА, что свидетельствует об онкологической безопасности метода. Степень выраженности СНМП также отчетливо уменьшилась как в отношении обструктивных, так и ирритативных симптомов, что отразилось на значительном улучшении показателей качества жизни. У представителей 2-й группы подобного рода изменений не произошло. При сравнительном математическом анализе общей результативности лечения, представленной в условных единицах (усл. ед.) суммарный показатель 1-й группы составил 13898 усл. ед., 2-й – 3168 усл. ед. ($p < 0,0001$).

Таким образом, показаны отчетливые преимущества разработанной методики лечения. Ни в одном случае не зафиксировано каких-либо осложнений или же побочных нежелательных эффектов. Рекомендуются широкое применение разработанного и апробированного способа лечения доброкачественной гиперплазии ПЖ, сочетающейся с хроническим простатитом, у представителей пожилого и старческого возраста.

НЕВРОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.А. Бальберт, В.С. Мякотных

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург
СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Е-mail авторов: vmaykotnykh@yandex.ru

Особенностью клинической картины радикулопатий у пациентов пожилого и старческого возраста является более частое, чем у лиц молодого возраста, возникновение мышечно-тонических синдромов, в частности синдрома грушевидной мышцы, который обычно не диагностируется, а расценивается как обострение хронического деформирующего коксартроза. С целью повышения результативности лечения таких пациентов при помощи введения ботулотоксина типа А в грушевидную мышцу с наведением иглы под контролем рентгеновского компьютерно-томографического (РКТ) контроля проведено сравнительное исследование двух рандомизированных групп пациентов, по 25 человек в каждой, сопоставимых по целому ряду клинических и демографических показателей. Представители обеих групп, основной и сравнения, страдали радикулопатиями L₅ или S₁, люмбоишиалгией на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника. У всех больных боли иррадиировали по ходу седалищного нерва, а также отмечалась болезненность при пальпации в проекции грушевидной мышцы, имели место характерные положительные симптомы Бонне-Бобровниковой (снижение амплитуды движения и болезненность при пассивном приведении бедра с одновременной ротацией его внутрь) и Виленкина (боль по задней поверхности ноги при перкуссии в точке грушевидной мышцы), что соответствует клиническим проявлениям синдрома грушевидной мышцы. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение препаратами Мова-

лис в дозе 15 мг/сут. и Мидокалм в дозе 450 мг/сут., а также физиотерапевтическое лечение. Дополнительно всем пациентам основной группы в заинтересованную грушевидную мышцу (справа или слева) вводился ботулотоксин типа А, (препарат Ксеомин в дозе 50 ед.), и при этом для визуализации «мишени» и контроля точности введения препарата в мышцу использовался спиральный компьютерный томограф Emotion Duo (Siemens). Была выявлена значительная вариабельность положения середины брюшка грушевидной мышцы относительно кожного покрова от 4 до 10 см, и в связи с этим точное введение лекарственного препарата без РКТ-контроля представлялось невозможным. В итоге, во всех случаях ботулотоксин типа А был введен точно в грушевидную мышцу. При осмотре пациентов в динамике, через две недели отчетливый регресс люмбоишиалгии отмечен у 22 лиц основной группы, и только у 5 группы сравнения ($p < 0,05$). Среди больных основной группы в 17 случаях регрессировали симптомы Бонне-Бобровниковой и в 24 – симптомы Виленкина. В группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно 3 и 4; $p < 0,05$.

Таким образом, особенностью лечения поясничных радикулопатий у пожилых пациентов является необходимость воздействия на тонические напряженную грушевидную мышцу с целью ее расслабления. Максимальный эффект достигается при точном введении ботулотоксина типа А в грушевидную мышцу при визуализационном РКТ-контроле, что обеспечивает наилучшие результаты лечения и может быть широко рекомендовано в медицинскую практику.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Ю.П. Барышева, Т.Н. Зырянцева,
В.В. Николаев, И.В. Титаренко*

ГБУ РО ГВВ, г. Ростов-на-Дону

Е-mail авторов: barisheva.iulya@yandex.ru

Цереброваскулярные заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой в нашей стране. Сосудистые заболевания головного мозга – одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в России. В патогенезе ишемических нарушений мозгового кровообращения существенное значение имеет оксидантный стресс. Интенсивность процессов свободно радикального окисления в нормальном состоянии организма контролируется собственными антиоксидантными системами. Утилизация образующихся свободных радикалов осуществляется ферментативным путем и с использованием антиоксидантов (вит С, Е, убихиноны). При церебральной ишемии образование продуктов свободно радикального окисления приобретает избыточный характер, утрачивая свое адаптационное назначение. В значительной степени это связано с неэффективностью антиоксидантных систем организма. Это дает веские основания для восполнения недостаточности антиоксидантных систем организма у пациентов с цереброваскулярной патологией, путем назначения антиоксидантов.

Наиболее широкое применение в клинической практике нашел отечественный препарат мексидол. Важным положительным свойством его является способность проникать через гематоэнцефалический барьер. Препарат обладает антиоксидантным и мембраностабилизирующим эффектами, способствует активации энергетического метаболизма в митохондриях, улучшает выживаемость клеток в условиях гипоксии. Длительное использование мексидола продемонстрировало его несомненную эффективность, хорошую переносимость и отсутствие клинически значимого взаимодействия с другими принимаемыми препаратами. Применение мексидола у больных с цереброваскулярными заболеваниями приводит к улучшению состояния пациентов и уменьшению выраженности наиболее часто встречающихся клинических проявлений данной патологии – астенического синдрома, психоэмоциональных расстройств, кохлеовестибулярных нарушений и подкорковой симптоматики. Максимально раннее начало лечения мексидолом при ОНМК обеспечивает его достоверно более высокую эффективность.

Хороший результат наблюдался при одновременном проведении немедикаментозного лечения и нейро-реабилитационных мероприятий. Препарат применяется не только в условиях острой и хронической церебральной ишемии, но и при геморрагическом или смешанном инсультах.

Таким образом, имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о целесообразности применения мексидола у больных с различными сосудистыми поражениями головного мозга.

ОБРАЩАЕМОСТЬ К СКОРОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т.А. Диярова, В.Б. Салеев

РК госпиталь ветеранов войн», г. Йошкар-Ола

Острые нарушения мозгового кровообращения занимают второе место в России в структуре смертности, являются основной причиной стойкой утраты трудоспособности. Они наносят огромный ущерб, экономике государства, учитывая расходы на лечение, реабилитацию, потери в сфере производства.

Цель исследования: проанализировать структуру обращаемости за скорой медицинской помощью пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Материал и методы: произведен ретроспективный анализ и статобработка карт вызовов скорой помощи, журналов учета приема больных приемными отделениями Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, Йошкар-Олинской городской больницы и МСЧ №1 за период с 1.01 по 31.12.2013 г.

Результаты и обсуждение: за указанный период было обслужено 876 вызовов к пожилым пациентам с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения. Все больные были доставлены в лечебно-профилактические учреждения г. Йошкар-Олы. Из них

женщин – 409, мужчин – 467. Всего было госпитализировано 715 пациентов, в остальных случаях имело место расхождение диагнозов со стационаром (19,4%). У 784 пациентов в анамнезе имелась гипертоническая болезнь, у 52 пациентов эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения были повторными. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: от 60 до 69 лет – 441, от 70 до 79 лет – 274, от 80 до 89 лет – 136, старше 90 лет – 25 человек.

В случае отказа от госпитализации в приемных отделениях были выставлены следующие диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия в 178 случаях, последствия острого нарушения мозгового кровообращения в 21 случае, невралгия лицевого нерва в 31 случаях, вертебробазилярный сосудистый криз в 16 случаях, черепно-мозговая травма в 15 случаях.

Таким образом, не все пациенты, которым выставляется диагноз острое нарушение мозгового кровообращения, на догоспитальном этапе доставляются в лечебные учреждения. У мужчин данное заболевание встречается чаще, чем у женщин, наибольшее количество больных в возрастной группе от 60 до 69 лет. В большинстве случаев (89,5%) данное состояние развивается на фоне имеющейся гипертонической болезни.

ОСОБЕННОСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И МОТИВАЦИИ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ф.А. Карамова, А.К. Фролова, Т.Г. Зуйкова

ГБУЗ ТО «ОКБ №2» Поликлиника для взрослых, г. Тюмень

E-mail авторов: fakaram@yandex.ru

Курение в России является распространенным явлением. Уровень курения в нашей стране один из самых высоких в мире: среди россиян курят 63% мужчин и 19% женщин [1, 4, 5, 7]. Вред табака на здоровье курящих доказан, но только 16 стран к настоящему времени законодательно пытаются ограничить курение, 166 стран ратифицировали рамочную конвенцию по борьбе с табакокурением (РКБТ или Конвенция) Всемирной организации здравоохранения [2, 3, 8, 9]. С 2008 года Россия так же присоединилась к РКБТ. В перечне мероприятий рекомендованных ВОЗ, значатся в том числе информирование населения и медицинская помощь в отказе от курения. Пациенты трудоспособного возраста, имея желания отказаться от курения, активнее пользуются помощью специалистов. Пожилые курящие пациенты обращаются в кабинеты по отказу от табакокурения реже так как менее осведомлены или не очень доверяют методам современного лечения. Отказ от табакокурения даже в пожилом возрасте снижает риск смерти на 10% в ближайшие 15 лет [6].

Цель исследования: выявить потребность в оказании медицинской помощи по отказу от табакокурения пациентам пожилого возраста.

Материал и методы. Были проанализированы амбулаторные карты пациентов пожилого возраста обратившихся в Центр здоровья (ЦЗ) в 1 квартале 2014 года. Оценивались: стаж курения, индекс курящего (ИК) пациента, степень никотиновой зависимости (по