

ской области по пневмонии в 2006 г. составило 21,9, по ХОБЛ — 13,4, по БА — 17,7. Выход на инвалидность был обусловлен в основном ХОБЛ и БА. В структуре смертности населения Ивановской области удельный вес болезней органов дыхания составляет 4,9% и занимает 4-е ранговое место после онкологических заболеваний. Аналогичная закономерность отмечается и в целом по Российской Федерации, где удельный вес в структуре смертности за 2006 г. составил 4,6% и на протяжении многих лет стойко удерживает 4 ранговую позицию.

Среди причин смертности от болезней органов дыхания в Ивановской области на первом месте находится пневмония с частотой 59 195 случаев на 100 000 населения, на втором месте ХОБЛ — 53 853 случая на 100 000 населения.

Рост смертности от пневмоний в Российской Федерации, по мнению А.Г. Чучалина, обусловлен ошибками в диагностике, большим числом недоагностированных внутрибольничных пневмоний и значительной резистентностью пневмококков к лекарственным препаратам. При выборе методов обследования и лечения следует использовать самую современную и достоверную научную информацию. Должны быть обеспечены преемственность между различными звеньями здравоохранения, единство диагностических критериев и лечебных подходов. Весь комплекс лечебно-

диагностических мероприятий должен быть доступен объективной оценке и контролю, как со стороны администрации лечебного учреждения, так и страховых компаний и государственных контролирующих органов.

Врачи пульмонологического отделения Ивановской областной клинической больницы работают в тесном сотрудничестве с сотрудниками кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава (заведующий кафедрой — проф. М.Г. Омеляненко). В структуре отделения выделены профпатологические и аллергологические койки. На базе пульмонологического отделения постоянно обучаются студенты 4 и 5 курсов, врачи-интерны, клинические ординаторы, аспиранты и проходят последипломную профессиональную переподготовку десятки врачей г. Иванова и районов области. Обобщая проводимые научные исследования и опыт клинической работы, сотрудники кафедры и отделения часто выступают с докладами на городских, областных, районных и общероссийских Конгрессах, конференциях и съездах, постоянно публикуют результаты исследований в центральной и местной печати. Врачами уделяется особое внимание профилактике БА и ХОБЛ, обучению больных и вопросам преемственности в работе с больными пульмонологического профиля.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Якусевич В.В., Можейко М.Е., Рябихин Е.А., Сударева Н.В., Семенова Н.Е.,
Попова А.В.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн — международный центр по проблемам пожилых «Здоровое долголетие»

В настоящее время в развитых странах хроническая сердечная недостаточность (ХСН) считается одной из наиболее важных причин смертности. Многочисленные исследования подтвердили, что у лиц старших возрастных групп происходят изменения структуры и функции сердечно-сосудистой системы, которые часто расценивают как адаптивные. Но после срыва адаптации происходит снижение сердечно-сосудистого резерва, возникает клинически выраженная сердечная недостаточность.

Цель исследования — оценить причины и особенности течения хронической сердечной недостаточности у лиц старше 60 лет.

Обследовано 109 пациентов (72 мужчины, 37 женщин) с ХСН I, II, III, IV ФК, средний возраст — $67,4 \pm 4,03$ года. В зависимости от возраста больные были распределены на две группы: I группа включала пациентов от 60 до 70 лет (53 больных: 38 мужчин, 15 женщин); II группа — от 71 года и старше (56 больных: 34 мужчины, 22 женщины). Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, последнее включало ЭКГ, эхоКС с определением структурных и функциональных параметров.

При проведении диагностических исследований больные распределились следующим образом: ХСН I ФК — 14 пациентов (12,8%), ХСН II ФК — 37 (33,9%), ХСН III ФК — 32 (29,4%), ХСН IV ФК — 26 (23,9%). Самой частой причиной ХСН в I и II группах была ИБС. В I группе её «вклад» составил 88,7% (47 человек), во второй группе — 64,2% (34 пациента). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе чаще встречался у лиц моложе 70 лет (23 пациента — 43,4%), во второй группе ОИМ перенесли 16 больных (28,6%). Как сопутствующая патология артериальная гипертензия (АГ) выявлена в I группе у 40 больных (75,5%), во второй группе — у 52 (92,8%). Сахарный диабет чаще диагностировался у лиц старше 70 лет (18 пациентов — 32,1%), а в I группе — у 13 (24,5%). Значительно чаще у лиц II группы регистрировалась фибрилляция предсердий — у 24 человек (42,9%) по сравнению с 10 (18,9%) в I группе.

По данным эхоКС диастолическая дисфункция чаще наблюдалась у лиц старше 70 лет, что объяснялось большим числом больных, имевших АГ основной причиной ХСН. В течение 12 месяцев в I группе по поводу декомпенсации ХСН госпитализирован 31 пациент (58,5%), во II группе — 48 пациентов (86,7%).

Выводы

- ХСН является большой медико-социальной проблемой. Наибольшую значимость в развитии ХСН у лиц старших возрастных групп имеют ИБС и АГ.
- Среди больных старше 70 лет, имеющих ХСН, увеличивается число пациентов с сопутствующей

патологией (сахарным диабетом), нарушениями сердечного ритма.

- Необходимо совершенствование методов ведения больных пожилого возраста, страдающих ХСН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Янченко В.А., Бахтин В.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — количественный и качественный анализ структуры и результатов лечения тяжелых осложненных форм панкреонекроза.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2002 г. по июль 2007 г. находилось на лечении 582 больных с диагнозом «острый панкреатит». Из них с тяжелыми осложненными формами панкреонекроза наблюдался 121 пациент (20,8%). Высокий процент больных с тяжелым осложненным панкреатитом связан с аккумуляцией этой категории пациентов из хирургических отделений ЦРБ в 1-м ХО Кировской ОКБ — основной базе клиники госпитальной хирургии Кировской ГМА. 40 пациентов были женщины и 81 — мужчины. Возраст больных варьировал от 18 лет до 81 года. Срок от начала заболевания до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 27 суток.

Диагноз был установлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных (ультрасонография, лапароскопия, пункция жидкостных образований поджелудочной железы или парапанкреатического пространства, компьютерная томография) и интраоперационных данных. Тяжесть состояния больных панкреонекрозом оценивали по интегральным шкалам Ranson (1974), Glasgow (1984), APACHE II (1984).

Алкогольная этиология деструктивного панкреатита установлена у 46 больных (38,0%), преимущественно мужчин, билиарная — у 39 больных (32,2%), преимущественно женщин, травматическая — у 12 пациентов (9,9%), тяжелый послеоперационный панкреатит имел место — у 9 больных (7,4%). У 15 больных (12,4%) причину панкреатита выяснить не удалось.

Все больные имели субтотальное либо тотальное поражение поджелудочной железы. Стерильный панкреонекроз отмечен у 57 больных, панкрео-

некроз с микробиологически доказанным инфицированием — у 64 больных. У 31 больного (25,6%) на момент поступления имели место признаки полиорганной недостаточности. Дооперационная диагностика позволила точно установить степень поражения поджелудочной железы и обширность распространения процесса за ее пределы лишь у 81 из 121 больного (66,9%), у 40 больных окончательный диагноз был установлен во время операции.

Среди осложнений тяжелых форм панкреонекроза отмечались: острые ложные кисты поджелудочной железы 41, абсцессы сальниковой сумки в сочетании с парапанкреатическими абсцессами 39, забрюшинные ретро- и параколические флегмоны — 37, из них левосторонних — 25 больных, правосторонних 6, двухстороннее поражение 6, аррозивное кровотечение 12, тонкотолстокишечные свищи — 9, абсцессы печени — 3, механическая желтуха — 3, тромбоз воротной вены — 3, перитонит — 17.

Все больные оперированы. Показаниями к операции являлись инфицированный панкреонекроз, панкреатогенные абсцессы, септическая флегмона забрюшинной парапанкреатической и ретроколической клетчатки, инфицированный перитонит независимо от степени органических дисфункций, острые гнойные кисты при неэффективности дренирующих малоинвазивных вмешательств, отсутствие эффекта от консервативной терапии, проявляющееся стойкой либо прогрессирующей полиорганной недостаточностью. Объем операций варьировал в широких пределах и зависел, в первую очередь, от степени поражения поджелудочной железы и распространения за пределы органа. Из 121 больного с тяжелым панкреонекрозом умерло 12. Летальность в этой группе больных составила 9,9%.

ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ященко Н.И.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава»

Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди лиц молодого трудоспособного возраста диктует необходимость углубленного

изучения поражений органов-мишеней, в частности гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и ее связи с особенностями течения заболевания.