

Вестник офтальмологии. – 2011 – Т. 127. №2. – С.49-53.

2. *Апрелев А.Е.* Возможности рефлексотерапевтического лечения у пациентов с приобретенной миопией // Вестник офтальмологии. – 2011 – Т. 127. №1. – С.50-52.

3. *Белецкая Т.А.* Результаты применения гирудотерапии у больных первичной открытоугольной глаукомой // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2007. – Т. 72. №5. – С.76-78.

4. *Волков В.В.* Глаукома при псевдонормальном давлении. – М.: Медицина, 2001. – 350 с.

5. *Волкова Н.В., Шуко А.Г., Юрьева Т.Н., Малышев В.В.* Факторы риска неадекватного формирования путей оттока после непроникающей глубокой склерэктомии // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – Т. 65. №7. – С.17-19.

6. *Гололобов В.Т., Гирич Я.П., Казачкова А.Е., Козина Е.В.* О первичной открытоугольной глаукоме как психосоматическом заболевании // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2003. – Т. 41. №6. – С.32-34.

7. *Лувсан Г.* Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1986. – 334 с.

8. *Морозов В.И., Яковлев А.А.* Фармакотерапия глазных болезней – М.: Наука, 1998. – 336 с.

9. *Нестеров А.П.* Новые тенденции в консервативном лечении глаукомы // Вестник офтальмологии. – 1995. – №3. – С.42-44.

10. *Нестеров А.П.* Глаукома – М.: МИА, 2008. – 560 с.

11. *Пишеницина Е.С.* Применение физиотерапевтических методов лечения первичной открытоугольной глаукомы // Актуальные проблемы клинической офтальмологии: Тез. докл. Региональной научн. конф. Урала. – Челябинск, 1999. – С.255-257.

12. *Рудковская О.Д., Пишак В.П.* Офтальмогипертензия и глаукома. Механизмы развития // Вестник офтальмологии. – 2010 – Т. 126. №3. – С.40-43.

13. *Худоногов А.А., Литвинцев А.Н., Маценко В.П.* Этиопатогенез первичной открытоугольной глаукомы // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – Т. 62. №4. – С.8-11.

14. *Худоногов А.А.* Функциональные методы исследований в ранней диагностике первичной открытоугольной глаукомы // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2012. – Т. 108. №1. – С.21-23.

15. *Штилерман А.Л., Михальский Э.А., Лысяк И.В.* Комбинированное лечение больных глаукомой нестабилизированным течением // Вестник офтальмологии. – 2010 – Т. 126. №5. – С.28-31.

16. *Шмырева В.Ф., Шершнев В.В.* Эффективность традиционной терапии атрофии зрительного нерва при глаукоме // Тез. докл. IV Российского национального конгресса "Человек и лекарство". – М.: Фарммединфо, 1999. – С.147.

17. *Шуко А.Н., Юрьева Т.Н.* Алгоритм диагностики и лечения больных первичной глаукомы: Учебное пособие. – Иркутск, 2008. – 76 с.

**Информация об авторах:** Валуева Ирина Викторовна – ассистент кафедры, к.м.н.; Киргизова Оксана Юрьевна – заведующий кафедрой, д.м.н., доцент, 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, e-mail: kirgizova.ok@rambler.ru

© ДОНИРОВА О.С., РУКОСУЕВА Ю.А., ВАМПИЛОВА А.Р., КАЗАКОВА Р.Г., АЛЕКСЕЕВА И.М., ОСИПОВА Н.И. – 2012

УДК: 616.12-008.331.1(075.8)O931

### ОЦЕНКА ПРИЧИН НИЗКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Оюна Сергеевна Донирова<sup>1</sup>, Юлия Александровна Рукосуева<sup>2</sup>, Анна Романовна Вампилова<sup>3</sup>, Раиса Геннадьевна Казакова<sup>4</sup>, Нина Михайловна Алексеева<sup>3</sup>, Наталья Ивановна Осипова<sup>5</sup>*

(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф.

В.В. Шпрах, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров; <sup>2</sup>Филиал №3 ФГУ 321

Военно-клинического госпиталя МО РФ, начальник – С.А. Шиллов; <sup>3</sup>Городская поликлиника №6, гл. врач –

Н.А. Бухольцева; <sup>4</sup>Городская больница №5, гл. врач – Л.Р. Мансорунова; <sup>5</sup>Городская поликлиника №2)

**Резюме.** Целью исследования являлось изучение причин низкой комплаентности больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе. Показано, что основными причинами низкой комплаентности являются забывчивость пациентов, дороговизна лекарственных препаратов и молодой возраст больных.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, комплаентность.

### THE ASSESSMENT OF THE REASONS OF LOW COMPLIANCE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AT AN OUT-PATIENT STAGE

*O.S. Donirova<sup>1</sup>, J.A. Rukosuyeva<sup>2</sup>, A.R. Vampilova<sup>3</sup>, R.G. Kazakova<sup>4</sup>, N.M. Alekseeva<sup>3</sup>, N.I. Osipova<sup>5</sup>*

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; <sup>2</sup>Russian Federation Military and Clinical Hospital No.

FGU 321; <sup>3</sup>Ulan-Ude Municipal Polyclinic No. 6; <sup>4</sup>Municipal Hospital No. 5; <sup>5</sup>Ulan-Ude Municipal Polyclinic No. 2)

**Summary.** The goal of the research was to study the causes of low compliance in the patients with arterial hypertension at out-patient stage. It has been shown that the main causes of low compliance are patient's forgetfulness, the high cost of pharmaceuticals and young age of patients.

**Key words:** arterial hypertension, compliance.

Несмотря на большое количество применяемых гипотензивных препаратов, эффективный контроль гипертонии остается актуальной проблемой. По данным исследования ЭПОХА-АГ, опубликованном в 2004 году [1], только 26,5% больных АГ привержены к терапии, т.е. принимают препараты постоянно. Остальные 76,5% из 19500 респондентов из 8 субъектов Европейской части Российской Федерации либо вообще не принимают лекарств (58,5% мужчин и 37,5% женщин), либо принимают их «курсами» (8,6% и 11,2%), либо только при повышении АД (14,9% и 24% соответственно). Среди причин неадекватного контроля артериального давления (АД) решающее значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость гипотензивной терапии, а

также отсутствие приверженности больных лечению (комплаинс). Известно, что при анализе причин нерегулярного приема лекарств или их отмены на первое место выходят нежелание постоянно принимать препараты из-за боязни побочных эффектов и страха «привыкнуть». Другими самыми «популярными» причинами называются «забывчивость» и то, что «уровень АД снизился, поэтому отменил или нерегулярно принимал таблетки» [2]. При этом мужчины менее привержены лечению, чем женщины; работающие – менее, чем неработающие; лица, не достигшие пенсионного возраста или не имеющие инвалидности, менее привержены, чем пенсионеры или инвалиды. Несколько более высокая приверженность к лечению отмечается у больных с сахарным

диабетом и у больных с нарушением функции почек [4]. Результатом низкой комплаентности больного является повышение риска сердечно-сосудистых исходов и сокращение продолжительности жизни, а также увеличение частоты госпитализаций и дополнительного обследования, т.е. возрастание расходов на оказание медицинской помощи.

Все вышеизложенное определило цель данной работы – изучить причины низкой комплаентности больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе в г. Улан-Удэ.

**Материалы и методы**

Проведено анкетирование 74 больных с артериальной гипертензией, проходивших лечение по поводу основного заболевания в условиях

**Таблица 1**  
Исходная характеристика больных с АГ, участвовавших в анкетировании, n=74

Признак	n	%
Пол		
Мужчины/женщины	14/60	19/81
Возраст		
До 30 лет	3	4
31-40 лет	3	4
41-50 лет	24	32,4
51-60 лет	26	35,1
61-70 лет	10	13,5
71 год и старше	8	10,8
Социальное положение		
Работающие	47	63,5
Неработающие	27	36,5

стоящий из 4 вопросов [5]. Комплаентными считали больных, набравших 4 балла по тесту, некомплаентными – менее 3 баллов по тесту.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Средние значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Статистическую значимость различий в независимых выборках определяли по Манну-Уитни. Составляли двумерные таблицы сопряженности. Меру сопряженности признаков оценивали с помощью критерия  $\chi^2$  по Пирсону. Критический уровень значимости при проверке гипотез  $p=0,05$ .

**Результаты и обсуждение**

Комплаентными больными из всех опрошенных больных оказались 14 (18,9%), из них 11 (78,5%) женщин и 3 (21,5%) мужчины. Возрастно-половая и социальная характеристика комплаентных и некомплаентных больных представлена в табл. 2.

Из таблицы 2 видно, что комплаентными больными в основном были работающие женщины в возрасте 51-60 лет. Среди некомплаентных больных также преобладали работающие женщины, однако их подавляющее количество входило в более молодую возрастную группу 41-50 лет.

Причины пропуска приема препаратов представлены на рис. 1.

Как видно из рисунка, комплаентные больные в 71,4% случаев пропускали прием препарата по забывчивости и в 64,2% случаев вследствие дороговизны лекарственного сред-

ства. Некомплаентные больные в качестве наиболее частых причин отказа от приема препарата называли хорошее или плохое самочувствие, а также невнимательность и забывчи-

**Таблица 2**

Характеристика больных по полу, возрасту и социальному статусу в зависимости от наличия комплаентности, n=74

Показатель	Комплаентные, n=14		Некомплаентные, n=60		p
	n	%	n	%	
Пол					
Мужчины	3	21,4	20	33,3	нд
Женщины	11	78,5	40	66,7	
Возраст					
До 30 лет	-	-	3	5,0	нд
31-40 лет	1	7,1	2	3,3	
41-50 лет	4	28,5	20	33,3	
51-60 лет	6	42,8	20	33,3	
61-70 лет	3	21,4	7	11,6	
71 год и старше	-	-	8	13,3	
Социальное положение					
Работающие	8	57,1	39	65,0	нд
Неработающие	6	42,9	21	35,0	

полыклиник №2, №5, №6, поликлиники филиала 321 ОВКГ г. Улан-Удэ. За критерии артериальной гипертензии (АГ) принимали показатели систолического АД  $\geq 140$  и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст. Исходная характеристика больных с АГ представлена в табл. 1.

Для анкетирования использовался тест комплаентности Мориски-Грина, состоящий

из 4 вопросов [5]. Комплаентными считали больных, набравших 4 балла по тесту, некомплаентными – менее 3 баллов по тесту. Интересным является факт, что нормализация АД послужила причиной отказа от приема лекарств у 46,6% некомплаентных больных и лишь у 21,4% комплаентных больных. Подобные данные были получены при изучении причин низкой комплаентности у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне ревматических пороков сердца [3].

Соблюдение врачебных рекомендаций имело место в 9 (64,2%) случаях среди комплаентных и в 30 (50%) случаях среди некомплаентных больных.

Таким образом, низкая приверженность к лечению АГ



**Рис. 1.** Причины пропуска приема препарата, названные больными.

является одной из причин высокой заболеваемости и смертности от этой патологии. На сегодняшний день, к сожалению, нет единой эффективной стратегии повышения комплаентности лечения АГ, в том числе в г. Улан-Удэ. Необходима разработка мер, направленных на устранение основных потенциальных причин несоблюдения – сложности режима приема, забывчивости больных и дороговизны препаратов. Создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени – задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы и производителей лекарственных средств.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Агеев Ф.Т., Фомин И.В., Мареев Ю.В. Распространенность артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003 г. // Кардиология. – 2004. – Т. 44. №11. – С.50-53.  
 2. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Дробижев М.Б. Свободная или фиксированная комбинация эналаприла и гидрохлортиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного АГ? Сравнение эффективности и приверженности к лечению // Кардиология. – 2008. – Т. 48. №5. – С.10-15.

3. Калягин А.Н. Оценка комплаентности больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне ревматических пороков сердца и факторы, ее определяющие // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 83. №8. – С.56-59.  
 4. Menard J., Chatellier G. Limiting factors in the control of BP: why is there a gap between theory and practice? // J.Hum. Hypertens. – 1995. – Vol.9. – S.19-23.  
 5. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med Care. – 1986. – Vol. 24. – P.67-73.

**Информация об авторах:** 670045, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Семашко, д.7, Донирова Оюна Сергеевна – к.м.н., ассистент кафедры, тел. (3012) 416670, e-mail: donirova@mail.ru; Рукоусева Юлия Александровна – врач-терапевт; Вампилова Анна Романовна – врач-участковый терапевт; Казакова Раиса Геннадьевна – врач-участковый терапевт; Алексеева Нина Михайловна – врач-участковый терапевт МУЗ «Городская поликлиника №2»; Осипова Наталья Ивановна – врач-участковый терапевт.

© ПЕРЛОВСКАЯ В.В., СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н. – 2012  
УДК616.5 – 003.92 – 053.2

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Валентина Вадимовна Перловская<sup>1</sup>, Виктор Николаевич Стальмахович<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; <sup>2</sup>Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

**Резюме.** В статье, на основании собственного опыта, указана лечебная тактика при рубцовых поражениях кожи у детей в зависимости от срока формирования рубцов и вызванных ими деформациях. Приведены собственные клинические наблюдения реальных больных с рубцовыми поражениями, результаты их лечения. Статья иллюстрирована многочисленными собственными фотографиями.

**Ключевые слова:** рубцы, дети, пластическая операция.

## TREATMENT APPROACH TO SKIN SCARS IN CHILDREN

V.V. Perlovskaya<sup>1</sup>, V.N. Stalmachovich<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; <sup>2</sup>Irkutsk Regional Children's Hospital)

**Summary.** The paper describes personal approach to the treatment of skin scars in children, depending on the period of scars formation and it's complication. The results of personal experience in the treatment are presented and illustrated in the paper.

**Key words:** scar, children, plastic surgery.

При любом нарушении целостности кожных покровов, как результат биологического механизма соединения поврежденных тканей, формируется рубец, который, по своей сущности, является связкой, представленной соединительной тканью. По данным литературы более 25 млн. человек в мире ежегодно приобретают рубцы после травм или оперативных вмешательств. Из них 4 млн. – после перенесенных ожогов, сопровождающихся выраженными эстетическими и функциональными нарушениями, при этом на долю детей приходится до 70% всех случаев развития избыточных или патологических рубцов [6]. Лечение больных с рубцовыми поражениями кожи представляет особую проблему в детской хирургии. Значимость своевременного устранения рубцовых деформаций в детском возрасте определяется, прежде всего, тем, что в процессе развития ребенка рост рубцовой ткани заметно отстает от роста здоровых тканей, что вызывает различного рода стяжения, контрактуры, деформации, вплоть до изменений в опорно-двигательной сфере.

Цель сообщения – определение лечебной тактики при рубцовых поражениях кожи у детей.

### Материалы и методы

С 2004 г. в хирургическом отделении ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» находилось на лечении 279 детей с рубцовыми поражениями кожи. В подавляющем большинстве случаев (77,8%) рубцы были следствием ожога, в меньшей степени травмы (14,3%) и хирургического вмешательства (5,02%). Возраст детей составлял от 1,5 до 18 лет, из них было 167 (59,9%) мальчиков и 112 (40,1%) девочки.

У 61 (21,9%) ребенка с давностью травмы не более двух лет отмечались незрелые рубцы, которые характеризовались красной окраской разной интенсивности, возвышением над поверхностью кожи, сращением с подлежащими тканями, повышенной плотностью и зудом. В более позднем сроке, у большинства (60,2%) детей были гипертрофические рубцы, которые отличались буровато-серо-коричневым цветом разных тонов, повышенной плотностью, возвышением над кожей, неровной, часто морщинистой поверхностью. Рубцовые стяжения отмечались в 54 случаях (19,4%). Контрактура смежных суставов у 40 (14,3%) детей. С рубцовыми деформациями кисти лечился 31 (11,1%) больной, стопы – 12 (4,3%).

Рубцовая алопеция была у 3 (1,1%) детей. Келоидные рубцы выявлены у 4 (1,4%) больных, причем в анамнезе у этих детей были неоднократные операции, заключающиеся в иссечении келоида, что в последующем неизбежно приводило к рецидиву, что соотносится с данными литературы [1]. У 83 (29,7%) детей рубцовые дефекты были множественными и локализовались в различных частях тела. На этапе созревания рубцовой ткани и в послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное лечение. Реконструктивно-восстановительное лечение выполнено у 255 (91,4%) больных. Лечение всех больных осуществлялось с учетом добровольного согласия законного представителя ребенка на медицинское вмешательство. Методика эндоскопической имплантации эндоэкспандеров была внедрена в клинику после одобрения локального этического комитета ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (протокол № 3 от 17.02.2008 г.). В работе с больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.).

### Результаты и обсуждение

Консервативная терапия назначалась на этапе созревания рубцовой ткани, а также в случаях гипертрофического рубцевания. При этом у 24 (8,6%) больных лечение рубцов ограничилось консервативной терапией, в 37 (13,3%) случаях данная терапия была первым этапом комплексного лечения детей с рубцовыми поражениями и соответствовала реабилитационным мероприятиям, проводимым практически всем больным в послеоперационном периоде. Консервативное лечение было комплексным и включало физиотерапию, компрессионную терапию, аппликации противорубцовых пластырей с силиконом, позиционирование, локальное введение в рубцы кортикостероидов, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение.

Из физиотерапевтических процедур применяли электрофорез с ферменолом у 35 (12,5%) больных, с 3% KI – у 197 (70,6%), с лидазой – у 34 (12,1%) больных с артрогенными контрактурами. Вторым курсом всем больным назначался ультразвук с гидрокортизоном. Данные процедуры проводились каждые 3 месяца. Для улучшения репаративных процессов после операции в 4 (1,4%) наблюдениях и подготовки