

Выводы: 1. Пожилые пациенты с МС и ИСАГ имеют сниженную пролиферацию Т – лимфоцитов в ответ на антигенную и митогенную стимуляцию.

2. Иммунный статус пожилых пациентов с МС характеризуется поляризацией по «гуморальному типу», а при ИСАГ по «клеточному типу».

3. При анализе корреляционных связей установлено, что иммуномодулирующее действие статинов, при одинаковом влиянии на нарушенный липидный обмен, различается в зависимости от исходного иммунного статуса и выбранного препарата в пользу розувастатина.

ОБОСНОВАНИЕ И СОЗДАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ МОДЕЛИ СКРИНИНГА РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Колпакова Н.А.

Национальный исследовательский университет «БелГУ», Белгород, кафедра хирургических болезней института последипломного медицинского образования

Актуальность мер по совершенствованию гериатрической помощи гражданам пожилого возраста с урологической патологией определяется необходимостью предупреждения отрицательных социально-экономических последствий, связанных со значительной распространенностью различных нарушений мочеиспускания у этой категории граждан, что приводит к существенному снижению качества их жизни. Сложность и многообразие симптомов дисфункции акта мочеиспускания создают значительные трудности в диагностике, так как необходимо установить не только диагноз дисфункции, но и выяснить функцию мочевых путей, выявить сопутствующие изменения в других органах и системах, являющихся как следствием патологии других органов и систем, так и патологии мочеиспускания.

Цель исследования: улучшить результаты лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с расстройствами мочеиспускания путем совершенствования диагностики данных заболеваний.

Материал и методы: по разработанному нами опроснику произведено тестирование 137 больных пожилого и старческого возраста врачами урологами и терапевтами. Из них 50 пациентов (1 группа) находились на стационарном лечении в урологических и

хирургических отделениях многопрофильных больниц города Белгорода, и 87 пациентов (2 группа) находились под наблюдением у терапевта по поводу различных заболеваний в поликлиниках города Белгорода. Женщин 28 (56,0%), мужчин - 22 (44,0%) в 1 группе и 45 женщин (51,72%) и 42 (48,28%) мужчин во второй.

Результаты исследования: полученные нами данные в 1 группе показывают, что у 16 пациентов (32,0%) жалобы совпали с основным урологическим заболеванием или его осложнением; у 10 пациентов (20,0%) расстройства мочеиспускания не выявлено; у 24 (48%) пациентов выявленные различные формы расстройства мочеиспускания. Следует отметить, что 80,0% (40 пациентов) опрошенных больных отметили расстройство мочеиспускания, при этом у 48,0% (24 пациента) диагноз заподозрен только по результатам опросника. При этом, из 41 пациента, находящихся на лечении у уролога диагноз был установлен только у 14 (34,1%). Среди пациентов, у которых диагностированы расстройства мочеиспускания, 79,2% составили женщины (19 пациенток).

При исследовании качества жизни обнаружено: социальную изоляцию отметили 10 пациентов (41,7%); стеснялись обратиться к врачу с данной патологией 9 пациентов (37,5%), из них 8 женщин; 2

пациента (8,3%) не обращались к врачу так как считают, что специалиста по данной патологии нет. К тому же, 33,3% пациентов считали, что расстройство мочеиспускания не влияет на качество жизни, а 12,5% - отметили, что сильно влияет. 14 (58,3%) пациентов отмечает, что им важна стоимость лечения и 11 (45,8%) готовы отказаться от лечения вследствие боязни побочных эффектов от лекарственных препаратов.

Среди опрошенных 87 пациентов пожилого и старческого возраста (2 группа), наблюдающихся у терапевта по поводу различных заболеваний, у 46 (52,87%) обнаружены симптомы расстройства мочеиспускания. Причинами низкой диагностики разных форм расстройств мочеиспускания явилось отсутствие настороженности и недостаточная информированность врачей различных специальностей о данной патологии и различных методах лечения.

В связи с актуальностью и широким распространением расстройств мочеиспускания в пожилом и старческом возрасте, с целью более раннего выявления скрытых и стертых форм урологической патологии, с целью повышения эффективности лечения и реабилитации таких пациентов нами разработана обучающая программа для врачей первичного звена обращения пациентов: участковых терапевтов, семейных врачей, врачей общей практики, а также - гинекологов, неврологов и хирургов.

Предложенная нами обучающая программа включает два этапа. Цель первого этапа - исключить заболевания, сопровождающиеся сходными симптомами. При этом, врач должен прицельно и детально задавать вопросы о наличии проблем с микцией, так как больные в силу ложной стыдливости нередко скрывают беспокоящие их расстройства. При опросе больных на наличие расстройств мочеиспускания применяется активная тактика, которая заключается в выяснении исчерпывающего анамнеза, провоцирующих и

способствующих факторов недержания мочи, время появления и продолжительность эпизодов инконтиненции, а также количество теряемой мочи. По этой причине, в начале выяснения жалоб, пациентам в амбулаторных условиях заочно предлагается заполнить специальные тесты-опросники. У всех больных помимо общеклинического обследования проводят оценку частоты мочеиспусканий и суточного диуреза. Важную информацию предоставляют дневники мочеиспускания, правильное заполнение которых позволяет врачу определить суточный диурез и частоту мочеиспусканий, установить наличие эпизодов инконтиненции. Для объективизации исследования дневник мочеиспусканий заполняется не менее 3 раз. На втором этапе при помощи специальных методов исследования врач-уролог определяет форму расстройства микции. При проведении урологического обследования важно также пальцевое ректальное исследование для оценки нарушений каловыделения, оценка функционального состояния пациента (общая подвижность, способность к самообслуживанию), проведение скрининговых тестов на наличие депрессивных состояний.

Широкое внедрение в практику врача-уролога уродинамического исследования позволяет выявлять форму выявленного расстройства микции. Однако на начальном этапе диагностики и определения тактики лечения, при отсутствии осложненных форм дисфункций нижних мочевых путей, можно установить предварительный диагноз без их проведения.

Учитывая высокую потребность в урологической помощи людей старших возрастных групп, назрела необходимость внедрения «Школ расстройства мочеиспускания» с целью медико-гигиенического обучения пациентов, страдающих данной патологией.

Обучающая программа для пациентов, в разработанной нами «Школе расстройства

мочеиспускания» включает: пояснение пациенту о заболевании и изменение отношения к патологии мочеиспускания; психологическую помощь; изменение образа жизни (снижение веса у больных с ожирением, снижение потребления кофеина, что приводит к уменьшению выраженности симптомов расстройств мочеиспускания); тренировку мышц тазового дна; тренировку мочевого пузыря; составление специального режима мочеиспускания; назначение физиолечения; обучение использования устройств для коррекции недержания мочи; фармакотерапия с обязательной коррекцией сопутствующей патологии; разъяснение современных методов оперативного лечения.

Перед проведением «Школы расстройств мочеиспускания» оценивается степень тяжести недержания мочи; проводится анализ принимаемых лекарственных препаратов; дается оценка качества жизни пациентов в связи с имеющимся расстройством, определяется доля пациентов, которым можно назначить начальное лечение на основании предварительного диагноза и пациентов, нуждающихся в углубленном обследовании. Одним из важных компонентов обучения в «Школе расстройств мочеиспускания» является изменение образа жизни пациентов, который включает:

- снижение веса у женщин с умеренной или значительной степенью ожирения приводит к уменьшению выраженности симптомов недержания мочи;
- уменьшение потребления кофеина в большинстве случаев приводит к снижению выраженности симптомов недержания мочи;
- снижение суточного объема потребления жидкости рекомендуется только тем пациентам, которые употребляют чрезмерное количество жидкости, так как в иных случаях данное ограничение может приводить к развитию запоров, инфекции мочевыводящих путей или дегидратации организма;
- для профилактики недержания мочи при кашле или иных индуцируемых факторах

рекомендуется больным скрещивать ноги и наклоняться вперед.

Тренировка мышц тазового дна:

1. Тренировка мышц тазового дна должна являться одним из основных методов консервативного лечения стрессового, ургентного или смешанного недержания мочи у женщин
2. Необходимо назначать настолько интенсивный курс тренировок насколько это возможно.

Тренировка мочевого пузыря:

1. Тренировка мочевого пузыря также является одним из основных методов лечения ургентного недержания мочи.
2. Эффективным методом лечения ургентного недержания мочи может служить назначение М-холиноблокаторов или тренировка мочевого пузыря.
3. Так при применении лекарственных препаратов могут возникать побочные эффекты, многие пациенты предпочитают тренировку мочевого пузыря как основной метод лечения.
4. Эффективность комбинации тренировок мышц тазового дна и мочевого пузыря при лечении женщин со стрессовым или смешанным недержанием мочи может оказаться выше, чем от отдельных тренировок мышц тазового дна.

Обучение мочеиспусканию по графику, то есть составление специального режима мочеиспускания (мочеиспускание с интервалом в 2 часа), может стать эффективным методом лечения женщин с незначительно выраженным недержанием мочи и неучащенным мочеиспусканием.

Целью обучения больных использованию устройств и приспособлений для коррекции недержания мочи (адсорбирующие прокладки, окклюзирующие приспособления - уретральные obturatory) является, прежде всего, социальная адаптация.

Для обучения взято 24 пациента (из 1 группы) с впервые выявленными признаками расстройства мочеиспускания: стрессовое недержание мочи обнаружено у 3 (6,0%), императивное недержание мочи - у 9

(18,0%), гиперактивный мочевой пузырь - у 3 (6,0%), смешанное недержание мочи - у 8 (16,0%), нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей обнаружены - у 1 (2,0%).

В результате после проведения «Школы расстройств мочеиспускания» 19 (79,2%) пациентов отметило положительную динамику в виде уменьшения выраженности симптомов расстройства мочеиспускания, 5 пациентам рекомендовано минимально инвазивное хирургическое лечение.

Выводы: Дисфункции акта мочеиспускания не ведут к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния, но приводят пациентов к психогенным неврогенным расстройствам, социальной изолированности и существенно снижает качество жизни.

Недержание мочи и другие формы расстройства мочеиспускания в более половины случаев не диагностируются. Важнейших причин для этого три. Одна состоит в том, что сами пациенты подобному состоянию не придают значения либо из-за ложного чувства “стыдливости” не обращаются к врачам. Вторая причина заключается в том, что и врачи, особенно первичного – догоспитального этапа, недостаточно осведомлены о современных подходах к диагностике разных форм недержания мочи и, соответственно, не способны обеспечить квалифицированное лечение этой патологии.

Третьей важной причиной некачественной помощи больным с расстройствами мочеиспускания является то, что расстройство микции является частым симптомом совершенно разных заболеваний, имеющих отличный друг от друга этиологию и патогенез, а, соответственно, требующих дифференцированного лечения. Следует отметить, что дисфункции нижних мочевыводящих путей, одним из наиболее частых проявлений, которых является бесконтрольное мочеиспускание, связаны с совершенно разными патологическими процессами, подходы к лечению которых существенно различаются. Однако, как

показывает статистика, в подавляющем большинстве случаев подобные расстройства необоснованно трактуются как проявления цистита и ведут к неправильному лечению.

Частота обращения за медицинской помощью по поводу расстройств мочеиспускания, особенно недержания мочи, является достаточно низкой. Причинами низкой обращаемости больных является: неловкость, особенно у лиц женского пола, восприятие недержания мочи как неосуществимого признака старения, отсутствие информированности о возможности лечения и боязнь медикаментозной и хирургической коррекции.

С целью выявления скрытых и стертых форм урологической патологии, необходимо производить скрининг больных пожилого и старческого возраста не только врачами-урологами, но и врачами первичного звена обращения пациента – участковыми терапевтами, семейными врачами, врачами общей практики, а также врачами-гинекологами, неврологами и хирургами. Настороженность врачей первичного амбулаторного звена в отношении данной патологии позволит при целенаправленном опросе и осмотре больных заподозрить расстройство микции, как проявление не только различных заболеваний внутренних органов, но и урологической патологии.

В программу повышения квалификации для медицинских работников различных специальностей необходимо внедрить обучающие семинары по тактике диагностики и методах оптимального и эффективного лечения больных старших возрастных групп урологического профиля.

Актуальность мер по совершенствованию гериатрической помощи пациентам старшего возрастной группы с проблемами микции определяется необходимостью внедрения «Школ расстройства мочеиспускания» с целью своевременного лечения и реабилитации таких пациентов.

Современное, максимально эффективное и щадящее лечение, проводимое совместно с

урологами, гинекологами и гериатрами, позволит полностью решить или существенно облегчить проблему расстройства мочеиспускания, а, следовательно, значительно улучшить

качество жизни пожилых пациентов. Хирургические методы являются последним этапом лечения и применяются при отсутствии эффективности других методов лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кочергина А.М.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ и СР РФ,
ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН, Кемерово, Россия

Актуальность: с конца XIX-го века обозначилась, развилась и ныне имеет устойчивый характер тенденция к увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения индустриально развитых стран [3]. Вместе с этим, болезни системы кровообращения, в том числе острый коронарный синдром (ОКС), лидируют в структуре заболеваемости и смертности [1]. Можно предположить, что число пациентов с ОКС пожилого и старческого возраста в скором времени значительно возрастет. Являясь «золотым стандартом» ведения ОКС, чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) широко и успешно применяются во всем мире [2]. Тем не менее, число ЧКВ в России до последнего времени, оставалось ничтожно малым в сравнении с таковым в странах Европы и США [1]. Долгое время возраст старше 70 лет у нас в стране являлся ограничивающим фактором выполнения ЧКВ при ОКС, что, в конечном счете, привело к неполному пониманию оптимальной стратегии при ОКС для данной категории больных. В зарубежных же клинических рекомендациях возраст пациентов с ОКС не является ограничением для проведения ЧКВ [2]. Имеются данные, которые указывают на большую распространенность у пожилых пациентов различных кровотечений при выполнении ЧКВ, включая пульсирующие гематомы из мест пункции [4,5]. Подобное убеждение разделяют не все авторы, однако оно является дополнительным фактором,

лимитирующим активное применение ЧКВ у пожилых пациентов. После внедрения единого Федерального стандарта ведения больных с ОКС выполнение ЧКВ стало возможным для всех возрастных категорий, в связи с чем весьма актуален анализ информации об эффективности ЧКВ у пожилых больных с ОКС.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности первичной ЧКВ у больных с ОКС с подъемом сегмента ST старше 70 лет в отношении госпитальной летальности.

Материал и методы: в исследование были включены пациенты от 70 лет и старше, госпитализированные в Кузбасский кардиологический центр с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST за период с июня по декабрь 2008 г. (преимущественно консервативное ведение пациентов пожилого возраста), и за аналогичный период 2011 г. (активное применение ЧКВ у пожилых пациентов с ОКС в рамках Федеральной сосудистой программы). Диагноз ОКС с подъемом ST определялся на основании рекомендаций ВНОК (2007 г.). Данные за 2008 г. получены из Регистра пациентов с ОКС, за 2011г. – путем ретроспективного анализа историй болезни. Всего в исследование было включено 115 пожилых пациентов в 2008 г., и 116 больных в 2011 г. В 2008 году из 115 пациентов - 43,47% (n=50) составили мужчины, 56,52% (n=65) - женщины. Средний возраст больных составил $76,92 \pm 4,85$ лет. Первичное ЧКВ было проведено у 18 пациентов