

Результаты. Старческая астения – это ассоциированное с возрастом специфическое состояние, которое характеризуется такими симптомами как похудание, когда наблюдается снижение массы тела темпом не менее чем 4,5 кг/год; нарушение походки; снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности. В основе лежат нарушения в области десяти наиболее важных функциональных возможностей человека пожилого и старческого возраста: когнитивные функции; аффективные нарушения; коммуникативные навыки; мобильность; стабильность; мочеиспускание; возможность контролировать и организовывать времяпровождение; общее состояние; функциональные способности на уровне позиций опросника ADL; потребность в социальной помощи. Распространенность старческой астении в возрасте старше 65 лет в среднем достигает 6,9%. Диагностика старческой астении основана на применении комплекса шкал, позволяющих дать оценку доступности пищи и состояния статуса питания; определить состояние двигательной функции и мышечной силы; дать оценку степени когнитивного дефицита и тревожно-депрессивного синдрома, состояния самообслуживания. Рекомендуются также применение лабораторных методов с целью выявления иммунного воспаления, уровня прооксидантных процессов и нарушений метаболических параметров. Дифференциальная диагностика: хронические воспалительные инфекционные заболевания, например, туберкулез, инфекционный эндокардит; злокачественные новообразования; тяжелый тревожно-депрессивный синдром; нарушения функций щитовидной железы; болезнь Аддисона; прогрессирующая хроническая сердечная и дыхательная недостаточность и др.

Заключение. Вопрос дальнейшей разработки теории старческой астении на базе отечественных исследований является актуальным и перспективным направлением в гериатрии. Важнейшим является решение терминологического вопроса и принятие в русскоязычной литературе адекватной терминологии. Это позволит интегрировать исследования в области гериатрии в общемировой научный процесс.

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Процай Г.А.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

В связи с быстрыми темпами роста заболеваемости острыми и хроническими заболеваниями и смертности в РФ, в последние годы все больший акцент делается на профилактическую работу участкового врача-терапевта.

Цель исследования: провести анализ диспансерной работы на участке, изучить структуру группы диспансерных больных, исследовать эффективность диспансеризации, изучить дополнительную диспансеризацию работающих.

Материалы и методы. Проанализирована диспансерная работа на участке №7 поликлиники №7 г. Белгорода за 2011 г. с использованием паспорта участка №7, контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 030/у – 04), карт учета дополнительной диспансеризации (форма № 131/у – ДД).

Результаты исследования. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением – 70,8%. В группе ишемической болезни сердца преобладают лица старше 60 лет, в группе гипертонической болезни – 45-55 лет, нейроциркуляторной дистонии – 20-30 лет, язвенной болезни – 18-30 лет, хронического гастрита – 35-55 лет, хронического пиелонефрита – 20-35 лет, по остальным классам заболеваний четкой градации по возрасту не прослеживается, но в основном это люди трудоспособного возраста. Преобладающее большинство больных берутся на учет в ранних стадиях заболевания (95%). На первом месте на диспансерном учете стоят больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, на втором — с сахарным диабетом, на третьем – с онкопатологией, на четвертом – с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, дыхательной и мочевыделительной систем. В группе диспансерных больных более половины нуждающихся получили стационарное лечение, после которого отмечалась стойкая ремиссия и стабилизация общего самочувствия. У 72% пациентов в диспансерной группе наблюдается стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания). Первичный выход на инвалидность составляет 5 человек в год, что не превышает показатели по поликлинике. Смертность лиц, находящихся на диспансерном учете, не превышает таковую по поликлинике (15,6‰). Все случаи смерти на участке приходятся на длительно болеющих онкологических больных, больных с цереброваскулярной патологией, хронической сердечно-сосудистой недостаточностью с декомпенсацией сердечной деятельности. При проведении дополнительной диспансеризации пациенты III и IV групп здоровья (составляет 48% от всех обследованных) берутся на диспансерный учет на ранних стадиях заболеваний, им проводятся лечебно-оздоровительные мероприятия.

Выводы. Своевременное выявление ранних признаков заболеваний возможно только при проведении диспансеризации, то есть при периодических плановых осмотрах. Каждый член семьи, независимо от состояния здоровья, должен не реже 1 раза в год подвергаться углубленному медицинскому обследованию. Каждому диспансерному пациенту должен быть составлен план лечебно-профилактических мероприятий на год. В результате такой работы будет происходить снижение заболеваемости и инвалидности, повышение средней продолжительности жизни больного и активной работоспособности.