

но) ($p < 0,05$) за счет повышения летальности обеих полов, и достоверно значимое снижение среди некоренных жителей в 2005г. в сравнении с 2004г. (19,8 и 35,4% соответственно) ($p < 0,05$) за счет снижения летальности среди некоренных мужчин. Также отмечено, что летальность от ИМ достоверно значимо выше среди некоренных мужчин, чем у коренных в 2004г. (42,2 и 19,5% соответственно) ($p < 0,01$). В обеих половых группах достоверно значимо преобладает догоспитальная смертность и летальность в течение всех лет исследования.

Выводы:

1. Наши результаты показали, что заболеваемость ИМ в популяции г. Якутска является одной из высоких в мире. У некоренных мужчин заболеваемость ИМ регистрируется на 10 лет раньше, чем у коренных (25–34 года, против 35–44 лет). У женщин заболеваемость регистрируется с 35–44 лет независимо от национальной принадлежности. Кратный рост заболеваемости у некоренных мужчин начинается с 35–44 лет, у коренных с 45–54 лет. У некоренных женщин рост заболеваемости начинается с 45–54 лет, у коренных – в возрасте 55–64 лет.

2. Смертность была стабильна в течение всех лет исследования. Показатели смертности от ИМ среди жителей г. Якутска характеризуются как высокие. При этом они достоверно значимо выше среди некоренного населения, чем коренного, независимо от пола. Смертность возрастала от младших возрастных групп к старшим у обоего пола, но у мужчин в 3–9 раз выше, чем у женщин, независимо от национальной принадлежности

3. Наиболее высокие показатели летальности у мужчин и женщин зафиксированы в самых молодых возрастных группах. В обеих половых группах преобладает догоспитальная смертность и летальность в течение всех лет исследования.

Литература

1. Банщиков Г. Т. Регистр инфаркта миокарда и профилактика внезапной смерти с помощью лидокаина : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / Г. Т. Банщиков ; Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР. – М.: Ин-т кардиологии им. А. Л. Мясникова, 1982. – 16с.
2. Блужас Ю. Медицинская помощь лицам 25–84-летнего возраста, заболевшим острым инфарктом миокарда в Каунасе в 1996г., по данным Регистра ишемической болезни сердца / Ю. Блужас и др. // Кардиология. – 2003. – № 5. – С. 25–28.
3. Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/ОЗ/ОБ. – Копенгаген. – 2006. – С. 4.
4. Гафаров В. В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России / В. В. Гафаров, В. А. Пак, И. В. Гагулин, А. В. Гафарова. – Новосибирск, 2000. – 284с. 5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения г. Якутска в 2003г. : статистические материалы // Якутский мед. журнал. – 2005. №2(10). – С. 41–53.
6. Зурабов М. Ю. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году / М. Ю. Зурабов, М. И. Давыдов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №5. – С. 8–15.
7. Иванкова Л. В. Эволюция смертности / Л. В. Иванкова // М., 2005. – С. 29.
8. Иванов К. И. Сердечно-сосудистая патология в Якутии / К. И. Иванов // Российский кардиологический журнал. – 2006. – №1 (57). – С. 52–57.
9. Оганов Р. Г. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №8.
10. Погосова Г. В. Улучшение приверженности к лечению АГ и ИБС – ключевое условие снижения СС смертности / Г. В. Погосова, И. Е. Колтунов, А. Н. Рославцева // Кардиология. – 2007. – №3. – С. 79–83.
11. Семенова В. Г. Обратный эпидемиологический переход России / В. Г. Семенова // М.: Медицина, 2005. – 235с.
12. Стародубов В. И. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: Проблемы и перспективы / В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, А. Е. Иванова. – М.: Медицина, 2003. – С. 286–288.
13. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда / А. Л. Сыркин. – М.: МИА, 2003. – 466с.
14. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда – прошлое, настоящее и некоторые проблемы будущего / Е. И. Чазов // Сердце. – 2002. – №1. – С. 6–8.
15. Щепин В. О. Современное состояние медико-демографических процессов в стране / В. О. Щепин // Здравоохранение России XX век / под ред. Щевченко Ю. Л., Покровского В. И. – М.: Геотар – Мед., 2001. – С. 13–39.
16. Acute myocardial infarction / E. Boersma [et al.] // Lancet. – 2003. – Mar 8; 361(9360). – P. 847–58.
17. EUROCISS Working Group. Coronary and cerebrovascular population-based registers in Europe: are morbidity indicators comparable? Results from the EUROCISS Project // Eur J Public Health. – 2003. – Sep; 13(3 Suppl). – P. 55–60.
18. López-Candales A. Cardiovascular diseases: a review of the Hispanic perspective / A. López-Candales // AJ Med. – 2002. – № 33(1–4). – P. 227–45.
19. Mieres J. H. American Heart Association's guidelines for cardiovascular disease prevention in women / J. H. Mieres // Heart. – 2006. – May. – P. 92.
20. Coronary heart-attacks in East London / H. T. Pedoe [et al.] // Lancet. – 1975. Nov 1; 2(7940). – P. 833–8.

П.И. Кудрина, А.Л. Арьев

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

616.831-008.64-009.86-053.9(571.56)

На основании обследования пациентов в возрасте старше 60 лет на базе неврологического отделения Герiatricкого центра РБ №3 МЗ РС(Я) выявлена высокая распространенность депрессии малой и средней степени у лиц пожилого возраста, страдающих цереброваскулярными заболеваниями.

Ключевые слова: депрессия, пожилой и старческий возраст, ишемический инсульт, дисциркуляторная энцефалопатия.

According to inspection of patients elder 60 on the basis of Neurologic branch of the Geriatric Center RH#3 MH RS (Y) high prevalence of depression of minor and average degree in the persons of advanced age suffering from cerebrovascular diseases is revealed.

Keywords: depression, elderly and senile age, an ischemic stroke, discircular encephalopathy.

КУДРИНА Полина Ивановна – к.м.н., м.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, врач-невролог ГЦ РБ №3, pkudrina@bk.ru; **АРЬЕВ Александр Леонидович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, ariev_al@mail.ru.

Введение. Депрессивные расстройства, возникающие в старческом возрасте, представляют собой большую группу гетерогенных по клинике и этиопатогенезу состояний [2,5]. Депрессия является важным фактором, определяющим качество жизни в старческом возрасте. Кроме того, поскольку депрессия существенно снижает комплаентность, она оказывает большое влияние на клинический прогноз многих соматических заболеваний позднего возраста [4]. Важной особенностью депрессии позднего возраста является её склонность к хроническому течению, которое делает старческую депрессию особенно тягостной. По имеющимся данным, хроническое непрерывное течение депрессии в старческом возрасте сопровождается прогрессирующей нейродегенерацией, немаловажную роль в которой играют цереброваскулярные нарушения. Вместе с этим не исключено, что сама депрессия может провоцировать и усугублять имеющиеся нейрометаболические и цереброваскулярные сдвиги. На это, в частности, указывает отмечаемое при депрессии нарушение кровотока в лобных долях и уменьшение их объема, а также свидетельства гибели нейронов лимбической системы и гипоталамуса при депрессии [3].

Цель исследования – определить частоту встречаемости депрессивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ).

Материал и метод исследования. Было обследовано 206 больных с ЦВЗ, из них 69 больных с ишемическими инсультами (ИИ) в каротидных бассейнах, 137 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ). Все больные были госпитализированы в неврологическое отделение Гериатрического Центра РБ №3 МЗ РС(Я). Обследуемые больные были подразделены на 3 группы. Критерием подразделения является вариант ЦВЗ. I группу составили 69 пациентов с ИИ в каротидных бассейнах (мужчин – 32, женщин – 37), II – 67 больных с ДЭ I стадии (31 и 36), III – 70 больных с ДЭ II стадии (34 и 36 соответственно). Среди пациентов с ИИ левосторонний очаг наблюдался в 44,5, правосторонний – в 55,5% случаев. В соотношениях мужчин и женщин несколько преобладали женщины. В I группе преобладали лица в возрасте 66-70 лет (31,9%), во II – 60-65 лет (34,4%), в III группе – 71-75 лет (45,7%) (таблица). Все исследования проводились на основе информированного согласия больных и их родственников, в соответствии с международными эти-

ческими требованиями ВОЗ. Формирование возрастно-половых групп произведено на основании классификации возрастных групп, также в соответствии с требованиями ВОЗ. Выраженность депрессии оценивали по шкале депрессивных расстройств Гамильтона. Шкала включает 17 параметров; депрессивное настроение, чувство вины, суицидальные намерения, ранняя бессонница, средняя бессонница, поздняя бессонница, работоспособность, заторможенность, ажитация, тревога, расстройства желудочно-кишечного тракта, психическая тревога, общие симптомы, генитальные симптомы, ипохондрия, потеря веса, критическое отношение к болезни. Критерии степени тяжести депрессии по шкале Гамильтона: легкая-14-17, умеренная -18-25, тяжелая -25 баллов.

Статистическая обработка результатов исследования. Статистический анализ проводился на IBM-совместимом компьютере с использованием программ Microsoft Excel, Statistica, Biostat с обработкой материала по группам с помощью методов вариационной статистики, включающих вычисление средних значений, ошибок средних, стандартных отклонений. Использованы и непараметрические методы, в частности коэффициент корреляции Спирмена, тест Манна-Уитнея. При первичной статистике применялся табличный экспресс-метод Стрелкова. Для каждой выборки показателей рассчитывали числовые характеристики распределения. Оценку значимости различий между сравниваемыми выборками осуществляли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента при 95% доверительном интервале [Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., 2000].

Результаты и обсуждение. Для определения степени тяжести депрессии определяли суммарный средний балл пациентов, участвующих в исследовании. Депрессивные расстройства были различными по выраженности и «окраске». Показано, что самый высокий балл – у больных в острой стадии инсульта (пациенты I группы – 20,51). Это означает, что после ИИ депрессия часто встречается у лиц старческого и пожилого возраста, что в принципе является широко известным фактом. При анализе роли церебральных фак-

торов у пациентов с клинически выраженной депрессией выяснилось, что ее уровень был достоверно ($p<0,05$) выше при правополушарной локализации ишемического очага. Эти данные согласуются с результатами исследований, проведенных Н.И.Леспухом и свидетельствующих о том, что пожилые и престарелые пациенты с правополушарной локализацией цереброваскулярного процесса хуже восстанавливаются в остром периоде ИИ [1]. По-видимому, тесная связь именно правого полушария мозга с эмоционально-мотивационными функциями и возникновение вторичной органической депрессии именно при правополушарной локализации патологического процесса являются важнейшим фактором, определяющим степень реабилитации. Показано, что симптомы депрессии часто встречаются и у лиц, страдающих ДЭ. Среди больных II и III группы суммарный балл превышал 18 баллов (19,5 и 18,40 соответственно), что соответствует критерию умеренной депрессии. Как известно, развернутая клиническая картина депрессии характеризуется сочетанием целого ряда симптомов. Основными из них являются пониженное настроение, апатия с утратой интересов, а также снижение активности, повышенная утомляемость. Эти признаки сопровождаются пониженной самооценкой и нерешительностью, чувством вины, суицидальностью, нарушением внимания и замедлением мышления, двигательной заторможенностью или тревожным возбуждением. Кроме того, у больных депрессией часто обнаруживаются нарушения сна, аппетита, пищеварения и изменения массы тела. При этом каких-либо различий клинической картины и течения депрессии у мужчин и женщин и ее зависимости от уровня образования не обнаружено. Обращает на себя внимание, что среди пациентов с депрессивными расстройствами преобладали одинокие, в том числе овдовевшие, что у пожилых часто является одной из основных причин психогенных депрессий. Таким образом, депрессия в пожилом и старческом возрасте является распространенным, но относительно редко диагностируемым расстройством и характеризуется сложной, либо атипичной клинической картиной, имеет

Распределение больных по возрасту

Группа	60-65 лет	%	66-70 лет	%	71-75 лет	%	76-80 лет	%	>80 лет	%
I n=69	20	28,9	22	31,9	13	18,9	11	15,9	3	4,4
II n=67	23	34,4	20	29,9	12	17,9	8	11,9	4	5,9
III n=70	10	14,3	17	24,3	32	45,7	8	11,4	3	4,3

тенденцию к хроническому течению, часто сочетается с соматическими заболеваниями [1].

Выводы.

1. При применении теста Гамильтона депрессия практически с одинаковой частотой выявлялась после ИИ у больных в любом возрасте, и уровень депрессивных расстройств в целом также не имел отчетливых возрастных различий.

2. Депрессия практически с одинаковой частотой встречается и у больных, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией.

3. Проведенное исследование вы-

явило высокую распространенность депрессии легкой и средней степени у лиц пожилого и старческого возраста с ЦВЗ, при этом включение в алгоритм обследования больных с ЦВЗ шкалы Гамильтона позволило бы значительно увеличить выявление депрессий.

Литература

1. Леспух Н.И. Активная реабилитация больных пожилого и старческого возраста, перенесших острые ишемические инсульты в каротидных бассейнах: дис. канд. мед. наук: 14.00.13: защищена 20.12.2001/ Н.И. Леспух. - Екатеринбург, 2000. - 165 с.

Lespuh N.I. Active rehabilitation of patients

of the elderly and senile age with recent acute ischemic strokes in carotids: Diss. the candidate of medical sciences: 14.00.13: def. 20.12.2001/ N.I. Lespuh. - Ekaterinburg, 2000. - 165p.

2. Efundieva D.B. Actual food and major factors of risk of an ischemic heart trouble at the extreme North: thesis of a candidate for a doctor's degree : 14.00.06: it is protected 06.04.1995/ D.B. Efundieva. - Novosibirsk, 1995. - 25с.

3. Gusev E.I. Problem of cerebral thrombosis in Russia / E.I. Gusev // Stroke; the appendix to magazine of neurology and psychiatry of S.S. Korsakov. - 2003. - release 9. - S.3-5.

4. Pulpy Century With. Neurovessel geriatrics / V.S.Mjakotnyh, A.S.Starikov, V.I.Hlyzov.-Ekaterinburg: the Science, 1996. - 320с.

5. Warlow C.P. Epidemiology of Stroke. C.P. Warlow //Stroke. -1998. - Vol.352 (10). -P.1-4.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

В.М. Масликов, Г.В. Слизовский, В.Э. Гюнтер, М.В. Титов, Е.В. Кузнецов, И.И. Кужеливский

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕРИАЛОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

УДК 616.712-007.24-089.844:546.3-053.2

В статье отражены принципы хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки в Томской области. Описана оперативная тактика в зависимости от типа деформации. В работе проведен анализ оперативного лечения 26 больных. Приведены основные этапы новой методики, дополняющие «классический» вид оперативного вмешательства. Отмечено, что применение пластин из никелида титана с памятью формы при коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей и подростков является методом выбора и дает хорошие клинические результаты.

Ключевые слова: торакальная хирургия, килевидная грудь, торакопластика, никелид титана.

The article reflects principles of surgical treatment of keeled chest in the Tomsk Region. It describes an operative approach depending on the deformity kind. The work provides analysis of surgical treatment of 26 patients. There were presented main stages of new technique, which supplement the "classical" kind of surgical intervention. It was noted that using titanium nickelide plates with the shape memory to correct keeled chest in children and adolescents is the method of choice and brings good clinical results.

Keywords: thorax surgery, keeled chest, thoracoplasty, titanium nickelide.

Введение. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) представляет собой порок развития, проявляющийся выпячиванием передней грудной стенки разной формы и величины. Выступающая вперед грудина и западающие по её краям ребра придают характерную килевидную форму передней грудной стенки. Выраженный косметический дефект у подростков ведёт часто к изменениям в психике.

Данный порок развития кроме косметического дефекта сопровождается и функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем и часто сочетается с синдромом Морфана.

Врождённые деформации грудной клетки носят самый разнообразный характер. По данным большинства авторов, возникают без каких-либо видимых причин и постепенно прогрессируют с ростом ребёнка. КДГК является второй по частоте сложной костной патологией после воронкообразной (ВДГК), и по данным различных авторов, составляет от 6 до 22 % от всех видов деформаций грудной клетки [1, 2, 6].

Хирургическое лечение КДГК у детей является одной из актуальных и сложных проблем торакальной хирургии детского возраста. В настоящее время существует множество методов торакопластики килевидной КДГК у

детей. Методы торакопластики с применением наружных фиксирующих конструкций сложны. Конструкции громоздки, крайне неудобны для больного своим внешним устройством, доставляют ему массу социальных и бытовых неудобств, требуют постоянного контроля со стороны специалистов на всем протяжении лечения. Эти методы лечения не нашли широкого применения [3, 4, 7].

Среди других методов торакопластики для устранения деформации грудной производят резекцию тела грудины, вплоть до тотальной её резекции, что очень травматично, удлиняет время операции, увеличивает кровопотерю, а в дальнейшем нарушает каркасность грудино-рёберного комплекса, при этом теряется защитная функция грудины [5].

Совершенствование и широкое внедрение миниинвазивных и высокотехнологичных способов при хирургии

МАСЛИКОВ Вячеслав Михайлович – к.м.н., зав. кафедрой ГОУ ВПО «СибГМУ» Росздрава; **СЛИЗОВСКИЙ Григорий Владимирович** – к.м.н., доцент ГОУ ВПО «СибГМУ» Росздрава, sg5858@mail.ru; **ГЮНТЕР Виктор Эдуардович** – д.т.н., проф., директор НИИ медицинских материалов с памятью формы при Томском гос. ун-те; **ТИТОВ Михаил Владиславович** – зав. отделением ДБ№4 МЛГМУ, г. Томск; **КУЗНЕЦОВ Евгений Валентинович** – зав. отделением ДБ№4, г. Томск; **КУЖЕЛИВСКИЙ Иван Иванович** – к.м.н., ассистент, ДБ№4.