

2.1. Организовать отделение патологии речи и нейрореабилитации в составе одного из лечебно-профилактических учреждений, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы» №534 от 22.08.2005 г.

2.2. Определить базу для организации данного отделения с соответствующим оборудованием, кадровым обеспечением и финансовыми ресурсами, согласно Приложению №4 Приказа МЗ и социального развития РФ №534 от 22.08.2005

Срок: IV квартал 2008г.

2.3. Инициировать включение в инвестиционную программу РС(Я) на 2012-2013 годы строительство Центра восстановительного лечения и реабилитации на 300 коек.

3. Республиканской больнице №2-ЦЭМП (Андреев Б.В.) организовать палату ранней реабилитации, укомплектованную оборудованием и штатом в соответствии с Приложением №5 Приказа МЗ и социального развития РФ №534 от 22.08.2005.

Срок: IV квартал 2008г.

4. Главным врачам ЦРБ, председателю Комитета здравоохранения г.Якутска, начальникам управления здравоохранения г.Мирного и г.Нерюнгри организовать кабинеты восстановительного лечения с выделением дополнительных штатных единиц и табельного оборудования в амбулаторно-поликлинических условиях.

Срок: I квартал 2009г.

5. Главному врачу Республиканского центра лечебной физкультуры и спортивной медицины (Шарин Д.И.) разработать план мероприятий по нейроре-

абилитации больных с последствиями черепно-мозговых травм.

Срок: IV квартал 2008г.

6. Медицинскому институту Якутского государственного университета (Петрова П.Г.) рекомендовать ввести в программу последипломного обучения врачей курс реабилитации и восстановительного лечения.

7. Контроль исполнения настоящего решения возложить на I заместителя министра здравоохранения РС(Я) Г.А.Егорову.

Принятые на коллегии МЗ РС(Я) решения при их неукоснительном исполнении должны не только улучшить реабилитационную помощь больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, но и значительно снизить смертность и инвалидизацию от этих заболеваний.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

А.М. Пальшина, М.И. Томский, Г.А. Пальшин, И.Ф. Баннаев, С.Г. Пальшина

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСТЕОПОРОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

«Совершенно мудрый лечит недуг, пока еще он не проявился, и приводит свой организм в порядок до того, как он приходит в расстройство. Если же принимать лекарства, когда болезнь уже проявилась, и наводить порядок, когда здоровье расшатано, это все равно, что начинать рыть колодец, почувствовав жажду».

*Внутренний канон Желтого
Владыки. I век до н.э.*

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), остеопороз (ОП) и хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) наряду с онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом по распространенности, заболеваемости и смертности входят в

ПАЛЬШИНА Аида Михайловна – к.м.н. доцент МИ ЯГУ; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор ЯНЦ СО РАМН; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **БАННАЕВ Имраддин Фаррух оглы** – врач терапевт РБ №2-ЦЭМП, аспирант МИ ЯГУ; **ПАЛЬШИНА Светлана Геннадьевна** – клинический ординатор.

число первых 5 заболеваний во всех странах мира.

Среди ССЗ по распространенности и количеству осложнений ведущее место занимает артериальная гипертензия (АГ). Распространенность АГ среди взрослого населения колеблется от 25 до 55%. Повышенное артериальное давление среди лиц старше 60 лет обнаруживается более чем в 50%, а среди лиц старше 70 лет – в 66% случаев [8]. По результатам проведенного в 2002 г. анализа стоимости стационарного лечения АГ в России прямые и не прямые затраты составили 7,5 и 4,7 млрд. руб. в год, а затра-

ты на лечение осложнений АГ – 35,1 и 8,9 млрд. руб. соответственно. Таким образом, стоимость лечения АГ и ее осложнений (острый инфаркт миокарда, стенокардия, инсульт и др.) составила 1,3% от внутреннего валового продукта Российской Федерации [3].

ВОЗ ставит проблему остеопороза по его медицинской и социально экономической значимости на 4-е место. По прогнозам ВОЗ, число больных с остеопорозом будет возрастать с каждым десятилетием и число патологических переломов через 50 лет увеличится с 1,7 до 6,3 млн. [7]. В настоящее время остеопороз при-

обретает все большее значение не только в экономически развитых, но и в развивающихся странах, в связи с увеличением продолжительности жизни населения [12]. Переломы, возникающие на фоне ОП, становятся социально-экономической проблемой. По данным Национального фонда остеопороза США, в 1995 г. расходы на медицинское обслуживание больных с переломами, обусловленными ОП, составили 13,8 млрд. дол. Из них 8,7 млрд. дол. были потрачены на лечение переломов шейки бедренной кости [13]. Ожидаемые к 2025 и 2050 г. затраты в мире на лечение переломов шейки бедренной кости составят 82,7 и 131,5 млрд. дол. соответственно [10]. В России больные с переломами шейки бедренной кости занимают 20% ортопедических коек. Около 20% больных с переломами шейки бедренной кости умирают в течение 6 мес. после перелома, а из оставшихся 50% становятся инвалидами [4]. Только у 15% больных уровень здоровья после восстановления соответствует уровню, имеющемуся до получения травмы.

Среди хронических заболеваний легочной системы самым распространенным и имеющим тенденцию к росту является ХОБЛ, которая занимает 5-е место среди основных причин смерти в мире и, по прогнозам специалистов, в ближайшие 10-15 лет выйдет на 3-е место [5]. Также стало известно, что значительная обструкция дыхательных путей при ХОБЛ способствует усилению резорбции кости, приводит к развитию остеопороза. Больные, страдающие ХОБЛ, по данным исследований, в 60% случаев имеют остеопороз.

По современным представлениям, развитию АГ, ОП, атеросклероза способствуют дефицит кальция и витамина D [2,6,15]. Эти патологии предложено определять как кальцийдефицитные [11]. При данных состояниях ослабление активности трансмембранных кальциевых каналов способствует понижению содержания ионизированного кальция во внеклеточной среде и повышению во внутриклеточной среде. Такой дисбаланс приводит к кальцификации сосудов, клапанов сердца, нарушению костного метаболизма [1,9].

Ограниченность ресурсов здравоохранения определяет необходимость проведения профилактических и терапевтических вмешательств, обеспечивающих максимально выгодные результаты при минимальном использовании материальных ресурсов здравоохранения. Поэтому профилактика

и лечение распространенных заболеваний, таких как АГ, ХОБЛ и ОП, становятся важной социально-экономической проблемой.

АГ, ХОБЛ и ОП относятся к заболеваниям разных систем. Лечение и профилактикой этих заболеваний занимаются врачи разных специальностей (кардиологи, терапевты, семейные врачи, ортопеды-травматологи). Однако при рассмотрении факторов риска можно заметить, что эти заболевания имеют ряд общих корригируемых факторов риска, таких как курение, сниженная физическая активность, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, которые являются основными составляющими здорового образа жизни.

Лечение АГ, ХОБЛ, ОП сводится к снижению скорости развития дегенеративных процессов (при лечении ОП также и к увеличению минеральной плотности костной ткани) и профилактике жизненно опасных осложнений. Так как лечение этих хронических заболеваний требует значительных материальных ресурсов, проведение профилактических мероприятий становится социально значимой проблемой.

Успешное лечение больного зависит как от квалификации врача, так и от приверженности больного к лечению, и профилактике осложнений. Низкая приверженность к профилактике и лечению увеличивает заболеваемость, повышает риск развития осложнений, приводящих к инвалидности и смерти больных. В последние годы исследователи рассматривают приверженность как независимый фактор риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Приверженность к профилактике и лечению ОП и ХОБЛ также можно рассмотреть как независимый фактор развития осложнений, так как без изменения образа жизни, отказа от вредных привычек и регулярного приема лекарственных средств эффективное лечение и профилактика осложнений ОП и ХОБЛ невозможны.

Цель исследования. Изучение осведомленности пациентов травматологического отделения РБ №2-ЦЭМП об осложнениях артериальной гипертензии, остеопороза и хронической обструктивной болезни лёгких; изучение степени приверженности больных к профилактике и лечению заболеваний; определение ведущих причин, влияющих на степень приверженности пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 171

больной в возрасте старше 40 лет, находящийся на стационарном лечении в травматологическом отделении РБ №2. Больные заполняли опросник, отвечая на вопросы, касающиеся: осведомленности об осложнениях АГ, ОП, ХОБЛ, наследственности, соблюдения профилактических мер, регулярности приема ранее назначенных препаратов в амбулаторных условиях, занятий спортом или регулярными физическими упражнениями, вредных привычек, сбалансированного питания, причин невыполнения советов и назначений врачей, регулярного приема лекарственных средств и изменения образа жизни. В зависимости от возраста и пола больных разделили на 4 группы:

I – мужчины в возрасте 40-59 лет (средний возраст 48,4±5,7 лет) – 60 чел.,

II – женщины в возрасте 40-59 лет (средний возраст 54,3,4±3,7 лет) – 43,

III – мужчины в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 69,8±7,3 лет) – 18,

IV – женщины в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 73,5±6,2 лет) – 50 чел.

Степень приверженности (комплаентности) определяли по опроснику Мориски – Грина, состоящему из 4 вопросов [14]:

1) забывали ли Вы когда-либо принять препараты?

2) не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

3) не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

4) если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Согласно данному тесту, приверженными к лечению (комплаентными) считали больных, набравших 4 балла.

При определении степени приверженности также использовали отношение количества дней с корректным приемом лекарственных препаратов к количеству дней назначенного курса лечения. Недостаточно приверженными к лечению считали больных при показателях ниже 80% от должного.

Результаты и обсуждение. Осведомленность об осложнениях АГ, ОП и ХОБЛ среди обследованных больных составила: в I группе – 14 чел. (23,3%), во II – 29 (67%), в III – 11 (61,1%), в IV – 25 (50%) чел. Больные лучше осведомлены об осложнениях АГ, так как в жизни сталкивались (в семье, у знакомых) со случаями инсульта на фоне АГ. Осведомленность среди больных обоих полов в возрасте до 60 лет достоверно ниже, чем у больных старше

60 лет. Такая разница объясняется большей частотой заболеваемости среди лиц старше 60 лет, что способствует повышению интереса больных к получению информации о болезни и ее последствиях.

На вопросы о целесообразности проведения первичной и вторичной профилактики заболеваний положительно ответили: в I группе – 4 чел.(6,7%), во II – 11(25,6%), в III – 5(27,8%), в IV – 9(18%) чел. Частичное и нерегулярное выполнение профилактических мероприятий отметили: в I группе – 2 чел.(3,3%), во II – 14(32,5%), в III – 1(5,6%), в IV – 13(26%) чел. Низкую приверженность к профилактике заболеваний можно объяснить отсутствием мотивации, особенно среди лиц в возрасте до 60 лет. На вопрос о причине непроведения профилактических мероприятий в 74% случаев больные ответили - «нет необходимости», что объясняется отсутствием и/или невыраженностью клинической симптоматики при начальных стадиях АГ, ОП и ХОБЛ. Снижение работоспособности из-за болей в позвоночнике (ОП) и одышки при физической нагрузке (ХОБЛ, сердечная недостаточность) больные объясняли наличием «остеохондроза» и «возрастными изменениями». Женщины до 60 лет чаще (32,5%) отмечали нерегулярный прием препаратов кальция с целью профилактики постменопаузального остеопороза.

Регулярно физической культурой занимались: в I группе – 13 чел.(21,7%), во II – 10(23,3%), в III – 2(11%), в IV – 3(6%) чел. Нерегулярное занятие физическими упражнениями отметили: в I группе – 11 чел.(18,3%); во II – 19(44,2%), в III – 4(22,2%), в IV – 8(6%) чел. Количество занимающихся регулярными физическими упражнениями или спортом среди больных до 60 лет выше как у мужчин, так и у женщин. На вопросы, касающиеся необходимости регулярного занятия спортом, положительно отвечали работающие пациенты со среднеспециальным или высшим образованием, что объясняется нарастанием заинтересованности к укреплению своего здоровья с целью сохранения хорошо оплачиваемого рабочего места.

Так как на развитие ОП важную роль играет недостаточный прием кальция с пищей, в опросник были включены вопросы, касающиеся регулярного приема молочных продуктов как основного источника кальция. Регулярный прием молочных продуктов отметили: в I группе – 5 чел.(8,3%), во II – 16(37,2%), в III – 3(16,7%), в IV

– 17(34%) чел. Молочные продукты нерегулярно принимали: в I группе – 5 чел.(8,3%), во II – 17(39,5%), в III – 8(44,4%), в IV – 25(50%) чел. Женщины обеих возрастных групп чаще употребляют молочные продукты.

Курение является основным фактором риска ХОБЛ и корригируемым фактором риска развития АГ, ОП. При опросе курение преобладало среди мужчин в обеих возрастных группах: I группа – 41 чел.(68,3%), III – 6(33,3%); Среди женщин до 60 лет количество курящих – 16 чел.(37,2%), что в 3 раза больше, чем в IV группе – 6(12%). После госпитализации перестали курить 2 (3,3%) мужчин в возрасте до 60 и 2 (4%) женщины старше 60 лет.

Злоупотребление спиртными напитками признали: 1(2,3%) женщина в возрасте до 60 и 2(4%) – старше 60 лет. Умеренный прием алкогольных напитков отметили: в I группе – 48 чел.(80%), во II – 21(48,8%), в III – 13(72%), в IV – 13(26%) чел.

При исследовании степени приверженности по опроснику Мориски – Грина были получены следующие результаты: в I группе 10 чел.(16,7%), во II – 13(30,2%), в III – 6(33,3%), в IV – 16(32%) чел. были привержены к лечению заболевания и к профилактике осложнений.

Основные причины низкой приверженности в возрасте 40-59 лет были: удовлетворительное самочувствие (74%), побочные эффекты лекарственных препаратов (10%), неуверенность в выздоровлении (8%), забывчивость (8%).

В возрасте 60 лет и старше низкая приверженность была связана с удовлетворительным самочувствием (37,5%), забывчивостью (32,5%), побочными эффектами лекарственных препаратов (12,5%), высокой стоимостью лекарственных препаратов (12,5%), с неуверенностью в результатах лечения (5%).

Выводы. Во всех возрастных группах осведомленность и приверженность к лечению, профилактике артериальной гипертензии, остеопороза и ХОБЛ у женщин выше, чем у мужчин.

Больные в возрасте до 60 лет менее привержены к профилактике и лечению заболеваний, основными причинами чего являются неосведомленность и отсутствие мотивации.

У больных старше 60 лет основными причинами плохой приверженности являются удовлетворительное самочувствие, забывчивость, побочные эффекты лекарственных препаратов и высокая стоимость.

Более высокая осведомленность и приверженность к лечению наблюда-

ется у лиц со среднеспециальным и высшим образованием.

Литература

1. Глезер М.Г. Пожилой возраст: сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Липидснижающая терапия у лиц пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом / М.Г. Глезер // Клиническая геронтология. – 2000. – №11 – С. 43-64.
2. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов / Е. Л. Насонов [и др.] // Кардиология. – 1999. – №3 – С. 66-73.
3. Клинико-эпидемиологические аспекты профилактики нарушения мозгового кровообращения: по данным исследования ELSA / Белоусов Ю.Б // Качественная клиническая практика. – 2002. – №3 – С. 76-88.
4. Копировский К.М. Восстановительные меры при переломе бедренной кости в старческом возрасте / К.М. Копировский // Клиническая геронтология. – 2007. – №2 – С. 59-62.
5. Кочеткова Е.А. Функциональное состояние костной ткани у курящих некурящих больных хронической обструктивной болезнью легких / Е.А. Кочеткова, М.В. Волкова // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, №3. – С. 14-18.
6. Маличенко С.Б. Роль кальция и витамина D в развитии патологии сердечно-сосудистой системы у пожилых / С.Б. Маличенко // Лечащий врач. – 2002. – №5-6. – С. 66-73.
7. Остеопороз: эпидемиология, диагностика. Кальцитонин в лечении остеопороза: методические рекомендации для врачей / Л.И. Беневоленская [и др.]. – М, 1997. – 32с.
8. Преображенский Д.В. Артериальная гипертензия у пожилых: особенности патогенеза и лечения / Д.В. Преображенский // Клиническая геронтология. – 2006. – №10. – С. 3-13.
9. Bonemineral density and atherosclerosis: the study of osteoporotic fractures / M.T. Vogt [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 1997. – 45. – P.140-145
10. Cooper C. Hip fracture in the elderly: world wide projections / C. Cooper, C. Campion, L.J. Melton // Osteoporos. Int. – 1992. – 2. – P. 285–289.
11. Demer L.L. Role of inflammation in atherosclerotic calcification, metaplasia and osteoporosis / L.L. Demer, I.V. Tintut, M. Abedin. 19-th Int., Symp/ Atheroscler. Int. Congr. Ser. – 2004. – 1262. – P. 570-573.
12. Genant H.K. Interim report and recommendations of the World Health Organization task-force for osteoporosis / H.K. Genant [et al.] // Osteoporos. Int. – 1999; 10: 259-264.
13. Medical expenditures for the treatment of osteoporotic fractures in the United States in 1995: report from the National Osteoporosis Foundation / N.F. Ray [et al.] // J. Bone Miner. Res. – 1997. – 12. – P.24-35.
14. Morisky DE. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Med Care. 1986. – 24. P. 67–73.
15. Watts N. Bisphosphonates. Statins. Osteoporosis and atherosclerosis / N. Watts // Southern Med.J. – 2002. – 86. – P.147-150.