

УДК 616.1: 613.98

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**Лысова Е.А., Литвинов А.Е.***Госпиталь для ветеранов войн, Белгород, e-mail: toxa_1984@pochta.ru*

В статье представлена сравнительная характеристика госпитализированной заболеваемости цереброваскулярной патологией в условиях стационара гериатрической направленности и многопрофильной больницы. Рассмотрены особенности структурной и функциональной организации специализированного гериатрического стационара, изучены основные принципы оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста с учетом возрастных особенностей патогенеза хронической цереброваскулярной патологии и психоэмоционального статуса пациентов. Даны рекомендации по оптимизации оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам старше 60 лет.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, заболеваемость, пожилые больные, гериатрический стационар

TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR DISEASES IN A GERIATRIC HOSPITAL**Lyssova E.A., Litvinov A.E.***Belgorod veterans hospital, Belgorod, e-mail: toxa_1984@pochta.ru*

The article deals with the activity peculiarities of specialized geriatric hospital. The comparative characteristic of cerebrovascular morbidity in a geriatric hospital and a municipal multifield hospital. We reviewed the features of specialized geriatric hospital organization and structure, studied the key principles of delivery of health care to elderly patients taking in account the age-related peculiarities of chronic cerebrovascular diseases pathogenesis and emotional state. The recommendations on optimization of delivery of health care to aged patients are given.

Keywords: cerebrovascular diseases, morbidity, elderly patients, geriatric hospital

В последние годы все большее внимание уделяется развитию различных областей науки и практики, так или иначе связанных с проблемами пожилых и старых людей [3]. В связи с увеличением численности лиц пожилого и старческого возраста потребность в стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи этой возрастной группе населения закономерно растет [1, 5]. Среди заболеваний, ассоциированных с возрастом, ведущее место занимает атеросклероз, который неизменно приводит к недостаточности мозгового кровообращения. В настоящее время лица старших возрастных групп получают медицинскую помощь преимущественно в многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях системы городского здравоохранения [2].

Цель настоящего исследования: рассмотреть структуру заболеваемости хронической цереброваскулярной недостаточностью по неврологическим отделениям многопрофильной муниципальной больницы и стационара преимущественно гериатрической направленности на примере госпиталя для ветеранов войн.

Материалы и методы исследования

Мы провели сравнительный анализ госпитализированной заболеваемости цереброваскулярной патологией на примере неврологического отделения муниципальной городской клинической больницы №1 г. Белгорода и неврологического отделения Белго-

родского областного госпиталя для ветеранов войн за 2007–2010 годы. Изучались следующие показатели и параметры: структурная организация, кадровая оснащенность, структура заболеваемости.

Результаты исследования и их обсуждение

Белгородский областной госпиталь для ветеранов войн создан 23 сентября 1996 года с задачей медицинского, реабилитационного и лекарственного обеспечения ветеранов войн, блокадников Ленинграда, бывших узников концлагерей и гетто, репрессированных, участников локальных войн, проживающих на территории Белгородской области. Контингент госпиталя составляют ветераны и лица, приравненные к ним, проживающие в Белгороде и Белгородской области. В настоящее время в области функционирует Центр медико-психологической реабилитации, который включает областной госпиталь для ветеранов войн – головная организация, областной реабилитационный госпиталь для ветеранов войн, областную поликлинику восстановительного лечения, областной психоневрологический диспансер. В учреждениях осуществляется комплексная медико-социальная поддержка участникам боевых действий, основную долю которых составляют лица пожилого и старческого возраста.

Во всех структурных подразделениях госпиталя работают 34 врача; 75 средних медицинских работников. ОГУЗ «Госпи-

таль для ветеранов войн» является объединенным лечебно-профилактическим учреждением и включает в себя поликлинику, до 150 посещений в смену, стационар, аптеку. В структуру стационара входит терапевтическое и неврологическое отделение на 60 коек и 40 коек соответственно.

Муниципальная городская клиническая больница № 1 была основана 26 мая 1909 года, когда в Белгороде открылась уездная больница на 80 коек. В настоящее время МГКБ № 1 представляет собой лечебно-профилактическое учреждение, в состав которого в настоящее время входит стационар на 850 коек, где ежегодно лечатся от 22 до 23 тысяч больных. В больнице функционируют 15 специализированных отделений, из них два неврологических по 60 коек, 6 вспомогательных служб, имеется лицензия на право оказания медицинской помощи по 26 видам деятельности, из них: 12 – это специализированная медицинская помощь.

В период с 2007 по 2010 год в неврологических отделениях муниципальной городской клинической больницы Белгорода было пролечено около 9000 больных. Цереброваскулярная патология составила 62,8% от общего числа нозологий. Следует отметить, что на хроническую ишемию мозга приходится 44,7% от общего числа всех сосудистых заболеваний головного мозга. В структуре хронической цереброваскулярной патологии преобладает дисциркуляторная энцефалопатия атеросклеротического, гипертензивного и смешанного генеза, доля которой составляет приблизительно 94%, последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения составляют 6%.

При анализе заболеваемости в условиях госпиталя для ветеранов войн выявлено, что доля цереброваскулярной патологии составляет 64% от общего числа нозологических единиц. При этом обращает на себя внимание значительное преобладание хронической ишемии мозга – почти 85%. Следует также отметить, что за последние три года заболеваемость хроническими формами цереброваскулярной недостаточности в гериатрическом центре выросла приблизительно на 10%.

Выявленные тенденции находят свое отражение в структурно-функциональной организации госпиталя.

Сложившаяся в современном здравоохранении и в неврологии в частности тенденция к бригадному принципу деятельности медицинского персонала имеет место и в рассматриваемом гериатрическом стационаре [6]. Он заключается в том, что все специалисты, участвующие в оказании

медицинской помощи больному, объединяются в бригаду. В неврологическом отделении ведущим в бригаде является невролог, а остальные дополняют его назначения с учетом своей специализации. Принимая во внимание полиморбидный фон пациентов пожилого и старческого возраста, подобная методика работы достаточно удобна. Уровень заболеваемости в пожилом возрасте в 2–3 раза, а в старческом в 6 раз выше, чем среди трудоспособного населения. Так, в лечебном процессе совместно с неврологом принимают участие терапевт, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт. Консультативную помощь оказывают специалисты амбулаторно-поликлинического звена: гастроэнтеролог, офтальмолог, оториноларинголог, уролог, хирург, имеет место стоматологическая служба.

В структурной организации отделений рассматриваемого гериатрического стационара учтены как трудности повседневного бытового функционирования возрастных пациентов, так и их психологические особенности. Палаты госпиталя рассчитаны на одного, двух, максимум четырех человек и оснащены индивидуальным санузелом. Для тяжелых больных оборудованы палаты интенсивной терапии.

Госпиталь имеет диагностические службы, которые позволяют осуществить весь комплекс клинико-биологических исследований, проводить рентгенологические исследования, эндоскопическую, ультразвуковую диагностику, исследование функции внешнего дыхания, функции периферических сосудов и сосудов головного мозга, комплекс электрофизиологических исследований. Данные подразделения обслуживают амбулаторных и стационарных больных.

Медикаментозное лечение пациентов стационара проводится с учетом ряда особенностей. У лиц пожилого и старческого возраста более вероятно развитие побочных явлений препарата, что связано как с патологическими процессами в организме, так и с особенностями фармакодинамики. В этой связи терапия начинается с дозировок меньших, чем рекомендовано для лиц зрелого возраста. В стареющем организме детоксикационные системы ослаблены, вследствие чего даже небольшая интоксикация представляет опасность для пациента. В лечении пожилых и старых пациентов следует избегать полипрагмазии. Предпочтительнее использование малых доз нескольких препаратов со сходным эффектом, но различными механизмами действия. А также средств с плейотропным эффектом. Терапия осуществляется с учетом когнитивных способностей пациента, пред-

почтительны наиболее простые способы приема лекарственных средств. Дозировки препаратов подбираются строго индивидуально, начиная с минимальных. Это позволяет установить толерантность к препарату, избежать побочных реакций при достижении терапевтического эффекта. Следует особо отметить, что, хотя поддерживающие дозы большинства препаратов, как правило, ниже рекомендованных для зрелого возраста, при необходимости назначения антибактериальных препаратов не следует отступать от рекомендованных дозировок.

Необходимо учитывать, что у лиц пожилого и старческого возраста зачастую имеется водно-солевой дисбаланс вследствие недостаточного употребления жидкости, что способствует развитию лекарственной интоксикации.

В случае длительного применения препаратов, вызывающих привыкание (седативные, снотворные, обезболивающие средства), необходимо чередование препаратов.

Целесообразно применение средств геропрофилактики, направленных на поддержание метаболических процессов и функций. Примером может служить витаминотерапия, которая, помимо прочего, снижает риск развития лекарственной интоксикации и побочных эффектов.

Лечение больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью включает, прежде всего, адекватный режим дня, диетотерапию, коррекцию артериального давления и липидного профиля, ноотропные средства.

Помимо медикаментозного лечения, самым широко востребованным нелекарственным методом воздействия в неврологической практике является физиотерапия. Эффективности различных физиотерапевтических методик в лечении тех или иных нозологических единиц посвящено множество работ. По данным литературы и клинических наблюдений, отмечено, что применение физиотерапии позволяет не только достичь терапевтического эффекта, но и снизить дозу и объем применяемых медикаментов, уменьшить их возможное токсическое влияние, сократить сроки лечения.

Гериатрический стационар имеет развитую физиотерапевтическую службу, включающую ингаляций, электролечение, светолечение, теплотечение, массаж, функционирует зал ЛФК, водолечебница, где проводятся различные методики гидротерапии. По данным клинических наблюдений, благоприятное воздействие на психоэмоциональное состояние пациента оказывает солнечный свет, что улучшает когнитивные функции, способствует нормализации колебаний су-

точных ритмов у людей с цереброваскулярной патологией. Активно применяются различные методики гидротерапии. Эффект от физиотерапевтических процедур пациенты отмечают уже после 4–5 процедур.

Успокаивающее, болеутоляющее, а также тонизирующее, противовоспалительное действие особенно актуально при заболеваниях нервной системы и опорно-двигательного аппарата, часто встречающихся у лиц пожилого и старческого возраста. [4]. Индивидуальный подход, детальное изучение соматического и неврологического статуса пациента, данных лабораторных и инструментальных методов исследований для оценки риска физических методов воздействия позволяет избежать осложнений терапии.

Здание госпиталя расположено в садово-парковой зоне, территория стационара имеет достаточное озеленение и удобные зоны отдыха, что делает регулярные прогулки пациентов комфортными. Сохранение физической активности для лиц пожилого и старческого возраста даже во время пребывания в стационаре представляется немаловажным, так как позволяет нивелировать негативные переживания от непривычных условий общежития.

Анализируя работу госпиталя, следует особо отметить, что лечебный процесс не стеснен жесткими рамками медико-экономических стандартов с обязательным соблюдением сроков госпитализации. На практике средний срок пребывания в стационаре составляет около трех недель, что позволяет не только подобрать комплексную терапию с учетом полиморбидного фона и возрастных особенностей фармакодинамики, но и активно применять различные программы реабилитации. Благодаря этому пожилые пациенты успевают адаптироваться к условиям стационара, что немаловажно для нашего контингента больных. Пациенты находят среди «себе подобных», что нивелирует ощущение «ущербности», «ненужности» [5]. Имея сходные проблемы, больные находят собеседников по интересам.

В постстационарном периоде пациенты находятся под динамическим наблюдением специалистов амбулаторно-поликлинической службы, и при отсутствии противопоказаний в программу реабилитации включается санаторно-курортное лечение.

Выводы

1. Анализ структуры госпитализированной заболеваемости выявил значительное преобладание хронических форм цереброваскулярной недостаточности в гериатрическом стационаре по сравнению с городской многопрофильной больницей.

2. Структурная и функциональная организация гериатрического стационара учитывает особенности не только физического, но и психоэмоционального функционирования пациентов пожилого и старческого возраста.

3. При лечении лиц старше 60 лет с цереброваскулярной недостаточностью следует особо учитывать характерные для этой группы пациентов патогенетические и клинические особенности, в связи с чем проводить его предпочтительнее в условиях специализированного гериатрического центра.

4. Учитывая значительные когнитивные нарушения и снижение способности к психологической адаптации у лиц пожилого и старческого возраста, следует рекомендовать пересмотр медико-экономических стандартов, применяемых при лечении данного контингента в пользу увеличения сроков госпитализации, поскольку подбор комплексного лечения с учетом полиморбидности требует продолжительного наблюдения за больным в условиях стационара.

Список литературы

1. Арьев А.Л. Сборник материалов конференции. Серия «Symposium». – Вып. 24. – СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. – С. 108–112.
2. Белоконь О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Успехи геронтологии. – СПб.: Эскулап, 2005. – Вып. 17. – С. 87–101.
3. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Опыт организации Интернет-ресурса профессиональных геронтологов и современные тенденции геронтологической науки и практики // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. – № 22 (93). – Вып. 12/1. – С. 5–9.
4. Киспаева Т.Т. К вопросу о когнитивной реабилитации пациентов, перенесших острый церебральный инсульт // Лечащий врач. – 2010. – № 9. – С. 45–46.
5. Салеев В.Б. Необоснованная обращаемость пожилых пациентов за скорой медицинской помощью и ее экономические затраты // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, №5. – С. 56–61.
6. Barbara Bates, MD; John Y. Choi, et al. Veterans Affairs/ Department of Defense Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care – Stroke. – 2005. – №36. – P. 2049-2056.
7. <http://www.medline.ru/public/art/tom4/art74.phtml>. 15.03.11.

Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород;

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Полоцкого государственного университета, г. Новополоцк.

Работа поступила в редакцию 12.04.2011.