

раст от 38 до 82 лет) сахарным диабетом II типа, старше 70 лет составило 30% (122 больных).

У большинства имелась средняя степень тяжести-298(73%), 110(37%)- тяжелое течение диабета. Длительность течения диабета составляла от впервые выявленного до 20 лет. В среднем длительность лечения данных больных доходила до 3-4 недель. В связи с невозможностью оказать полноценную помощь всем больным, решено использовать в практической работе все возможное в условиях стационара для улучшения качества лечения, что позволило нам снизить койко-день до 10-12 дней, при этом шире использовалось активное консультативно-амбулаторное наблюдение за выписанными больными 2 раза в неделю. Все больные поступили в хирургический стационар с выраженными клиническими признаками заболевания и гипергликемией от 7 ммоль/л до 20,5 ммоль/л. Сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, перенесенные инфаркт миокарда, ОНМК, ожирение) имелись у 359 (88%). Ампутаций, экзартикуляций пальцев произведено 109 больным (27%), в том числе на уровне стопы по Шопару 8(2%), Лисфранку 6(1,5%).

Вскрытие флегмон, некрэктомий 193 больным (47%). За 5 лет было сделано 48 (11%) ампутаций на уровне c/3 бедра, но здесь нужно отметить позднюю обращаемость больных, все операции производились по жизненным по-

казаниям, нагноение культи отмечалось в 6 случаях (9%), реампутаций не было. Койко- день в среднем составил 10-12. Умерло после операции 3 (6%) все досуточно. Лечение СДС нами проводилось с учетом преобладающего вида поражения сосудов по следующим основным направлениям: компенсация сахарного диабета, коррекция реологических и микроциркуляторных нарушений, антибактериальная терапия, детоксикация, хирургическая обработка гнойно-некротического очага, ортопедическая разгрузка конечности.

Выводы:

1. Необходимы отделения СДС для оказания квалифицированной медицинской помощи данной категории больных.

2.Необходимы кабинеты диабетической стопы в поликлиниках для амбулаторного, динамического наблюдения данной категории больных.

3. Комплексное лечение СДС позволило в 1,7 раза уменьшить количество высоких ампутаций нижних конечностей, уменьшить койк-день до 12. Снизить летальность оперированных больных до 6%.

4.Необходимо организация курсов, семинаров, конференций на базе отделений, имеющих опыт в лечении больных данной категории, с привлечением организаторов здравоохранения, практических хирургов.

Перспективные направления реабилитации лиц, пожилого и старшего возраста

*Шакиров М.М., Абдрахманова А.К., Куспангалиева Ш.Н., Тугельбаев М.Н., Назаров А.Г.
РГКП «Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ», г. Алматы*

В течение длительного времени Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны наряду с медицинской помощью ветеранам организует и осуществляет клиническую и медико-социальную реабилитацию лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения, являясь организационно - методическим центром по оказанию амбулаторной и стационарной помощи этой категории больных.

К настоящему времени возраст лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения увеличился и во многих случаях приближается к старшему. Учитывая эти обстоятельства, а также практическое отсутствие в республике геронтологической службы, на ближайшую перспективу актуальной становится проблема разработки научно обоснованной программы сохранения здоровья и реабилитации наших пациентов пожилого возраста, в сложившихся условиях, на основе современных мировых достижений в этой области. Таким образом будет восполнен недостаточный объем гериатрических и геронтологических исследований и намечены дальнейшие направления в этой важной работе.

Актуальные аспекты геронтологии

*Енсепова С.Б., Аширбекова К.Ж., Кусаинова А.К., Нурмагамбетова С.Ш.
РКГИОВ г. Алматы*

В наше время весьма актуальным становится вопрос совершенствования амбулаторной и стационарной гериатрической помощи.

В наши дни в крупных городах значительно увеличилась продолжительность жизни пожилых людей, которые при этом страдают многими хроническими заболеваниями и нуждаются в постоянном наблюдении и медикаментозном лечении. Многие медработники недостаточно знакомы с особенностями стареющего организма и особенностями медикаментозного лечения пациентов старческого

Наличие широкого спектра хронических заболеваний требует проведения адекватных диагностических, лечебных и восстановительных медицинских мероприятий, направленных на преодоление имеющихся функциональных и органических расстройств и максимальную интеграцию в социальные отношения.

Предложен алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий, основой которого является применение комплекса мер направленных на проведение оздоровления, биостимуляции, а также коррекции атеросклеротических процессов как причины развития ангиоэнцефалопатии и ишемической болезни сердца. При его разработке были учтены основные патогенетические звенья этих процессов и возможности реального применения в клинической практике. Предлагаемая методика представляет собой комплекс мероприятий с использованием диспансерного наблюдения, детоксикации, десенсибилизации, медикаментозных препаратов растительного происхождения, физиотерапии, ЛФК и психотерапии. Предварительные оценки свидетельствуют об эффективности предлагаемой методики.

возраста

Таким образом, при анализе аспектов лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов была установлена взаимосвязь между артериальной гипертонией, заболеваниями сердца и нарушениями мозгового кровообращения у пожилых людей. В данном случае оценка этих нарушений должна носить комплексный характер. Артериальная гипертензия может являться важным фактором риска развития нарушений и со стороны сердечно-сосудистой системы, и центральной нервной

системы.

Механизмы повышения АД в пожилом и старческом возрасте имеют некоторые отличительные особенности. Среди них выделяют гемодинамические и сосудистые факторы - снижение эластичности аорты и крупных сосудов, повышение общего периферического сопротивления, снижение реактивности барорецепторов, развитие нефроангиосклероза и снижение почечного кровотока. Присутствуют и специфические нейрогуморальные факторы - снижение функции бета-адренорецепторов при нормальной функции альфа-адренорецепторов, снижение ренина в плазме крови.

Необходимость лечения артериальной гипертензии в пожилом возрасте обусловлена тем, что при её наличии вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений (мозговой инсульт, острый инфаркт миокарда) возрастает в 3-4 раза, а при одновременной гипертрофии левого желудочка - в 10 раз.

А также установлена взаимосвязь между нарушением функции щитовидной железы и развитием и течением ИБС. В первую очередь это относится к гипотиреозу. О взаимосвязи между развитием гипотиреоза и ИБС было

сообщено около 30 лет назад; тогда же была выявлена более высокая частота встречаемости атеросклероза у больных гипотиреозом по сравнению с общей популяцией (Stemberg A.D., 1968; Vanhaelst L. и соавт., 1976). В настоящее время существует распространенное мнение о том, что гипотиреоз способствует гиперлипидемии и, следовательно, развитию атеросклероза.

Другой группой риска, подверженной раннему старению, являются ликвидаторы ЧАЭС и ЛПИИС. Показано наличие у данной группы лиц посттравматического стресса с невротическими и соматическими проявлениями, признаками преждевременного старения. Отмечено раннее атеросклеротическое поражение сосудов сердца, головного мозга, нижних конечностей и др. Существенное значение при преждевременном старении и атеросклерозе сосудов имеют иммунные изменения — сочетание иммунодепрессивного и аутоагрессивного состояний. Из вышесказанного можно вывести следующую цепочку неблагоприятных воздействий: радиация (в сочетании с факторами нерадиационной природы)—стресс—нарушения иммунитета—нарушения здоровья.