

после реоперации было отмечено развязывание концов силиконового дренажа с последующим его выпадением (7,1%), что не повлияло отрицательно на результат операции. На наш взгляд, указанное осложнение было вызвано рефлекторным чиханием и кашлем больного вследствие периодического западения свободных и относительно длинных концов силиконового стента в носоглотку.

В другом случае через 2 месяца после операции было отмечено расщепление силиконовым стентом обеих слезных точек и слезных канальцев (7,1%) с последующим сращением кожи век и краев рассеченных канальцев.

Ко дню выписки больных из стационара функциональный результат был получен у всех больных. В отдаленные сроки (до 2 лет) положительный эффект с выздоровлением после реоперации с биканаликулярной силиконовой интубацией был отмечен у 11 больных, или в 78,6% случаев. Рецидивы гнойного дакриоцистита имели место у 3 больных (21,4%) соответственно через 2, 3 и 18 месяцев после реоперации. При этом у 2 из 3 указанных больных рецидивы заболевания были связаны с имплантацией силиконового стента. В одном случае рецидив наблюдался после прорезывания слезных канальцев с медиальной миграцией интубационного материала, в другом — у больного с аллергической реакцией на силиконовый дренаж и образованием гранулемы в области соустья.

Реоперация с использованием временного дренажа была выполнена в третий раз и с частичным успехом 2 больным.

Выводы

1. В отдаленные сроки (до 2 лет) после повторной трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии с временной биканаликулярной силиконовой интубацией положительный результат наблюдался в 78,6 % случаев.

2. Осложнения в раннем периоде после данной операции (интубационная гранулема, прорезывание слезных точек и канальцев, аллергическая реакция на силиконовый дренаж, выпадение стента) отмечались почти у 1/3 пациентов. С учетом этого обстоятельства актуальным остается поиск более совершенных материалов для интубации. Оптимальным в этом отношении, по нашему мнению, может являться биодеструктирующийся (рассасывающийся) дренаж.

РОЛЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ И ОБУЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Ворошилова И.И.

*Сахалинский государственный университет
Южно-Сахалинск, Россия*

Для эффективной адаптации пожилого человека в современных условиях, необходимо,

чтобы он не только мог приспосабливаться к условиям среды, но и активно вторгаясь в нее и изменяя ее в соответствии со своими целями, приспосабливал к своим нуждам и потребностям. Основными потребностями со стороны пожилых людей в области медицины являются: сохранение здоровья через познание основ здорового образа жизни, анатомо-физиологических и психологических особенностей третьего возраста, через получение навыков профилактики заболеваний.

Соответствующим образом просвещенные и обученные пожилые люди могут взять на себя ответственность за состояние своего здоровья. В этом случае возможна успешная реабилитация и адаптация пожилых людей к изменяющимся условиям внешней среды. Следовательно, у медицинских и педагогических кадров появляется дополнительная роль, заключающаяся в обучении и санитарном просвещении людей третьего возраста, которые нуждаются в реабилитации.

Необходимо отметить, что обучению пожилых людей в последние годы уделяется все больше внимания, на примере таких заболеваний как сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертония, показано, что информированность больных об имеющихся у них заболеваниях и обучение основам самоконтроля приводят к уменьшению частоты осложнений, улучшению качества жизни. Это имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, так как способствует социальной адаптации больных и ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение.

Целью нашего исследования явилось просвещение и обучение пожилых людей здоровому долголетию.

Задачами:

- оптимизировать процессы адаптации к изменяющимся условиям внешней среды;
- изучить этиологию и патогенез заболеваний, возможные осложнения;
- обучить принципам профилактики и самоконтроля, умениям соблюдать режим труда и отдыха, двигательной активности и диеты.

В результате исследования было осмотрено и анкетировано 300 пожилых людей, проживающих в городе Южно-Сахалинске, которые самостоятельно разделились на три социальные группы: бедные, со средним достатком и обеспеченные. В зависимости от социальной группы наиболее часто встречалась триада заболеваний, таких как артериальная гипертония, ожирение и сахарный диабет. В группе обеспеченные у 38,9 % , 28,5 % среди людей со средним достатком и 17,9 % в группе бедные пожилые люди. Возможно, отмеченные изменения зависят не только от социальной группы, анатомо-физиологических особенностей, а также от уровня адаптации пожилых людей к изменяющимся условиям окружающей среды и качества жизни. В дальнейшем из желающих была сформирована на базе Саха-

линского государственного университета 2006–2007 году обучающая группа из пожилых людей в количестве 18 человек средний возраст, которых составлял $73,4 \pm 0,6$. Обучение слушателей продолжалось в течение 4 месяцев и им предлагалась информация об анатомо-физиологических и психологических особенностях происходящих в организме пожилых и старых людей, по основам здорового образа жизни и клинической геронтологии, которые включали в себя такие темы: как заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной и нервной системы, заболевания крови и пищеварительной системы. После каждого занятия слушатели заполняли анкету, где отмечали необходимость знаний в этой области и предлагали свои темы, которые хотели бы дополнительно изучить.

В обучении упор был сделан на следующие принципы санитарного просвещения:

- использование активных методов в обучении пожилых людей; воздействие на основные причины заболеваемости и смертности (профилактика ишемической болезни сердца, мозговых инсультов, злокачественных новообразований, инфекций, интоксикаций и травм, сахарного диабета, бронхиальной астмы, заболеваний опорно-двигательного аппарата, психических нарушений, инвалидности);

- воздействие на факторы риска (курение, алкоголизм, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, артериальную гипертонию, повышение холестерина крови, побочное действие лекарственных средств, профессиональные вредности, неблагоприятные факторы окружающей среды, стрессы).

- использование в санитарном просвещении пожилых людей доступной грамотно подобранной литературы, написанной понятным языком, посвященной основным вопросам, волнующим пожилых и старых людей, ориентированной на сознательное участие в профилактике заболеваний и укрепления своего здоровья.

В результате проведенного исследования было отмечено, что знания вопросов здорового долголетия действительно может существенно изменить отношение человека к своему здоровью, помочь ему почувствовать собственную ответственность, бросить курить или злоупотреблять алкоголем, выработать доминанту здорового образа жизни. Слушателям были предложены следующие основные признаки старения и компоненты поддержания здорового образа жизни в пожилом возрасте:

- ограничения подвижности шейного отдела позвоночника;

- появление раскачивающейся походки или шаркающей походки вследствие ограничения подвижности тазо-бедренных и коленных суставов;

- выраженной мышечной гипотонии, приводящей к формированию висячего «лягушачье-

го» живота и кифотический трансформации позвоночника;

- появление заметной одышки после обычной ходьбы;

- появление пигментных пятен на коже;

- проявление забывчивости текущих событий при сохраненной памяти на события более раннего периода;

- изменение психики (появление раздражительности, сварливости, истерических реакций, комплекса подозрительности, скупости, стойкой бессонницы).

- появление старческих заболеваний (глаукомы, катаракты, возрастной тугоухости, ожирения, остеопороза, сахарного диабета 2 типа, когнитивного синдрома, церебро-vasкулярной болезни и др.)

При анкетировании слушателей были получены следующие результаты: у 68 % присутствовали все признаки; 23 % слушателей отметили наличие только половины признаков; 9 % зарегистрировали по два признака.

В пожилом возрасте клетки организма не получают мощных нейро-гуморальных сигналов на рост и дифференцировку тканей, поэтому организм работает на запасенном в предыдущих периодах ресурсах поэтому просвещение и обучение старшего поколения было направлено на изучение трех основных компонентов:

- нормализацию свободно-радикальных процессов;

- приостановление деструктивных процессов в костях;

- защиту клеток, выстилающих сосуды, от повреждающего воздействия перекисей водорода и ионов кальция.

Заключительное анкетирование слушателей третьего возраста показало, что 70 % слушателей регулярно контролируют артериальное давление, пульс, массу тела и объем принимаемой жидкости, соблюдают диету, 25 % респондентов бросили курить и принимать алкоголь, 5 % пожилых людей стали заниматься лечебной гимнастикой и практически все отметили после обучения улучшение взаимодействия с медицинскими кадрами.

После окончания цикла слушателями были высказаны предложения: продолжить обучение здоровому долголетию, ввести дополнительные занятия по профилактике стрессов и оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Таким образом, обучение и санитарное просвещение пожилых людей способствует росту удовлетворенности медицинским обслуживанием, повышает взаимодействие пожилого и старого человека с медицинским работником и педагогом, увеличивает приверженность профилактическим рекомендациям, способствует правильному и постоянному самоконтролю заболеваний, при-

обретению навыков самопомощи при неотложных ситуациях, улучшению качества жизни, значительному снижению использования ресурсов здравоохранения и затрат на лекарственное обеспечение и способствует его социализации и реабилитации.

**ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ
АНТИРАДИКАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ
КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Губарева Е.А., Каде А.Х., Павлюченко И.И.,
Зингилевский К.Б., Старицкий А.Г., Басов А.А.
*ГОУ ВПО Кубанский государственный
медицинский университет
МУЗ Краснодарская городская клиническая
больница скорой медицинской помощи
Краснодар, Россия*

В последние десятилетия прошлого века сформировалась концепция о важной роли окислительного стресса (ОС) в патогенезе острых форм ишемической болезни сердца (ИБС) [Зенков Н.К., 1994; Голиков А.П., 1997; Ланкин В. З., 2001]. ОС является одной из главных причин, приводящих к быстрому истощению основных ресурсов защитных и регуляторных систем организма и развитием уже в детском и молодом возрасте тяжелых заболеваний, которые объединяются в группу свободнорадикальных патологий [Зенков Н.К., 1994; Ланкин В. З., 2001], ведущим звеном которых является дисбаланс в системе прооксиданты-антиоксиданты. При этом негативными факторами могут выступать как угнетение антиоксидантного звена, так и в иных случаях его активация. Значительная активация ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ), например, может нивелировать позитивную роль активных кислородных метаболитов как биорегуляторов. Вот почему изучение основных показателей АОЗ организма так важно при различных заболеваниях, в том числе и при развитии инфаркта миокарда (ИМ), а определение их в динамике имеет ценное значение для предупреждения ранних и поздних осложнений ИМ, основным предиктором которых является некорректируемый ОС.

Несмотря на важность ранней диагностики наличия и выраженности ОС и степени дисбаланса в системе про-/антиоксиданты объективная оценка параметров этой системы остается далеко не решенной проблемой. Определение активности ферментов первой и второй линии АОЗ – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ) в эритроцитах для оценки динамики ферментов антирадикальной защиты при остром ИМ на фоне консервативного лечения, а также интегрального показателя соотношения активности «каталаза/супероксиддисмутазы» (КАТ/СОД) может слу-

жить важным прогностическим признаком исхода данного острого патологического процесса.

Учитывая вышеизложенное, для комплексной оценки состояния системы АОЗ у больных острым ИМ проведено определение показателей активности СОД и КАТ в эритроцитах. Контрольную группу составили добровольцы (n=20), не имеющие диагностированной соматической патологии, в возрасте 29-53 лет. Биологические субстраты (кровь) забирались у пациентов кардиологического отделения №1 МУЗ Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара (n=40) в различные периоды течения острого ИМ. Лечение больных проводилось по стандартной схеме и не включало лекарственных препаратов с направленной антиоксидантной и прооксидантной активностью. Активность КАТ в гемолизате определяли по методу [Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., 1988] в авторской модификации. Активность СОД определяли по методу [Костюк В.А., Потапович А.И., Ковалева Ж.В., 1990] в авторской модификации. Математическим способом рассчитывался коэффициент КАТ/СОД.

У всех наблюдаемых больных выявлены в той или иной степени выраженности изменения изучаемых показателей системы АОЗ. У обследуемых больных отмечались следующие изменения показателей КАТ: в острый период ИМ (1-2 сутки) наблюдается снижение активности КАТ на 52,7% ($p < 0,05$), что можно объяснить аллостерическим ингибированием фермента продуктами некролиза и перекисно-модифицированными токсическими субстанциями альдегидной природы или угнетением ее синтеза. На фоне стандартного лечения, начиная с 10-14 суток выявлен рост активности КАТ гемолизата в 1,5 раза по сравнению с контролем (прирост на 105,8% с показателями при поступлении, $p < 0,05$); на 21-23 сутки вновь наблюдается снижение активности КАТ, достигающее контрольных показателей (на 17,0% ниже в сравнении с показателями контрольной группы). Иная динамика зафиксирована при мониторинговании показателей активности СОД: на 1-2 сутки она повышалась в 2,1 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контролем, что может быть связано с её компенсаторной аллостерической активацией в условиях гиперпродукции супероксидного анион-радикала (феномен ишемии-реперфузии), который является активатором СОД, но одновременно - ингибитором КАТ; к 10-14 дню ее активность снижалась, но, тем не менее, оставалась выше контрольных значений в 1,4 раза, так и не достигая нормальных показателей даже к 21-23 дню, что свидетельствует о сохраняющейся повышенной концентрации ферментов в клетках по типу «феномена последствия» [Ткаченко Б.И., 1994; Покровский В.М., 1997], при котором количество синтезируемого фермента может превышать потребность в нём. Достаточно высокая