

термальной гипертензии (четвертый пересмотр, 2010 г.). Всем пациентам выполнено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) на УЗ-сканере Medison SA-8000 с проведением стандартных измерений и выделением ТРЛЖ в соответствии с рекомендациями А. Canau и Р. Verdecchia и соавт. О НВММЛЖ говорили при коэффициенте диспропорциональности (КД) >128: при КД 128-155,9 % НВММЛЖ считали слабовыраженной, при 156-183,9 % - умеренно выраженной, при >184 % - сильновыраженной. Проведен анализ частот таблиц сопряженности НВММЛЖ в группе контроля и среди больных ГБ со стадиями ГБ, наличием или отсутствием ГЛЖ и разными ТРЛЖ. Статистическая обработка результатов проводилась программой SPSS, Versia 19 (лицензия № 20101223-1).

Результаты. У 38 (30 %) лиц с ГБ отсутствовала ГЛЖ, у 88 (70 %) присутствовала. Распределение ТРЛЖ оказалось следующим: нормальная геометрия (НГ) - 40 (26 %) из 153 пациентов, концентрическое ремоделирование (КР) - 11 (7,1 %), изолированная гипертрофия миокарда ЛЖ (ИГМЛЖ) - 14 (9,1 %), концентрическая гипертрофия (КГ) - 60 (39 %), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) - 29 (18,8 %). Достоверные различия диспропорциональности ММЛЖ выявлены между группами, разделенными по критерию ГЛЖ, стадиям ГБ и ТРЛЖ, обнаруживая большую силу связи НВММЛЖ с ТРЛЖ (χ^2 -Пирсона=120,126, $\wedge < 0,05$), а не с ГЛЖ ($\chi^2=79,62$, $\wedge < 0,05$) или стадиями ГБ ($\chi^2=58,64$, $p < 0,05$), что указывает на важность дифференциации

именно ТРЛЖ при данном заболевании. В контроле и при I стадии ГБ, ТРЛЖ с нормальной ММЛЖ уже определяются разные варианты пропорциональности ММЛЖ (от пропорциональной до средней степени НВММЛЖ), а при более тяжелых стадиях ГБ (II и III стадии) в группе с ГЛЖ и при ТРЛЖ с повышенной ММЛЖ - единичные случаи пропорциональной ММЛЖ с закономерным ростом средней и выраженной степени НВММЛЖ: при КГЛЖ - у 90 % лиц, а при ЭГЛЖ - лишь у 46 %; при II-III стадии ГБ - у 65 %; при наличии ГЛЖ — у 75 %. В контроле и I стадии ГБ 57,7 % лиц имеют уже НВММЛЖ (слабая и средней степени), в группе с отсутствием ГЛЖ - 55 % лиц, при ТРЛЖ соотношение следующее: НГ - 42 %, КР — 81 %, ИГМЖП - 71 %.

Заключение. НВММЛЖ у больных с ГБ выявлена в 85 % случаев, при этом ГЛЖ отмечается только в 69 %. Уже в контрольной группе и при I стадии ГБ при ТРЛЖ с нормальной ММЛЖ прослеживается НВММЛЖ, но слабой и средней степени выраженности, а по мере утяжеления заболевания преобладают средняя и выраженная степени НВММЛЖ. Наличие более выраженной связи НВММЛЖ с ТРЛЖ по сравнению со стадиями ГБ и ГЛЖ диктует необходимость определения ТРЛЖ при данном заболевании. НВММЛЖ чаще выявляется при концентрических вариантах ремоделирования ЛЖ (КР и КГЛЖ), что позволяет считать их прогностически более неблагоприятными типами структурной перестройки.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ РЕГИСТР АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТИ. РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Г. К. ЗОЛОЕВ¹, Е. М. ВАСИЛЬЧЕНКО¹, Л. Д. БАБИЧУК²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, Новокузнецк, Россия

² Государственное учреждение - Кузбасское региональное отделение

Фонда социального страхования Российской Федерации, Кемерово, Россия

Введение. Несмотря на очевидные успехи последних десятилетий в области ангиологии и сосудистой хирургии, результаты лечения наиболее тяжелой формы артериальной недостаточности - критической ишемии конечности - не вселяют оптимизма. По-прежнему высокими остаются показатели инвалидизации и смертности больных. Важным инструментом повышения качества медицинской и реабилитационной помощи при критической ишемии конечности является персонализированная система учета случаев ампутации конечности.

Цель. Формирование популяционного регистра ампутаций конечности в г. Новокузнецке и оценка на его основе результатов оказания лечебной и реабилитационной помощи контингенту больных с критической ишемией нижней конечности.

Материалы и методы. Основой для формирования регистра ампутаций конечности послужила автоматизированная информационная си-

стема «Учет и анализ деятельности стационаров города» (форма № 066/у) КМИАЦ г. Новокузнецка, содержащая персонифицированные сведения о госпитализациях жителей города в стационары медицинских учреждений. Выборка информации о госпитализациях, связанных с ампутацией конечности, позволила сформировать персонифицированную базу данных всех случаев утраты конечности. База поддерживается в актуальном состоянии начиная с 1996 года. Критерии включения: случай утраты нижней конечности на уровне голени или бедра. Перечень реквизитов для персонифицированного учета случаев ампутации конечности включает: личные идентификационные данные; код операции (уровень усечения нижней конечности); дату операции; диагноз; стационар, в котором выполнена операция. В структуру регистра вошли сведения АИС «Учет и анализ смертности в городе» (по данным органов ЗАГС г. Новокузнецка): дата смерти; причина смерти, а также данные о выполненном протезировании конечности. В регистре учитываются данные об ампутациях, выполненных только у жителей Новокузнецка (население 580 тыс. чел.). Изучали динамику соотношения голень/бедро (Г/Б), 2-летнюю выживаемость после ампутации конечности и обращаемость за оказанием протезно-ортопедической помощи пациентам с облитерирующими заболеваниями артерий (ОЗА), оперированных в разных стационарах города. Выделяли два периода наблюдения: 1997-2003 и 2004-2009 годы.

Временные периоды коррелировали с этапами улучшения оказания специализированной помощи пациентам с критической ишемией конечности в Новокузнецке.

Результаты. Сведения регистра ампутаций конечности отразили результаты организационных мероприятий в Новокузнецке по оптимизации хирургического лечения данного контингента больных, направленных на сохранение коленного сустава: показатель Г/Б вырос в два раза в сравниваемых периодах. Наибольший рост этого показателя зафиксирован у пациентов до 60 лет. На фоне увеличения удельного веса усечений голени в практике хирургических стационаров Новокузнецка отмечен рост выживаемости пациентов с ОЗА в возрасте до 60 лет. Выявлено увеличение доли лиц, среди пациентов моложе 60 лет, обратившихся для проведения мероприятий первичного протезирования в конце второго периода. В ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России сформирована бригада специалистов, деятельность которых осуществляется на основе данных регистра и позволяет повысить доступность оказания реабилитационной помощи маломобильным пациентам.

Заключение. Сведения регистра ампутаций конечности позволяют выявлять организационные проблемы оказания специализированной помощи больным с критической ишемией конечности; проводить оценку эффективности программ, направленных на улучшение оказания лечебной и реабилитационной помощи пациентам с ОЗА.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М. Н. ЗОТКИНА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты РФ, Москва, Россия

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья населения представляют одну из важнейших медицинских и социальных проблем (Макаров, 1998; Антипенко, 1999; Румянцева, Силина, 2008).

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от цереброваскулярных заболеваний в мире умирают около 5 млн человек.

Течение большинства сосудистых заболеваний головного мозга приводит обычно к двум основным исходам данной патологии: инсультам (с их высокой летальностью) и хроническим прогрессирующим заболеваниям с частым исходом в сосудистую деменцию (Бархатов, Джигладзе, 2005; Hochstenbach, Den Otter, Mulder, 2003; Schrader,

Luders, Kulschewski, 2005).

На развитие и протекание хронических форм цереброваскулярных заболеваний оказывают влияние большое разнообразие факторов - наследственность, общее состояние организма, наличие сопутствующей патологии, преморбидный фон. Кроме того, при изучении работ отечественных и зарубежных ученых становится ясно, что одну из важных ролей в протекании заболевания играют нейropsychологические и социальные характеристики больного.

Материалы и методы. В нашем исследовании в качестве диагностического инструментария