

Таблица 2 — Распределение некоторых признаков пальмарной дерматоглифики на правой руке пациентов с аутоиммунной патологией щитовидной железы

Признак	Группа		$\chi^2$ ; p-level
	АИТ	группа сравнения	
Главная ладонная линия d			
Поле 5"	0,00	11,76	3,76; 0,052
Главная ладонная линия b			
Поле 9	16,67	0,00	6,15; 0,013
Главная ладонная линия a			
Поле 11	0,00	17,64	5,84; 0,016
Узоры на III межпальцевом промежутке			
L	70,00	41,18	5,34; 0,020
Отсутствие узора	30,00	58,82	5,34; 0,020

Анализ признаков показал, что специфическими ( $p < 0,05$ ) для пациентов с данной патологией являются на левой руке: окончание главной ладонной линии с в 9 поле (АИТ — 50,00 %; группа сравнения — 23,53 %); наличие радиальной петли в области гипотенара (АИТ — 33,33 %; группа сравнения — 5,88 %); радиальная петля в области тенара — 1 межпальцевого промежутка (АИТ — 13,33 %; группа сравнения — 0,00 %); истинный петлевой узор в третьем межпальцевом промежутке (АИТ — 43,33 %; группа сравнения — 20,59 %).

На правой руке наиболее значимыми ( $p < 0,05$ ) признаками оказались: окончание главной ладонной линии b в 9 поле (АИТ — 16,67 %; группа сравнения — 0,00 %); истинный петлевой узор в третьем межпальцевом промежутке (АИТ — 70,00 %; группа сравнения — 41,18 %).

#### **Заключение**

Разрабатываемая методика направлена на выявление обобщенных критериев донозологической диагностики заболеваний щитовидной железы. Полученные результаты, основывающиеся на анализе дерматоглифической картины, позволят выявить морфогенетические маркеры аутоиммунной патологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кронджави, Е. Анализ показателей дерматоглифики у женщин с миомой матки / Е. Кронджави // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 2. — С. 57–58.
2. Алексеева, Т. И. Антропология — медицине / Т. И. Алексеева. — М.: МГУ, 1989. — 246 с.
3. Гладкова, Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. — М., 1966. — 151 с.
4. Cummins, H. Finger prints palms and soles. An introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo // Philadelphia. — 1943 (N.Y., 1961). — 319 p.

УДК 616.89-053.9:615.859

### **ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Шилова О. В., Тюрина Е. И.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Современная демографическая ситуация отражает неуклонное увеличение в популяции доли лиц пожилого возраста. Улучшение доступности и качества медицинской помощи, улучшение условий жизни приводит к увеличению продолжительности жизни

населения. Так, в России лица в возрасте 60 лет и старше составляют самую быстрорастущую группу населения. С 1959 по 1990 гг. ее численность удвоилась, а доля в структуре населения увеличилась до 16 %. Ожидается, что к 2015 г. она достигнет 20 %, а к 2031 г. — 29 %. На 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться 530 пожилых людей [1]. К сожалению, значительное увеличение численности пожилых групп населения приводит к росту количества психически больных позднего возраста.

Исследованиями геронтологов установлено, что физическое и психическое старение зависит от личностных особенностей человека, соматического здоровья и от того, как он прожил свою жизнь. Г. Руффин (1967) условно выделяет три вида старости: «счастливую» (у гармоничных личностей с мудрым отношением к жизни и философским — к смерти), «несчастливую» (у тревожных людей с чувством одиночества, беспомощности и страхом смерти, риском суицидов) и «психопатологическую», которая проявляется органическими нарушениями личности, депрессией, ипохондрией, развитием деменции. Очень часто у таких пациентов выражен страх (и риск) оказаться в доме престарелых, они становятся пациентами отделений геронтопсихиатрического профиля. Сложности общения с такими пациентами и ухода за ними связаны часто с непониманием и недоучетом родственниками особенностей психопатологии — снижения памяти, способности к пониманию, узнаванию и планированию своих действий.

По данным ВОЗ болезнь Альцгеймера и сенильная деменция стали наиболее распространенными психическими расстройствами в пожилом возрасте и занимают четвертое место среди причин смерти стариков [1]. Деменция в позднем возрасте — серьезная медико-социальная проблема, многогранная и требующая комплексного решения. Известно, что в нашем обществе проблемы адаптации лиц пожилого возраста стоят особенно остро в связи с текущими социальными, экономическими преобразованиями; в таких условиях лица пожилого возраста наиболее уязвимы.

Модель оказания геронтопсихиатрической помощи, получившая наиболее широкое признание, предусматривает наличие следующих характеристик: помощь должна быть многопрофильной, комплексной, общедоступной, отвечающей требованиям, быстро реагирующей, предусматривающей возможность устанавливать связь с другими службами и с врачами общей практики [2]. Важную роль в работе медико-социальной службы приобретают различные формы внебольничной помощи — дневные стационары, выездные геронтопсихиатрические бригады для пациентов с затруднениями передвижения [3]. Все более важным становится психолого-социальная помощь (консультирование, обучение и сопровождение) родственникам и лицам, осуществляющим уход за пациентами.

Исследование факторов, влияющих на продолжительность пребывания в геронтопсихиатрическом стационаре, дает противоречивые результаты. Установлено, однако, что с увеличением продолжительности пребывания в больнице связывают два социальных параметра: предстоящее распределение в дома престарелых и наличие стресса у лиц, осуществляющих уход за больными [3]. При этом диагноз не является надежным прогностическим фактором в отношении продолжительности пребывания в больнице (за исключением тяжелой депрессии и злоупотребления психоактивными веществами) [4]. Тяжесть и степень декомпенсации сопутствующего соматического заболевания тоже связана с более продолжительным пребыванием в больнице (по разным данным, от 68 до 85 % пациентов имеют тяжелые сопутствующие заболевания) [4].

### **Цель**

Анализ социальных факторов, влияющих на длительность госпитализаций пациентов геронтопсихиатрического мужского отделения.

### **Материалы и методы**

Были проанализированы медицинские карты стационарного больного отделения № 5 Учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», годовые статистические отчеты отделения.

### Результаты и обсуждение

Проведен анализ работы койки психиатрического отделения в целом (таблица 1), так и применительно к пациентам с деменцией.

Таблица 1 — Показатели работы мужского геронтопсихиатрического отделения

	2009 г., всего	2010 г., всего	6 месяцев 2011 г.
Развернуто коек	58	60	60
Поступило больных из приемного покоя	388	391	237
из них повторно чел. (%)	97 (25,36 %)	72 (19,25 %)	13 (5,53 %)
Выписано	375	386	232
Умерло	13	5	5
Проведено койко-дней	18047	18460	8787
Средняя длительность пребывания больного на койке	46,87	48,26	37,23
Оборот койки	6,64	6,37	3,93
Занятость койки	337,6	279,5	126,55
Койко-дни пролеченных (выбывших) больных	19581	16768	7593
Определена группа инвалидности	2	1	-
Определено в дома-интернаты	3	7	3

В работе с пациентами геронтопсихиатрического профиля, в т. ч. страдающими деменцией, основная проблема — это утрата социальных связей (отсутствие возможности или отказ родственников ухаживать за такими пациентами; отсутствие взаимодействия с социальными службами).

Мы выяснили, что причиной госпитализации далеко не всегда становились психотические осложнения (органический делирий с галлюцинациями, бредовые расстройства). Самым частым основанием для госпитализации можно считать нарушение поведения пациента и сложности ухода за ним, связанные с необратимым снижением памяти. Точные цифры назвать нельзя, родственники не всегда могут точно описать состояние пациента, да и не всегда искренни. Помещение таких пациентов в стационар приводит к быстрой и часто необратимой декомпенсации — оказавшись в незнакомом месте и обладая слабыми когнитивными ресурсами, они дезориентируются значительно сильнее. Было установлено, что краткосрочная госпитализация с целью лечения поведенческих осложнений деменции, более эффективна в редуцировании психопатологической симптоматики и поведенческих нарушений, позволяя 50 % пациентов вернуться домой, что подтверждается и зарубежными исследованиями [3]. Лечение же таких пациентов дома еще более эффективно, что доказано мировыми исследованиями [2, 5]. Большинство из этих пациентов нуждаются в первую очередь в наблюдении, уходе, общении, создании социально-психологического контакта в привычных для них условиях. Существенную помощь в этом могут оказать психологи и социальные работники. На этом этапе они могут помочь родственникам овладеть комплексом специальных навыков. Это не только навыки ухода за пациентом, страдающим поведенческими нарушениями и физической зависимостью, но методы и способы, помогающие справляться с сопутствующим психологическим дистрессом. Преодоление эмоционально истощающего ощущения «отсутствия результата» — сложный гуманистический и психологический навык [3].

Отдельно рассматривались больничные показатели для пациентов, страдающих деменцией, с необходимостью решения социальных вопросов (таблица 2).

Таблица 2 — Больничные показатели для пациентов, страдающих деменцией, с необходимостью решения социальных вопросов

	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Дементные пациенты, не лишённые судом дееспособности.	32	37	35
Средняя длительность пребывания больного на койке, не лишённого судом дееспособности	141	164	180
Дементные пациенты, лишённые судом дееспособности	15	12	18
Средняя длительность пребывания больного на койке, лишённого дееспособности судом	104	112	121
Средняя стоимость пребывания без лечения	37210	42380	47694
Определено в дома-интернаты	6	7	10

Оказывается, что длительность пребывания в стационаре пациента с деменцией, не лишённого дееспособности и ожидающего помещения дом-интернат, в 3 раза превышает среднюю продолжительность госпитализации по отделению, лишённого дееспособности — в 2 раза. Психиатрический стационар не предназначен для длительного пребывания пациентов, нуждающихся в решении социальных вопросов. Однако в процессе лечения приходится решать и социальные задачи: обращаться в УВД, с целью розыска родственников, заниматься восстановлением отсутствующих документов, направлять ходатайства в суд для лишения дееспособности, обращаться в комитет по труду и защите о выделении путевки в дом-интернат психоневрологического профиля. Все эти вопросы должны решаться социальным работником, однако, в штатном расписании больницы, в отделении отсутствует такая ставка. Врачи вынуждены заниматься решением данных проблем в ущерб лечебному процессу.

Расчет экономической целесообразности показал, что с учетом средней длительности пребывания пациентов, оформляемых в дом-интернат (180 дней), его пребывание обходится государству 8 584 920 бел. Рублей (в ценах начала 2011 г.). Это неоправданно высокие расходы, особенно учитывая среднюю месячную заработную плату социального работника 500 000 бел. рублей. Становится очевидным, что введение должности социального работника в штат психиатрического стационара сможет сократить длительность госпитализации, обусловленной медико-социальными проблемами.

#### **Выводы**

Психические расстройства пожилого возраста — распространенная патология и серьезная медико-социальная проблема. Оказание помощи данному контингенту на дому затрудняется недостаточно развитой медико-психологической поддержкой родственников и лиц, осуществляющих уход за ними.

Проведение медико-социальных и организационных мероприятий, направленных на оформление в дом-интернат психоневрологического профиля пожилых пациентов, страдающих психическими расстройствами, не имеющих родственников или людей, готовых осуществлять уход за ними, в значительной степени объясняет длительность пребывания их на больничной койке и увеличение затрат на содержание. Организация помощи данному контингенту населения требует консолидации усилий как учреждений здравоохранения, так и служб социального обеспечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Нью, Т. Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 14.00.18 / Т. Г. Нью. — М., 2002. — 23 с.
2. Cohen, C. I. Factors associated with increased hospital stay by elderly psychiatric patients / C. I. Cohen, G. J. Casimir // Hosp. Comm. Psychiat. — 1999. — Vol. 40. — P. 741–743.
3. Cole, M. G. Can geriatric psychiatry services make a difference? / M. G. Cole // Int. Psychogeriatr. — 1998. — Vol. 10. — P. 349–350.
4. Denning, T. The role of carers in evaluating mental health services for older people / T. Denning, C. Lawton // Int. J. Geriatr. Psychiat. — 1998. — Vol. 13. — P. 863–870.
4. Draper, B. A psychogeriatric outreach service to nursing homes in Sydney / B. Draper, S. Meares, H. McIntosh // Aust. J. Ageing. — 2008. — Vol. 17. — P. 184–186.

**УДК 612.172.2:796**

## **ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ СПОРТСМЕНОВ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАЦИОННОГО АНАЛИЗА СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

**Шилович Л. Л.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Целью работы специалистов спортивной медицины является не только первая помощь спортсмену в экстремальных ситуациях и динамическое наблюдение за здоровьем