

Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА СТАЦИОНАРНОМ, АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ И САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПАХ

Поликлиника Филиала № 6 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого» Минобороны России, 143420, г. Красногорск, Московская область, Россия;
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Особенностью данной возрастной группы больных является полиморбидность и полифармакотерапия хронических соматических и психоневрологических заболеваний.

Цель работы – установить изменение качества жизни на фоне поэтапного лечения и монотерапии коморбидных дерматозов у лиц старших возрастных групп.

Материал и методы. Катамнез медицинских карт, анализ анкет дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), модифицированные автором и шкалы тревоги и депрессии (HADS). В исследовании приняли участие 189 мужчин в возрасте от 67 до 94 лет (медиана возраста 75 лет). У всех больных цитологически был верифицирован диагноз онихомикоза с разной степенью поражения, требующий системной (в 45% случаев) терапии, в 100% проводили наружную противогрибковую терапию с использованием медицинской педикюрной, локальной гидрофитоароматерапевтической, подологической методик. У 67 лиц пожилого возраста (60–74 лет), 110 стариков (75–90 лет) и 12 долгожителей (старше 90 лет) среди отягощенной соматической патологии на 1-м месте были заболевания сердечно-сосудистой системы (90,3%), на 2-м – пищеварительной с сопутствующим дисбиозом толстого кишечника (77,8%), на 3-м – мочеполовой (70,3%). В представленной выборке была диагностирована следующая интеркуррентная кожная патология: преобладали зудящие дерматозы (68%), доброкачественные новообразования кожи вирусной этиологии (62%), болезни сальных и потовых желез (в том числе сенильный ксероз) (27%). Деструкцию доброкачественных новообразований кожи проводили одним из методов: криотерапия, химическая деструкция, электрохирургия высокой частоты, с гистологическим исследованием при необходимости и пред-

варительной консультацией онколога. Фармакотерапию назначали по стандартным схемам, согласно протоколам ведения. Больные были разделены на три группы, сопоставимые по сопутствующим соматическим и кожным болезням и возрасту. В 1-й группе ($n = 69$) проводили 3-ступенчатое поэтапное лечение – стационар, поликлиника и санаторий в период реконвалесценции и ремиссии; во 2-й группе ($n = 60$) – 2-ступенчатое – стационар и поликлиника, в 3-й группе ($n=60$) – медицинская помощь только в объеме амбулаторно-поликлинического звена.

Результаты. Клиническое и микологическое выздоровление во всех трех группах происходило в одинаковые сроки и зависело от приверженности каждого конкретного больного к проводимой терапии. ДИКЖ онихомикоза до лечения в среднем составлял 23,2 балла, после лечения в 1-й группе – 6,8 балла; во 2-й группе – 12,3; в 3-й группе – 16,7 балла. До лечения по шкале HADS средний балл составлял 19 баллов, что соответствовало клинически выраженной тревоге и депрессии. После лечения: в 1-й группе наблюдалось отсутствие выраженных симптомов со средним баллом – 4; во 2-й группе – 8, в 3-й группе – 10 баллов, что соответствует субклинически выраженной тревоге и депрессии.

Таким образом, фармакотерапия геронтологических больных должна учитывать не только отягощенную патологию внутренних органов, интеркуррентные болезни кожи и ее придатков, но и психо-эмоциональный фон, связанный с социально-экономическими и межличностными проблемами, влияющими на адаптацию больного, его качество жизни с обязательным включением физических природных лечебных факторов, обладающих психотропным действием.

