принимали дезагрегантные препараты. При выполнении ФГДС обнаружены эрозивно-язвенные нарушения у 9 (15,5%) обследованных. Язва желудка выявлена у двоих пациентов. Эрозии также выявлялись чаще в верхних отделах желудка. Достоверно обнаружено, что атрофия слизистой встречается значительно реже в группе сравнения, чем в группе исследования. Выявленные эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки потребовали проведения противоязвенной терапии в предоперационном периоде с применением блокаторов протонной помпы, эрадикации *Нр* с последующим контрольным эндоскопическим исследованием через 10–12 дней.

Выводы. Сравнительное изучение обследованных больных показало более высокую частоту выявления эрозивно-язвенных дефектов слизистой верхних отделов ЖКТ среди пациентов с периферическим атеросклерозом, что обусловлено наличием агрессивных факторов воздействия на слизистую оболочку: приём дезагрегантов, курение. К факторам образования эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки также можно отнести состояние хронического стресса на фоне выраженной ишемии нижних конечностей.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЛАПАРОТОМИИ

Смолькина А.В., Шакирова А.Р., Герасимов Н.А., Баринов Д.В., Рогова Ю.Ю., Шабаев Р.М.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Для оценки показателей качества жизни (КЖ) нами было проведено тестирование пациентов, с использованием русскоязычной версии общего опросника SF-36 (Short Form) и специализированного опросника GPRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale), разработанный отделом изучения КЖ в ASTRA Hassle (I. Wiklund 1998). Основной частью работы явился углубленный ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 354 пациента с релапаротомиями. Все пациенты были распределены на две группы. Основная группа - 120 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, что составило 0,7% от общего количества оперированных, потребовавшими выполнения повторных операций – 159 релапаротомий. Группу сравнения составили 234 человек (1,4%), оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. Анкетирование больных проводилось с помощью скрининг-метода в 3 точках исследования: через 1, 3, 5 лет после оперативного вмешательства.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что качество жизни пациентов по опроснику SF-36 после релапаротомии значи-

тельно ниже по всем показателям, чем у пациентов, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. И существенно снижено по шкалам: болевой синдром (P) — ухудшение на 37%, физическое функционирование (PF) — 19%, ролевое физическое функционирование (RP) — 24%, социальное функционирование (SF)—25%. При исследовании КЖ пациентов по опроснику GRSR были получены неудовлетворительные результаты после релапаротомии по всем шкалам и, прежде всего, по шкалам «Абдоминальная боль» — ниже на 30%, «Синдром гастроэзофагеального рефлюкса» — ниже на 38%, «Диспептический синдром» — 19%.

Таким образом, КЖ у пациентов после релапаротомий достоверно ниже, по сравнению с больными, которые оперированы однократно. Разработка и совершенствование комплекса мероприятий по целенаправленному обследованию и диспансерному наблюдению в лечебных заведениях пациентов, имеющих в анамнезе операции на органах брюшной полости, особенно после релапаротомии, предъявляющие жалобы на боли и дисфункцию кишечника могут значительно повысить уровень качества жизни прооперированных больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ВРАЧЕБНОФИЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРА

 1 Субханкулова Г.Р., 1 Валямова Г.Н., 2 Сахабутдинова А.Р.

¹ГАУЗ «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер», Уфа;

²Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: aliya.sahab@gmail.com

Проблема совершенствования помощи при церебральном инсульте является важнейшей в клинической медицине в связи с широкой распространенностью, высоким уровнем летальности, инвалидизации и социальной дезадаптацией больных перенесших острые нарушения мозгового кровообращения пациентов.

Более 80% больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами, из них 10% тяжелыми инвалидами и нуждаются в постоянной посторонней помощи. 55% пострадавших не удовлетворены качеством своей жизни и менее 15% выживших могут ввернуться к своей работе.

Разработанная экспертами ВОЗ, для стран — членов Европейского регионального бюро, Хельсинборгская декларация (1995 г.) провозглашает, что «более 70% выживших пациентов должны быть независимы в повседневной жизни через 3 месяца после развития инсульта». Подобных результатов можно достичь только при развитии адекватной системы реабилитационной службы, начиная с первого этапа