

Выводы:

- нормальные значения толщины ЗДКПС в средней трети находятся в пределах $Me (Q_{25}-Q_{75}) - 1,3 (1,1-1,5)$ мм;
- статистически значимых различий между параметрами толщины контрлатеральных связок в норме нет;
- выявляемая у ряда пациентов асимметрия показателей толщины контрлатеральных ЗДКПС в норме не превышает 20%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Which prognostic factors for low back pain are generic predictors of outcome across a range of recovery domains? / С.Е. Cook [et al.] // *Phys. Ther.* — 2013. — Vol.93, №1. — P. 32–40.
2. Non specific low back pain in general practice: a delicate point / К.Н. Njoo. — Alblasterdam: Offsetdrukkerij Haveka BV, 1996. — 126 p.
3. The function of the long dorsal sacroiliac ligament: its implication for understanding low back pain / A.Vleeming [et al.] // *Spine.* — 1996. — Vol. 21, №5. — P. 556–562.
4. Юрковский, А.М. Сопоставления сонографических и гистологических данных при дистрофических изменениях задней длинной крестцово-подвздошной связки / А.М. Юрковский, О.И. Аникеев, С.Л. Ачинович // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2014. — №3. — С. 109-112
5. Юрковский, А.М. Сонография задних крестцово-подвздошных связок: топографо-анатомические и методические аспекты / А.М. Юрковский, О.И. Аникеев, С.Л. Ачинович // *Журнал ГрГМУ.* — 2014. — № 3. — С. 12-16.
6. Moore, A.E. Anatomical ultrasound study of the long posterior sacroiliac ligament / A.E. Moore [et al.] // *Clin. Anat.* — 2010. — Vol.23, №8. — P.971-977.
7. Юрковский, А.М. Есть ли взаимосвязь между выраженностью дистрофических подвздошно-поясничной и задней длинной крестцово-подвздошной связки и индексом массы тела / А.М. Юрковский, С.Л. Ачинович, В.Я. Латышева // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2014. — №4. — С. 68-72.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Наумов И.А., Лобецкая А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время в Республике Беларусь происходят демографические изменения, свидетельствующие о

стремительном росте числа лиц пожилого возраста. Одним из многочисленных последствий данного явления является рост потребности этих пациентов в различных видах медико-социальной помощи, в том числе и в стационарных условиях [2]. Однако функциональное состояние пациентов пожилого возраста, пребывающих в стационарных учреждениях государственной системы социального обслуживания населения все еще являются мало исследованной областью [1], что требует проведения новых научных исследований.

Цель исследования: оценить функциональное состояние пациентов пожилого возраста, находившихся в стационарном учреждении государственной системы социального обслуживания.

Методы исследования. Обследованы 100 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет (82,0% – женщины, 18,0% – мужчины), находившихся в стационарном учреждении государственной системы социального обслуживания «Дом ветеранов» г. Гродно.

Для выявления функциональных изменений организма у данной группы пациентов оценивались следующие показатели:

- индекс массы тела (далее – ИМТ), рассчитанный как соотношение массы тела (m) пациента (в кг) к квадрату его роста (в м);
- частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) в состоянии относительного мышечного покоя, измеренная на лучевой артерии (уд/мин);
- уровни систолического (далее – САД) и диастолического артериального давления (далее – ДАД), определенные по методу Н.С. Короткова с последующим расчетом пульсового артериального давления (далее – ПАД) (в мм рт. ст.);
- жизненная емкость легких (далее – ЖЕЛ), измеренная в л, с последующим расчетом жизненного индекса (далее – ЖИ) как отношения ЖЕЛ к массе тела пациента (в мл/кг);
- коэффициент Хильдебранта (далее – Q), определенный как соотношение числа сердечных сокращений (ЧСС) в 1 мин к частоте дыханий (ЧД) в 1 мин.;
- вегетативный индекс (далее – ВИ) Кердо;
- проба Штанге;
- усложненная проба Ромберга для выявления статической

атаксии (с).

Кроме того, для выявления у пациентов признаков утомления и степени устойчивости процессов нервной деятельности применялись теппинг-тест и тест «субъективная минута».

Оценка психологического статуса проводилась с применением цветового теста М. Люшера. Для оценки изменений степени концентрации внимания и скорости переработки информации применялся тест Тулуз-Пьерона.

Анализ состояния здоровья пациентов был проведен на основе изучения данных их социально-медицинских карт.

Статистический анализ данных проводился с помощью программы Excel.

Результаты и их обсуждение. На основании анализа данных медицинской документации установлено, что все пациенты как женского, так и мужского пола имели хронические заболевания, что, по-видимому, и обусловило снижение у них функциональных показателей состояния организма.

Так, уменьшение ЖЕЛ и ЖИ было более выраженным у пациентов мужского пола, что, по-видимому, было связано с их образом предыдущей жизни (курение в анамнезе – 66,7% случаев) и наличием хронических форм заболеваний органов дыхания: хронический бронхит – 33,3% обследованных, бронхиальная астма – 11,1% случаев.

В процессе исследований у всех пожилых пациентов были выявлены изменения времени задержки дыхания: у 92,7% обследованных женщин и у 94,4% мужчин показатели составили $23,1 \pm 1,27$ и $20,3 \pm 1,12$ сек, соответственно, что может свидетельствовать о снижении адаптационных механизмов.

При проведении пробы в состоянии физиологического покоя максимальная частота пульса у женщин и мужчин достигала 72 и 80 уд/мин, соответственно. Максимальные показатели САД не превышали 140 мм рт. ст. Высота значений ЧД находилась в пределах 20-22 дых/мин.

В ответ на функциональную нагрузку у пациентов обеих групп наблюдалось достоверное увеличение ЧСС ($t=4,12$; $p<0,001$ и $t=5,26$; $p<0,001$, соответственно) и ЧД ($t=4,28$; $p<0,001$ и $t=6,9$; $p<0,001$, соответственно). В то же время подъем САД и ДАД только у пациентов мужского пола оказался статистически значимым. Тем не менее, по окончании пробы (задержки дыхания)

только в течение 15 мин ЧСС постепенно нормализовалась, а показатели САД и ЧД также возвратились к исходным показателям.

Значения ВИ в состоянии физиологического покоя выше +16 и ниже -16 было характерно для 92,7% обследованных женщин и 88,9% мужчин, что свидетельствует о нестабильности у них механизмов нервной регуляции сердечной деятельности. При этом различия в значениях ВИ между двумя группами обследованных не достигали значимого уровня.

Установленные значения средних показателей коэффициента Q ($5,1 \pm 0,17$ и $5,3 \pm 0,23$, соответственно) свидетельствуют о рассогласовании механизмов вегетативного взаимодействия системы кровообращения и системы органов дыхания у 89,0% женщин и у 88,9% обследованных мужчин.

У большинства обследованных мужчин были выявлены признаки утомления при недостаточной устойчивости процессов нервной деятельности. Так, полученные нами параметры коэффициента отклонения от точного времени (далее – КОВ) свидетельствуют о том, что из значения достоверно различаются между пациентами обеих изученных групп.

Оценка подвижности нервных процессов при проведении теппинг-теста позволила установить, что нисходящий или вогнутый тип кривых при применении теппинг-теста был отмечен у 86,6% женщин и у 94,4% мужчин, что свидетельствует о снижении работоспособности и нарастании процессов утомления и подтверждает имеющиеся в литературе сведения [3].

Как среди женщин, так и среди мужчин нами была выявлена тенденция к ухудшению координационных способностей. Так, способность удерживать равновесие при выполнении пробы Ромберга явилась трудным для пожилых женщин: по-видимому, в силу значительных функциональных нарушений 40,2% обследованных не смогли ее выполнить, а у остальных пациенток результат оказался ниже 10 с. Среди обследованных мужчин, проживавших в доме ветеранов, только 16,7% пациентов удалось справиться с заданием теста.

Полученные данные психологического теста М. Люшера свидетельствуют о нарушениях коммуникативных способностей пациентов. Так, в обеих группах фиолетовый цвет наиболее часто встречался на первой позиции (65,9% женщин и 72,2% обследованных мужчин), что выявило затрудненную адаптацию в силу

подчеркнутого индивидуализма. Выбор 5+2, характерный для 63,4% пациентов женского пола и 44,4% мужчин, определил повышенную обидчивость, ранимость, некоторую недоверчивость, потребность в привлечении к себе внимания, признании своего авторитета. Позиция 2+6, характерная для 57,3% обследованных женщин и 55,6% пациентов мужского пола, в большей степени свидетельствовала о снижении их коммуникативных способностей.

Вывод. Таким образом, выявленные отклонения в функциональном состоянии организма пожилых пациентов в стационарном учреждении государственной системы социального обслуживания определяет необходимость разработки и внедрения комплекса адаптационно-реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова, О. В. Качество жизни пожилых людей в доме-интернате / О. В. Краснова, Н. Н. Солнцева // Психол. зрел. и стар. – 2007. – № 4. – С. 40–66.
2. Максимова, С. Г. Особенности функционирования и развития системы социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста / С. Г. Максимова // Соц. обслуживание. – 2008. – № 2. – С. 5–24.
3. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations / M. Rasinaho [et al.] // J. Aging. Phys. Act. – 2007. – № 15(1). – P. 90–102.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС С МИНИМАЛЬНЫМ СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Нечипоренко А.С.¹, Нечипоренко А.Н.², Трепачко В.С.²

¹*Гродненская областная клиническая больница,*

²*Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. У женщин, с генитальным пролапсом (ГП) стрессовое недержание мочи (СНМ) отмечается в 40-63% случаев [1]. Причем, объем произвольно теряемой мочи на высоте физического напряжения может быть настолько малым, что возникают значительные трудности в подтверждении этого вида СНМ.

Цель. Предложить метод документирующей диагностики минимального СНМ у женщин.

Методы исследования. Мы наблюдали 269 женщин с различными формами и степенями выраженности ГП, осложненного