

**Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования**
Министерство здравоохранения Иркутской области
Иркутский областной гериатрический центр
Госпиталь ветеранов войн

Практическая гериатрия



Иркутск
25 февраля 2015 года

УДК 573.7.017.6
ББК 52.5
Б43

Практическая гериатрия: материалы VI конференции, 25 февраля 2015 года, Иркутск / под ред. В.Г.Пустозерова, Ф.И.Белялова. Иркутск, 2015. 60 с.

В сборнике материалов медицинской конференции «Практическая гериатрия» представлены научные и практические статьи, посвященные проблемам эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.

УДК 573.7.017.6
ББК 52.5

© ИГМАПО, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Агапитова С.Т. Опыт лечения невралгии лицевого нерва альтернативными методами	6
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Изжога у геронтов: частота, факторы риска и влияние на качество жизни.....	8
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Эффективность пробиотика в профилактике антибиотик ассоциированной диареи у лиц пожилого и старческого возраста	9
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Диагностика частоты пищевода Баретта у геронтов с ГЭРБ и факторы риска его возникновения	9
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Эффективность использования прокинетики ганатона у геронтов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью	10
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у геронтов	11
Баженова Ю.В., Меньшикова Л.В. Эпидемиология и факторы риска остеопоротических переломов позвонков у лиц старших возрастных групп в популяции города Иркутска.....	12
Бараховская Т.В., Щербакова А.В. Антиаритмические препараты в лечении фибрилляции предсердий у пациентов старческого возраста.....	17
Бараховская Т.В., Щербакова А.В. Безопасность применения антикоагулянтной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста	18
Бессонова Л.О., Демин И.В., Стрекаловская М.А., Кириченко О.А., Михайлова Л.И., Волчкова Н.А. Оценка удовлетворенности больных обслуживанием в клиническом госпитале ветеранов войн	19
Бессонова Л.О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Васильева Е.Б., Иванова Н.Ю., Петрович Е.Р. Вопросы безопасного использования антибиотиков в пожилом возрасте.....	20
Бессонова Л.О., Верлан Н.В., Волчкова Н.А. Опыт использования небулизированной формы будесонида с целью купирования бронхообструктивного синдрома при обострении ХОБЛ у больных в гериатрической клинической практике.	23
Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Волчкова Н.А., Стеценко Л.К. Возможности применения новых технологий доставки лекарственных средств при бронхообструктивном синдроме в гериатрической практике	24
Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Волчкова Н.А. Оценка эффективности и безопасности клинического использования свободной комбинации будесонида и форматерола с базисной целью при ХОБЛ у больных старше 70 лет.....	25
Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Егорова Л.С., Гурьева П.В., Михайлова А. Х. Опасные сочетания растительных препаратов для лиц пожилого и старческого возраста.	26

Брикова С.И., Беликова Ю.В., Дунгуров О.Ц., Трухан Р.Г. Оценка переносимости последовательной схемы эрадикационной терапии у лиц пожилого возраста.....	29
Быкова Н.М., Навтанович Н.А., Ткачева Н.С., Варламова С.В. Причины отсроченного лечения тиреотоксикоза у больных пожилого и старческого возраста.....	29
Быков С.В., Быкова Н.М., Съемщиков В.С. Морфологические признаки дистрофического процесса при старении по данным аутопсии у умерших больных болеющих при жизни сахарным диабетом	31
Власова И.А. Показатели реабилитационного лечения пожилых лиц с ишемической болезнью сердца.....	32
Гурьева П.В., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х. Немедикаментозная реабилитация сосудистых больных	33
Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Гурьева П.В., Современный гериатрический пациент по материалам стационара Областного гериатрического центра г.Иркутска	34
Зайка А.А., Капустенская Ж.И., Бреева Н.Г., Семенова А.А., Красильникова Т.А., Заварзин А.Г. Оценка функции равновесия у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.	36
Иванов А.Ф., Черняк Б.А., Алейникова С.М., Бакшеева О.А., Миронова И.В. Особенности коморбидной патологии у пожилых пациентов, страдающих бронхиальной астмой	37
Ковалева Л.П., Пустозеров В.Г., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Кротова Т.М., Гурьева П.В., Аксаментов Г.В. Оценка функции щитовидной железы у больных геронтологического центра г. Иркутска ..	38
Коляда О.П., Алекаева Л.Н., Ермакова Т.С. Опыт применения препаратов «ViVAX Dent» в пожилом возрасте	39
Лозинская Г.А. Медикаментозное лечение глаукомных больных в гериатрическом центре	40
Михайлова А.Х., Севрюкова О.В., Егорова Л.С., Гурьева П.В., Борисенко С.М., Кротова Т.М. Проверенная эффективность фиксированных комбинаций в лечении артериальной гипертонии у пациентов пожилого возраста.....	41
Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Шелест Н.А., Погодаева Е.С. Эффективность назначения комбинированной антиаритмической терапии для лечения сложных нарушений ритма в гериатрической практике	46
Пустозеров В.Г., Белялов Ф.И., Краснова Ю.Н., Щербакова А.В., Ананьев А.А., Ковалева Л.П. История организации учебного процесса на кафедре геронтологии и гериатрии ИГМАПО.....	47
Пустозеров В.Г., Воробьева Е.М., Егорова Л.С., Чигвинцева С.Ю. Комплекс оздоровительных мероприятий проводимых ОГЦ в 2014 г. в рамках подготовки празднования 70-летия Победы в Великой Отечественной Войне	48

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Пустозерова О.В., Ратовицкая Н.П., Томских Л.П. Причины боли в спине у лиц пожилого и старческого возраста.....	50
Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Щербакова А.В. Ковалева Л.П. Полиморбидность и сердечно-сосудистая патология у пожилых	53
Ратовицкая Н.П., Чигвинцева С.Ю. Особенности участковой службы в Областном гериатрическом центре	54
Чигвинцева С.Ю. Особенности сестринского процесса в гериатрии.....	57
Программа конференции	59

Агапитова С.Т. Опыт лечения невралгии лицевого нерва альтернативными методами

Областной гериатрический центр. Иркутск

Невралгия лицевого нерва (НЛН), проявляющаяся парезом или параличом мимических мышц представляет собой одно из часто встречающихся краниальных невралгий. Это обусловлено его ходом в узком костном лицевом канале (фаллопиев канал) пирамиды височной кости и особенностями васкуляризации, что создает предпосылки для его ишемии, отека и компрессии.

Периферическое поражение лицевого нерва – это полиэтиологичное заболевание, большинство случаев НЛН связано с поражением нерва в лицевом канале. В настоящее время известны ишемические, инфекционные, отогенные, травматические, при сахарном диабете, рассеянном склерозе, острой и хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикуло-невралгии, а также идиопатические, которые имеют чаще сезонный характер (осень, зима) и развиваются при охлаждении (паралич Белла). Особыми случаями являются семейно- наследственные НЛН, поражение лицевого нерва при синдроме Рамзая Ханта, синдроме Мелькерссона – Розенталя, нейросаркаидозе, синдроме Мебиуса, СПИДе, болезни Лайма, опухолями мостомозжечкового узла, метастатической или лейкоэмической инфильтрацией.

Значительно реже встречается невралгия лицевого нерва при вирусном поражении коленчатого ганглия, при синдроме Хеерфорда и различных уродствах внутреннего уха.

Возникает спазм артерий ствола лицевого нерва, что ведет к его ишемии и набуханию, геморрагическим петехиям на его поверхности, что ведет к повреждению нерва в узком костном канале.

Цель. Оценить эффективность альтернативных методов лечения невралгии лицевого нерва.

Материалы и методы. В течение 17 лет мною проанализировано лечение 35 больных.

Альтернативные методы лечения включают: физиолечение, иглорефлексотерапию, массаж, лечебную физкультуру, лейкопластырную коррекцию мышц лица, лечение положением. Комплекс подбирается индивидуально, с учетом функционального состояния пораженных нервно- мышечных структур, давности заболевания, возраста больных и др.

Таблица

Распределение больных, в зависимости от причины заболевания

Этиология НЛН	
Ишемические	6
Инфекционные	7
Травматические	1

При сахарном диабете	5
Паралич Белла	7
Идиопатические	6
При Болезни Лайма	3
Всего	35

В остром периоде применяют вазоактивные препараты, глюкокортикоиды, дегидратирующие, при необходимости антибиотики. Эффект гормональной терапии выше, если она начинается в первые 4 дня, коротким курсом.

С первых дней заболевания рекомендуется гимнастика мимических мышц, наклейки лейкопластыря для предотвращения растяжения пораженных мышц,

Для поддержания пораженных нервно- мышечных структур в рабочем состоянии и предотвращения возможных дегенеративных изменений в них со 2-3 дня заболевания целесообразна миоэлектростимуляция..

Важное место в лечении невралгии лицевого нерва занимает иглорефлексотерапия, что объясняется эффективностью метода. Из наблюдений, даже, если пациент был направлен в подострой стадии на ИРТ, возможно уже после первого сеанса восстановление какой либо ветви лицевого нерва. Ее нужно начинать с 7-10 дня заболевания в ее классическом варианте: правильно сочетать тормозной и возбуждающие методы. Тормозной метод с оставлением игл в тканях на 15 – 20 минут использовать для расслабления и уменьшения напряжения мышц здоровой половины лица и уменьшения их антогонистической тяги, при наличии контрактуры, тиков и перевозбуждения мышц пораженной стороны. Использовать специальные приемы для усиления раздражения: постепенное введение и быстрое извлечение, вращение иглы на месте в обе стороны около двух минут до появления тяжести, ломоты. Для повышения реактивности организма и расширения зоны рефлекторного воздействия используют отдаленные точки конечностей по второму варианту тормозного действия. Необходимо делать 3 курса, по 10 сеансов, с перерывом в 7- 10 дней.

В это же время подключается массаж, задачами которого является улучшить кровообращение лица, особенно на стороне поражения, а также шеи и всей воротниковой зоны: восстановить нарушение функции мимических мышц, предотвратить возникновение контрактур, содружественных движений, а при их наличии способствовать уменьшению их проявлений. Восстановить правильное произношение. В первую неделю все внимание направлено на здоровую сторону лица.

Лечение положением: спать на боку на стороне поражения, жевать пищу на больной и здоровой стороне. В течение 10-15 минут 3-4 раза в день сидеть, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти опираясь локтем о стул.

Через 2 недели постепенно присоединяются физиотерапевтические процедуры: озокерито - парафиновые аппликации, фонофорез гидрокортизона, лазеротерапия по схеме, УВЧ, микроволновая терапия, УФО.

Результаты: из 35 больных, страдавших невралгией лицевого нерва, выздоровление зарегистрировано у - 60% больных, у остальных отмечены неполное восстановление и различные осложнения (контрактуры, синкинезии, и др).

Неблагоприятные прогностические признаки: пожилой возраст, гиперакузия, глубокий паралич с глубокой утратой мышечного тонуса, приводящий к выраженной ассиметрии лица.

Прогноз делать всегда проблематично, так как даже в легких случаях может развиваться контрактура мышц. Электрофизиологические данные позволяют сделать прогноз заболевания спустя 5-7 дней от начала заболевания.

Выводы. Все реабилитационные мероприятия необходимо проводить во время и в полном объеме. Длительность лечения заболевания может быть до года, т.к может идти замедленное восстановление, лечение продолжать повторными курсами.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Изжога у геронтов: частота, факторы риска и влияние на качество жизни

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель исследования: выявить частоту изжоги, факторы, провоцирующие этот симптом, влияние изжоги на качество жизни у лиц старших возрастных групп.

Материал и методы. Методом анкетирования опрошены 670 человек (мужчин – 274, женщин – 396) в возрасте от 65 до 79 лет. Изжога выявлена у 465 человек, что составило 69,4% всех опрошенных.

Результаты. У 13,3% изжога появлялась натощак, у 43,7% ночью или днем в положении лежа, у 28,5% появление изжоги провоцировалось наклонами и физической нагрузкой, в 19,2% случаев фактором провоцирующим изжогу был прием пищи. У подавляющего большинства респондентов (84,6%) с изжогой она была ежедневной и в этой группе являлась причиной ограничения физической активности (17%), нарушения сна (26,3%), изменений в питании (24,1%), в частности, отказе от ряда блюд.

Выводы. Изжога с высокой частотой встречается у лиц старших возрастных групп. Изжога значительно нарушает качество жизни геронтов. Особенностью изжоги у геронтов является ее ежедневный характер у большинства лиц. Наиболее частыми факторами провоцирующими изжогу являются нахождение, в положении лежа, наклоны туловища и физическая активность.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Эффективность пробиотика в профилактике антибиотик ассоциированной диареи у лиц пожилого и старческого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель работы: оценить эффективность пробиотика линекса в профилактике антибиотик-ассоциированной диареи у лиц старших возрастных групп.

Материал и методы. Под наблюдением находились 114 больных получивших антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия – цефалоспоридами и полусинтетическими пенициллинами - по поводу пневмонии, обострения ХОБЛ, инфекции мочевых путей. Средний возраст больных составил $74 \pm 4,3$ года. В первой группе 57 больным с первого дня антибиотикотерапии был назначен комбинированный пробиотик линекс по 2 капсулы 3 раза в день после еды в течение всего курса антибиотикотерапии. Во второй группе больные его не получали.

Результаты. В первой группе диарейный синдром развился у 7 больных (15,4%) и характеризовался легким течением с учащением стула до 2-3 раз в сутки без ухудшения общего состояния, купировался назначением смекты, отмены антибиотикотерапии не потребовалось.

Во второй группе диарейный синдром возник у 18 больных (31,5%), характеризовался частотой стула 4 – 10 раз в сутки, ухудшением общего состояния. Для его купирования потребовалось назначение энтеросептиков (энтерол, эрцефурил).

Заключение. Пробиотик линекс, назначаемый одновременно с антибиотикотерапией у лиц старшей возрастной группы эффективно профилактирует развитие антибиотик – ассоциированной диареи, а при ее возникновении имеет место более легкое ее течение.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Диагностика частоты пищевода Барретта у геронтов с ГЭРБ и факторы риска его возникновения

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Одной из актуальных проблем гериатрии является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и наиболее значимое его осложнение – пищевод Барретта.

Цель исследования: изучить частоту пищевода Барретта среди пациентов госпиталя ветеранов с ГЭРБ, выявить факторы риска его возникновения.

Материал и методы. Обследовано 76 пациентов в возрасте от 68 до 78 лет с ГЭРБ. Диагноз был поставлен на основании жалоб, данных

анамнеза, проведения эзофагогастродуоденоскопии и биопсии слизистой оболочки пищевода. Оценка эндоскопических изменений проводилась согласно Лос-Анджелесской классификации (1994) . Гистологическое исследование проводилось в центральной научно – исследовательской лаборатории академии.

Результаты. По данным эндоскопии у всех обследованных выявлена недостаточность нижнего пищеводного сфинктера. Анализ результатов гистологического исследования биоптатов позволил выявить пищевод Барретта у 18% больных с ГЭРБ. Эндоскопически же, это осложнение было выявлено лишь у 60% из них. У 50% больных с пищеводом Барретта имело место ожирение различной степени выраженности, 70% составили больные мужского пола. Большинство больных были курильщиками с большим стажем курения (67%). Длительность изжоги среди больных с пищеводом Барретта составляла в среднем 6,5 лет.

Выводы. Наиболее чувствительным методом диагностики пищевода Барретта является гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода. Пищевод Барретта характеризуется значительной распространенностью у геронтов с ГЭРБ. Факторами риска этого осложнения в данной возрастной группе являются ожирение, курение, мужской пол, большая длительность симптомов заболевания и, по-видимому, возрастные изменения в нижнем пищеводном сфинктере, приводящие к его недостаточности.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Эффективность использования прокинетики ганатона у геронтов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель исследования: оценить эффективность нового прокинетики ганатона в лечении геронтов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. В исследование вошли 48 больных с ГЭРБ пациентов госпиталя ветеранов. У половины из них обнаруживалась эндоскопически негативная ГЭРБ. У остальных эндоскопически позитивная со степенью А и В по Лос-Анджелесской классификации (1994). Пациенты с более тяжелыми изменениями в пищеводе в исследование не включались. У всех обследованных имела место недостаточность нижнего пищеводного сфинктера. Больные принимали итоприд гидрохлорит (Ганатон) по 1 таблетке (50 мг) внутрь перед едой трижды в день в течение 20 дней.

Результаты. Выявлено, что через 2 недели лечения ганатоном имело место существенное уменьшение выраженности симптомов заболевания у 58% больных, еще у 11% имело место умеренной улучшение. По оконча-

нию курса лечения исчезновение или значительное снижение интенсивности болей в эпигастрии и изжоги составило 78%. Побочных эффектов не отмечалось.

Выводы. Новый прокинетик ганатон характеризуется высокой эффективностью и хорошей переносимостью в лечении больных ГЭРБ старшей возрастной группы. Результативность препарата обусловлена недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера у геронтов.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П. Особенности клинических проявлений хронического панкреатита у геронтов

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель работы: определить характерные особенности проявлений хронического панкреатита у геронтологических больных.

Материал и методы: проведен анализ историй болезни с установленным диагнозом хронического панкреатита, находившихся на лечении в 2013-2014 годах в терапевтическом отделении Иркутского госпиталя ветеранов войн.

Результаты. За указанный период в терапевтическом отделении проведено обследование и лечение 98 пациентов с диагнозом хронический панкреатит.

Средний возраст пациентов составил $78 \pm 4,5$ лет. Из них 68 (69,4%) женщин и 30 (30,6%) мужчин. Диагноз подтвержден установленными стандартами клиническим, лабораторным и инструментальным обследованием. Дополнительно всем больным проводилось доплеровское исследование артерий, кровоснабжающих поджелудочную железу. Проведенным анализом установлено: у 57 (58,2%) пациентов имел место билиарный панкреатит, у 16 (16,3%) – панкреатит алиментарной этиологии и у 25 (25,5%) ишемический панкреатит.

В клинических проявлениях заболевания у 36 (36,7%) больных преобладал абдоминальный болевой синдром, у остальных 62 (63,3%) – симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Инкреторная недостаточность имела место у 17 пациентов (18%). У всех обследованных пациентов выявлены различные сопутствующие заболевания системы органов пищеварения. Так, патология желчного пузыря выявлена у 57 пациентов (58,2%), у 44% имелся хронический гастрит. Ожирение отмечено у 60 пациентов (61,2%). Ишемическая болезнь сердца и ишемическая болезнь мозга изолированно или в сочетанном варианте отмечены у всех пациентов. У всех больных ишемическим хроническим панкреатитом выявлено наличие ишемической болезни сердца и ишемической болезни мозга одновременно.

Выводы. У подавляющего числа обследованных больных преобладал билиарнозависимый панкреатит. Второе место по этиологии занимал ишемический панкреатит. В клинических проявлениях доминируют симптомы секреторной недостаточности поджелудочной железы. У больных с ишемическим хроническим панкреатитом выявляются клинические проявления атеросклероза более чем в одной системе. Преобладающей сопутствующей патологией является ожирение.

Баженова Ю.В., Меньшикова Л.В. Эпидемиология и факторы риска остеопоротических переломов позвонков у лиц старших возрастных групп в популяции города Иркутска

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Переломы позвоночника известны с давних времен. Действительно, Гиппократ более чем 2000 лет назад описал посттравматические деформации позвонков и их взаимосвязь с параплегией. До начала использования рентгена, большинство врачей полагало, что переломы позвоночного столба неизменно приводили к параличу и смерти.

То, что большинство этих переломов возникает в результате относительно небольшой травмы, и что они представляют классический признак остеопороза, более свежее понятие, популяризируемое Albright и др. (1941). Несмотря на то, что взаимосвязь между остеопорозом и переломами позвонков выявлена достаточно давно, знание эпидемиологии этих переломов оставалось скудным по двум причинам. Во-первых, большая часть переломов позвоночника являются бессимптомными. Во-вторых, отсутствовали четкие критерии для оценки деформаций позвонков.

В настоящее время ОП рассматривается как глобальная проблема здравоохранения во всем мире. Это связано с его высокой распространенностью и быстрым ростом случаев этого заболевания в последние десятилетия. Клиническая и социальная значимость ОП определяется переломами костей скелета, в том числе, позвонков. Сейчас среди женщин старше 50 лет имеют риск одного или нескольких переломов 40 из 100 человек. Полагают, что в период 1990 – 2050 гг. частота переломов может возрасти в 4 раза.

Большинство переломов позвонков при ОП формируются в течение довольно продолжительного времени. Они возникают вследствие умеренной или минимальной травмы, что не всегда является поводом для соответствующего обследования. Кроме того, часть переломов может протекать малосимптомно. Все это исключает возможность изучения эпидемиологии ОП переломов позвонков по данным обращаемости за медицинской помощью. Единственным

способом реальной оценки распространенности ОП переломов позвоночника является проведение специально спланированных популяционных исследований.

Такие исследования показали высокую распространенность деформаций позвонков у женщин 50 лет и старше с колебаниями от 2,9% в Финляндии до 25,3% в США. Многоцентровое исследование EVOS выявило колебание распространенности деформаций позвонков среди лиц 50 лет и старше в Европе от 6,2% до 20,7%. При этом соотношение между женщинами и мужчинами варьировало от 0,55 до 1,75. В нашей стране распространенность переломов позвоночника среди жителей одного из районов Москвы составила 11,8% (у мужчин - 14,5%, у женщин - 10,0%), среди жителей г. Ярославля - у 12,3% мужчин и 15,8% женщин.

Переломы позвонков при остеопорозе приводят к снижению качества жизни, инвалидности, повышенной смертности и экономическим затратам общества. Кроме того, данные переломы сами по себе являются независимым фактором риска развития последующих переломов позвоночника, периферических костей и перелома шейки бедра. Клиника остеопороза позвоночника и его осложнений имеет свои особенности. В большинстве случаев их симптоматика незначительна. Ведущим симптомом является боль, что в значительной мере ухудшает качество жизни и нарушает трудоспособность. Основными причинами боли при вертебральном остеопорозе считают микро- и макропереломы тел позвонков, увеличение кривизны грудного кифоза и компенсаторное усиление поясничного лордоза, спазм паравертебральных мышц и развитие со временем их «усталости», что может обусловить изменения в межпозвоноковых суставах.

Главное отличие остеопороза от других заболеваний опорно-двигательного аппарата, почти полное отсутствие клинических проявлений вплоть до перелома. Эта особенность течения остеопороза превращает его в сложную проблему для здравоохранения и экономики многих стран мира. Например, в США расходы на лечение переломов костей скелета, обусловленных развитием остеопороза и приводящих к инвалидизации и социальной неполноценности, составляют 7-20 млрд. долларов в год. Вместе с тем проведение остеоденситометрии широкому кругу населения невозможно из-за ограниченности доступа и экономической нецелесообразности. В силу этих причин знание и учет факторов риска остеопороза и связанных с ним переломов приобретают особое значение.

Остеопороз является мультифакториальным заболеванием. Факторы риска можно разделить на немодифицируемые, генетически обусловленные (пол, возраст, наследственная предрасположенность) и модифицируемые, потенциально изменяемые (низкая физическая активность, курение, недостаточное потребление кальция, склонность к падениям, злоупотребление алкоголем, низкая масса тела и др.).

Цель исследования: изучить частоту и основные факторы риска переломов позвоночника при минимальной травме у лиц старших возрастных групп среди жителей города Иркутска.

С 2003 по 2005 гг. в Госпитале Ветеранов войн г. Иркутска было обследовано 360 человек (180 мужчин и 180 женщин), старше 60 лет. Средний возраст мужчин 74,9 лет, женщин 74,5 лет. Диагностика остеопороза позвоночника основывалась на рентгенологическом исследовании позвоночника. Всем пациентам была выполнена стандартизированная спондилография в положении лежа, строго на левом боку, с центрацией на область 6 грудного позвонка в грудном отделе и на зону 3 поясничного позвонка в поясничном отделе позвоночника. В целом, на двух спондилограммах позвоночный столб был зафиксирован в диапазоне от 4 грудного до 4 поясничного позвонков. Определялись рентгенодиагностические признаки остеопороза: увеличение рентгенопрозрачности тел позвонков, подчеркнутость замыкательных пластинок, исчезновение поперечной и усиление вертикальной исчерченности тел позвонков, характерные деформационные их изменения, а также формирование кифоза грудного отдела и гиперлордоза поясничной части позвоночного столба. При наличии признаков болезни проводилось рентгеноморфометрическое исследование по методу D.Felsenberg, в ходе которого определяли характер, степень и распространенность остеопоротических деформаций тел позвонков. Метод D. Felsenberg, заключается в количественной оценке деформаций позвоночника, основанной на измерении 3-х высот тела позвонка (передней, средней, задней) и их соотношений (индексов). Степень изменения формы позвонков выражали в стандартных отклонениях (SD). 1SD составляет около 5 % от нормы. Значение деформационных отклонений со снижением индексов на 3,5-4 SD и более расценивается как перелом.

Изучение основных факторов риска переломов позвоночника проводилось с использованием анкеты, в основу которой была положена унифицированная карта для изучения факторов риска, разработанная в центре профилактики остеопороза МЗ РФ (Институт ревматологии РАМН). В ней фиксировался пол, возраст, социальный статус, хронические заболевания, длительная (более 2 месяцев) иммобилизация, наличие переломов костей различной локализации и уровень травмы, двигательная активность, наличие вредных привычек, гинекологический анамнез, степень физической нагрузки на работе и в быту и др. Всем пациентам определялся индекс массы тела (масса тела делённая на рост в квадрате, кг\м²) Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась общепринятыми методами вариационной статистики и корреляционного анализа. Полученные данные представлены в виде средних арифметических значений показателей, стандартного отклонения и процентах. Влияние отдельных факторов риска на возникновение переломов определялось в логистическом регрессионном анализе и выражалось величиной (OR (odds ratio) - отношение шансов, показывающее, как возрастает риск изучаемого события у лиц,

имеющих данный фактор, по сравнению с лицами, у которых он отсутствует. Для сравнения количественных признаков в двух группах с нормальным распределением применялся непарный критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Рентгенологические признаки остеопороза, выявились у 154 (85,5%) женщин и 139 (77,2%) мужчин. Остеопоротические переломы тел позвонков (снижение высоты на 25% и более) были определены у 82 человек (у 31 мужчины и 51 женщины), что составило 22,8% (у мужчин - 17,2%, у женщин - 28,3%) (рис.1)

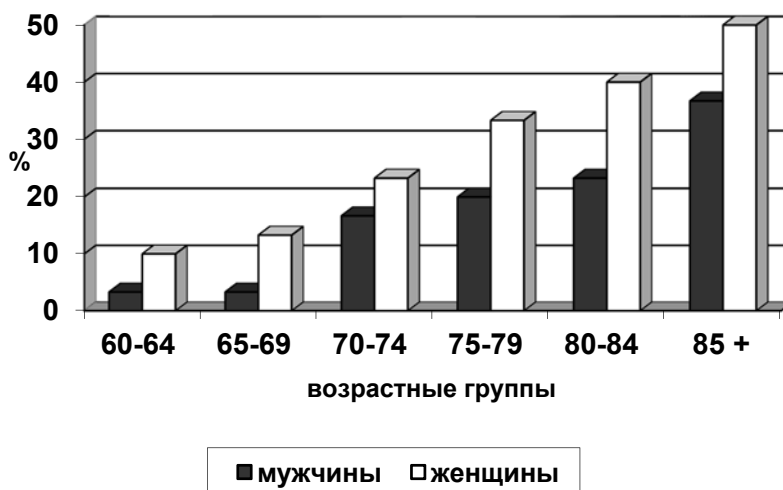


Рис.1. Распространённость переломов позвоночника у лиц обоих полов в популяции города Иркутска.

Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом от 3,3% у мужчин и 6,6% у женщин в возрасте 60-64 лет до 36,6% у мужчин и 50% у женщин в возрасте 85 лет и старше. Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков в популяции города Иркутска мало отличается от стран Западной Европы (Бельгия), Скандинавии.

Наблюдалась прямая корреляция между числом деформированных позвонков и возрастом у женщин. Наиболее часто переломы позвонков встречались в грудном отделе позвоночника в телах D7, D8, D12 и в поясничном отделе в телах L1, L2. При этом в грудном отделе переломы обнаруживались в 4,5 раза чаще, чем в поясничном.

Была проведена дифференциальная диагностика остеопороза и иных заболеваний, сопровождающихся изменениями формы позвонков. Таких как болезнь Шейерман-Мау, деструктивные изменения при воспалительных и опухолевых заболеваниях, последствия травматических переломов тел позвонков и их деформации при выраженном остеохондрозе. Так, у 4 больных (все мужского пола) клиновидная деформация позвонков (в области от D10 до L2) возникла в результате застарелого консолидированного травматического перелома. При этом наблюдалось увеличение переднезаднего размера позвонков, различные по выраженности смещения тел с явлениями остеосклероза и вторичные дистрофические изменения в виде спондилёза и остеохондроза.

С помощью логистического регрессионного анализа определены факторы, способствующие возникновению переломов.

Низкий индекс массы тела $<25 \text{ кг/м}^2$ в возрасте до 25 лет и в пожилом возрасте увеличивает риск переломов позвонков как у женщин так и у мужчин. При оценке гинекологического статуса наиболее значимыми причинами переломов оказались хирургическая менопауза до 50 лет и раннее начало климактерического периода (до 45 лет). Одиноким людям (как мужчины так и женщины) оказались более подвержены переломам. При длительной иммобилизации (более 2 мес.), также как и в невесомости, происходит потеря 0,3-0,4% костной массы ежемесячно. При этом уменьшается и мышечная масса. Поэтому иммобилизация является фактором риска переломов костей, в том числе и позвонков. Низкий образовательный уровень оказал влияние на риск переломов у мужчин ($OR=4,44$; $p=0,0001$). Выявлено, что наличие заболеваний щитовидной железы достоверно повышали риск переломов позвонков у женщин. У мужчин разница между двумя группами была статистически недостоверна ввиду небольшого числа пациентов. Сахарный диабет, онкология, резекция желудка значительно увеличивали развитие выраженных остеопоротических деформаций позвонков как у мужчин, так и у женщин. Тяжелый и средней степени тяжести физический труд до 25 лет, когда происходит формирование пика костной массы, повышал риск переломов в 3,5 раза, как у женщин, так и у мужчин. После 50 лет только у женщин, что связано с наступлением менопаузы и преобладанием процессов резорбции костной ткани. У мужчин установлено влияние ранней трудовой деятельности на риск переломов позвонков. Активный образ жизни, достаточная двигательная нагрузка достоверно уменьшали риск переломов позвонков. А вот недостаточное потребление солей кальция с молочными продуктами, наличие таких вредных привычек, как курение и злоупотребление алкоголем, наоборот риск переломов позвонков увеличивали.

Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков в популяции города Иркутска мало отличается от стран Западной Европы (Бельгия), Скандинавии и составляет в среднем 17,2 % у мужчин и 22,8% у женщин. Значимыми факторами риска в развитии переломов позвонков у лиц обоего пола являются: $ИМТ < 25 \text{ кг/м}^2$ в 25 лет и в пожилом возрасте; одиночество; иммобилизация более 2 месяцев; наличие сахарного диабета, онкологии, резекций желудка; предшествующие низкоэнергетические переломы костей; наличие переломов у матери после 50 лет; тяжелый и средней степени тяжести труд до 25 лет; курение; злоупотребление алкоголем; недостаточное потребление кальция с молочными продуктами. Кроме этого в популяции женщин значимыми факторами риска также оказались; заболевания щитовидной железы; тяжелый и средней степени тяжести труд после 50 лет; хирургическая менопауза до 50 лет; ранняя (до 45 лет) менопауза. А у мужчин: начальное образование; наличие инвалидности; начало физической деятельности до 16 лет.

Бараховская Т.В., Щербакова А.В. Антиаритмические препараты в лечении фибрилляции предсердий у пациентов старческого возраста

Иркутский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, кафедра геронтологии и гериатрии, Иркутск

Цель исследования. Провести оценку безопасности и эффективность применения антиаритмических препаратов (ААП) препаратов при фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов старших возрастных групп.

Материалы и методы. Материалом исследования явились пятьдесят историй болезни пациентов Клинического Госпиталя Ветеранов Войн г. Иркутска. Ретроспективный анализ посвящен безопасности антиаритмической терапии пациентов старческого возраста с ФП. Оценка результатов эффективности лечения проводилась по результатам ЭКГ, холтеровскому мониторингованию (ХМ), клиническому статусу. Сопоставлялась частота назначения, эффективность, побочные действия амиодарона и β -адреноблокаторов у пациентов с постоянной, персистирующей, пароксизмальной ФП. Анализировалась стандартная ЭКГ, где основным критерием эффективности рассматривалась частота сердечных сокращений (ЧСС), критериями безопасности - продолжительность интервала QT, QRS, развитие АВ-блокады.

Результаты и обсуждение. Из общего количества пациентов - 16 (32%) принимали амиодарон как основной антиаритмический препарат для восстановления, сохранения синусового ритма и контроля чсс. Комбинированную терапию (β -адреноблокатор и амиодарон) принимали 7 пациентов (14%), а 29 пациентов (58%) принимали только β -адреноблокаторы, 5 пациентов (10%) с тенденцией к выраженной брадикардии не принимали ни амиодарон, ни β -адреноблокаторы. Как показал анализ историй болезни только у 26% больных выполнены исследования функции щитовидной железы (ЩЖ), что явно недостаточно, для исключения возможной патологии ЩЖ в группе пациентов старческого возраста или возможных осложнений вызванных приемом амиодарона. ХМ-ЭКГ проведено только у 15 пациентов (30%). Нарушений длительности интервала QT, QRS выявлено не было. АВ-блокада II-степени выявлена у 3 пациентов, что послужило причиной отмены β -адреноблокаторов, и у 5 пациентов, в связи с выраженной брадикардией, амиодарон и β -адреноблокаторы не применялись в терапии. У 15 пациентов (30%) выявлена тенденция к брадикардии (ЧСС < 53 ударов в минуту), из них у 5- синдром тахи-брадикардии с паузами от 2,5 до 3 минут. У всех пациентов с брадикардией проводилась коррекция доз ААП, а у 3 пациентов потребовалась отмена β -адреноблокаторов.

Выводы. Таким образом, всем пациентам старших возрастных групп для контроля безопасности и эффективности применения ААП при ФП необходимо проводить ХМ-ЭКГ, что предусмотрено стандартом ведения данной патологии.

Бараховская Т.В., Щербакова А.В. Безопасность применения антикоагулянтной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста

Иркутский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, кафедра геронтологии и гериатрии, Иркутск

У пациентов в возрасте старше 75 лет риск тромбоэмболических осложнений увеличивается на 4%, что является важным фактором для правильной тактики выбора препаратов по предупреждению данных осложнений. Эффективность антитромбоцитарных средств в профилактике ишемического инсульта уменьшается с возрастом и фактически отсутствует в возрасте старше 77 лет. Антагонисты витамина К у пациентов старческого возраста имеют явное преимущество перед ацетилсалициловой кислотой.

Цель исследования: провести анализ выбора препаратов для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Материалы и методы. Материалом исследования явились пятьдесят историй болезни пациентов Клинического Госпиталя Ветеранов Войн г. Иркутска. Для анализа отбирали истории больных с диагнозом стабильная стенокардия напряжения, ХСН IIa стадии, функциональный класс III, артериальная гипертония 3 стадии риск IV.

Результаты и обсуждение. У выбранной группы пациентов: возраст ≥ 75 лет, постоянной формой ФП, стратификация риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc составила 2 балла и всем больным было показано назначение варфарина. Однако, только 6 пациентов (12%) принимали варфарин. В исследуемой группе пациентов в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения было у 8 (16%), у 10 (20%) – варикозное расширение вен нижних конечностей, из них у 1- тромбофлебит, у 1- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, подтвержденное повышением D-димера и у 1- выявлен тромб в полости левого желудочка. Необходимость постоянного лабораторного контроля являются основными причинами не назначения варфарина в реальной клинической практике. Полипрагмазия у данной категории пациентов, лекарственные и пищевые взаимодействия затрудняют подбор дозы варфарина исходя их целевого диапазона МНО.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ФП необходимо оценивать риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc; обеспечить систему патронажа и регулярного контроля МНО, что позволит повысить безопасность применения антикоагулянтной терапии.

Бессонова Л.О., Демин И.В., Стрекаловская М.А., Кириченко О.А., Михайлова Л.И., Волчкова Н.А. Оценка удовлетворенности больных обслуживанием в клиническом госпитале ветеранов войн

Клинический госпиталь Ветеранов войн, Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Цель исследования - определение степени удовлетворенности пациентов качеством обслуживания в КГВВ.

Материалы и методы. С целью изучения факторов, определяющих удовлетворенность пациентов качеством обслуживания, проведено медико-социологическое исследование. Объектом для исследования послужили пациенты (57 человек), находившиеся на стационарном лечении в октябре 2011г. и декабре 2014 г., давшие добровольное согласие на участие в исследовании. Средний возраст составил $79,6 \pm 2,5$ лет, доля мужчин среди опрошенных 36,67%. Клинико-морфологическая характеристика пациентов старшей возрастной категории представлена полиморбидной патологией в виде хронической ишемии мозга на фоне ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ХОБЛ, бронхиальной астмы. Сбор статистического материала проводился методом анкетирования по специально разработанной статистической "Карте изучения удовлетворенности потребителей стационарных медицинских услуг".

Удовлетворенность стационарной медицинской помощью оценивалась по 8 параметрам, характеризующим: сроки ожидания госпитализации в больницу; организацию приема пациентов в приемном отделении; бытовые условия пребывания в больнице; питание, своевременность назначения и проведения обследования; своевременное назначение лечения; знания и умения лечащего врача и медицинских сестер; вежливость, заботу лечащего врача и медицинских сестер.

При проведении оценки удовлетворенности пациентов разными аспектами работы медицинского учреждения была использована двойная шкала: вертикальная - "важность компонента", где "1" - абсолютно не важно, "2" - важно и "3" - очень важно и горизонтальная - оценка компонента от 1 до 5 баллов: 1 балл – очень недоволен; 5 - вполне доволен.

Определена итоговая интегральная оценка удовлетворенности путем усреднения оценок каждого атрибута и расчета индекса удовлетворенности.

Результаты. Квалификационная составляющая удовлетворенности оценена пациентами в 4,55 балла, организационная – 4,0 балла. Индекс удовлетворенности пациентов работой госпиталя составил 4,338 баллов. Наиболее значимые дефекты оценки оказания медицинской помощи касались организации диетического питания и досуговых возможностей.

Выводы. Использование социологического исследования позволило без существенных финансовых затрат выявить "слабые точки" в организации медицинской помощи в КГВВ. Результаты данного социологического исследования свидетельствуют о неполной удовлетворенности пациентов

качеством медицинской помощи. По результатам исследования в ОГБУЗ «КГВВ» разработаны и приняты к реализации рекомендации по усовершенствованию диет лечебного питания, организованы концертные мероприятия, школы здоровья, встречи с депутатами ЗС ИО.

Бессонова Л.О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Васильева Е.Б., Иванова Н.Ю., Петрович Е.Р. Вопросы безопасного использования антибиотиков в пожилом возрасте

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Современная демографическая ситуация в России является уникальной. По данным Федеральной службы государственной статистики и ежегодных отчетов главных специалистов терапевтов органов управления здравоохранением субъектов РФ численность постоянного населения России имеет отчетливую тенденцию к росту. Статистика последних лет говорит о стабилизации показателя естественного прироста населения на нулевом уровне. При этом количество людей старше трудоспособного возраста ежегодно возрастает. Именно эта категория пациентов формирует основные показатели заболеваемости, поддерживает рост критериев обращаемости в ЛПУ и возрастающих экономических затрат в сфере оказания медицинской помощи населению.

Практическая гериатрия до сих пор мало чем отличается от медицины зрелого человека, недостаточно эффективна, а иногда и не имеет оптимального профиля безопасности. Пациенты пожилого и старческого возраста в основном находятся в сфере деятельности общей сети здравоохранения, что отражает несовершенства организации медицины и отсутствия преемственности между педиатрией, медициной взрослого человека и гериатрией (Кузнецова Н. Д., 2007).

В структуре заболеваемости старшей возрастной категории ведущее место занимает патология сердечно-сосудистой системы, хроническая ишемия мозга, онкопатология, заболевания органов дыхания, а также инфекционные процессы различных локализаций, которые, в свою очередь, определяют показатели и структуру амбулаторной и госпитальной смертности.

Вопрос рациональной фармакотерапии больных пожилого и старческого возраста в современных условиях является серьезной врачебной мультидисциплинарной проблемой и имеет огромное социально-экономическое значение.

Согласно медицинской статистике, риск возникновения побочных эффектов у пациентов старше 60 лет в 1,5 раза выше, чем у молодых. А у больных 70 – 79-летнего возраста неблагоприятные реакции на введение лекарств развиваются в 7 раз чаще, чем у пациентов 20-29 лет. Люди пожилого и старческого возрастов в 2-3 раза чаще госпитализируются по поводу побочных действий препаратов. А наибольшее число смертельных исходов,

связанных с нерациональной фармакотерапией, приходится на возрастную группу 80 – 90 лет. Причем, при назначении трех и более препаратов риск нежелательных лекарственных реакций значительно возрастает.

Симптомы побочных реакций на медикаменты людей старшего возраста нередко атипичны. Например, нарушения водного и электролитного баланса у пожилых пациентов могут проявляться в виде психических расстройств. Нередко препараты, хорошо переносимые в молодом возрасте, вызывают депрессию у пациентов пожилого возраста (пропранолол, индометацин, кортикостероиды и др.). Критическое снижение артериального давления у пожилых больных может наступить при терапии гипотензивными препаратами (ганглиоблокаторы, вазодилататоры, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, наркотические препараты, фенотиазиновые нейролептики, холиноблокаторы и др.).

Безопасное использование антибактериальных средств зависит от возрастных изменений фармакокинетики и фармакодинамики, которые обусловлены особенностями стареющего организма: снижением адаптационных возможностей организма, изменением процесса всасывания лекарств, замедлением выведения лекарств из организма, ослаблением активности ферментных систем, увеличением длительности циркуляции лекарств в организме, изменением белковосвязывающей активности крови. Кроме того, имеется ряд факторов риска, осложняющих проведение адекватной антибиотикотерапии: полиморбидность, как основа для вынужденной полипрагмазии и сложности прогноза лекарственных взаимодействий, наличие длительного лекарственного (в том числе, по антибиотикам) анамнеза, привыкание к длительному приему лекарств – фармакомания, распространенность самолечения.

Оценивая потенциальную органотоксичность антибиотиков, следует помнить, что аминогликозиды являются основной группой препаратов, вызывающих острую почечную недостаточность (наиболее нефротоксичен гентамицин, менее токсичны нетилмицин, амикацин). Карбоксипенициллины могут вызывать дисфункцию тромбоцитов с исходом в геморрагический синдром, обладают гипернатрийемическим действием с последующим закономерным прогрессированием ХСН, а также могут быть причиной развития различных, вплоть до фатальных, нарушений ритма в силу снижения уровня сывороточного калия. Пенициллины и цефалоспорины теоретически считаются наиболее безопасными препаратами и традиционно являются средствами приоритетного выбора в гериатрической практике. Однако, при применении в высоких дозах, цефалоспорины первого поколения способны вызывать острую почечную недостаточность, а препараты группы пенициллинов обладают нейротоксическим эффектом. Фторхинолоны - многочисленная группа лекарственных средств, обладает многопрофильной органотоксичностью, наиболее значимыми в пожилом возрасте (геапто-, нефро-, кардиотоксичность, фотосенсибилизация и др.). Причем «ранние» ФХ более агрессивны как в монорежиме, так и в условиях лекарственных комбинаций.

Лекарственные взаимодействия в фармакотерапии пожилых больных являются основным источником развития НЛР. Ототоксическое действие аминогликозидов (стрептомицин, гентамицин), салицилаты, усугубляется при использовании лекарственных комбинаций с такими препаратами, как фуросемид, урегит и другими мочегонными средствами, часто назначаемыми в рамках различных базисных схем лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо учитывать и другие особенности лекарственных взаимодействий в пожилом возрасте. Так, например, антациды, препараты железа, активированный уголь нарушают всасывание многих препаратов (доксциклин, метациклин, метилдофа, леводопа, ципрофлоксацин, тироксин, каптоприл, фолиевая кислота и др.), что снижает их терапевтический эффект. А лекарства, активно связывающиеся с белками, изменяют распределение ряда лекарственных средств, вытесняя их из связи с белками. Так, фенилбутазон (бутадион) может вытеснять из связи с белком кумариновые антикоагулянты и сахароснижающие препараты, следствием чего являются соответственно геморрагические осложнения и гипогликемия.

Изменения фармакокинетики антибактериальных лекарственных препаратов у пожилых играют важную роль в оптимизации режимов назначения в реальной клинической практике врача любой специальности. Снижение разовых доз и увеличение интервалов дозирования требуется при использовании аминогликозидов и макролидов в силу прогнозируемого увеличения их максимальной концентрации в сыворотке крови и периода полувыведения вследствие физиологического снижения скорости клубочковой фильтрации. Применение β -лактамов (пенициллины, цефалоспорины) и фторхинолонов также требует двукратного уменьшения доз, и уменьшения суточной кратности при снижении почечного клиренса на 50% в возрасте старше 70 лет.

По данным Е.А.Овчинниковой (2003г.) антимикробные препараты лидируют среди причин нежелательных лекарственных реакции у российских пациентов и составляют 25,1% случаев спонтанных сообщений об НЛР.

Опыт работы иркутского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств в 2012 году выявил наиболее значимые тенденции в использовании АБП в гериатрической практике. Так, среди всех проблемных случаев применения антибиотиков 47% составили больные старше 65 лет. Наибольшее количество НЛР продемонстрировали цефалоспорины – 34%, фторхинолоны 21% и ингибиторзащищенные пенициллины – 12%. Несколько отстают от тройки лидеров карбапенемы -10%.

В литературе по данному вопросу наибольшее количество НЛР приходится на линезолид, ванкомицин – 24,1%, далее – ко-тримоксазол – 18,7%, клиндамицин – 18,5%, незащищенные пенициллины – 15,5% (Shehab N, et al. Clin Infect Dis. 2008; 47: 735-743).

В структуре заболевания мочевыделительной системы ведущее место занимает инфекция почек и мочевыделительных путей. Хронический

пиелонефрит является основной проблемой гериатрической нефрологии. Его частота в общей популяции лиц старческих возрастов по литературным данным достигает 38,9%, по нефрологическому отделению ОГБУЗ КГВВ - 56,8%. Анализ данной патологии по десятилетиям жизни свидетельствует о ее прогрессивном нарастании, как у мужчин, так и у женщин. Это обусловлено накопленными «факторами риска» развития заболевания и невозможностью их устранения хирургическим путем из-за тяжелой сопутствующей патологии, которая характеризуется рецидивирующим течением.

Антибактериальная терапия проводится как эмпирически, так и с учетом флоры и чувствительности к антибиотикам: 80% E. Colli, реже Proteus spp; Klebsiella spp; Enterobacter spp.: 20% - микробные ассоциации. С целью фармакологической коррекции инфекционного поражения мочевого тракта используются цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, группа амоксициллина. При этом определяющим в тактике лечения является оценка потенциальной эффективности при оптимальном профиле безопасности.

Оптимизация тактики АБТ у больных старшей возрастной категории в условия ОГБУЗ КГВВ обеспечивается правильным выбором антибиотика, адекватной характеристикой лекарственной формы, оценкой информации по качеству лекарственной субстанции (РЦ МБЛС), рациональным назначением (доза, кратность, путь введение, стратегия использования), учетом параметров лекарственного взаимодействия, а также микробиологическим мониторингом.

Учитывая очевидные проблемы использования антибактериальных лекарственных средств в геронтологической практике, решение о назначении антимикробного препарата больным пожилого и старческого возраста должно быть строго взвешенным с оценкой не только конкретной клинической ситуации, но и особенностей данного возрастного контингента. Безопасность лечения может достигаться детальным учетом клинических проявлений, функционального состояния почек, печени, фармакодинамических и фармакокинетических свойств препарата, а также коррекцией назначаемой дозы антибиотика под тщательным клиническим и лабораторным контролем за фармакотерапией.

Бессонова Л.О., Верлан Н.В., Волчкова Н.А. Опыт использования небулизированной формы будесонида с целью купирования бронхообструктивного синдрома при обострении ХОБЛ у больных в гериатрической клинической практике.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель: оценить эффективность и безопасность применения небулизированной формы будесонида (пульмикорт–суспензия) в программе терапии больных ХОБЛ в фазе обострения в условиях терапевтического отделения.

Методы. Под наблюдением находились 19 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил $78,6 \pm 0,5$ лет, с диагнозом ХОБЛ III стадии в фазе обострения средней степени тяжести. С целью усиления противовоспалительного компонента терапии применялся будесонид в виде пульмикорта-суспензии 0,25 мг/мл и 0,5 мг/мл в сочетании с небулизацией бронхолитиками (беродуал, атровент), эмпирической антибактериальной терапией, дезагрегантами и оксигенацией. Клиническое наблюдение сопровождалось оценкой спирометрии с бронхомоторным тестом до и после лечения, пикфлоуметрическим контролем, скринингом пульсоксиметрии, данными ЭКГ, ЭХОКГ, лабораторными показателями и рентгенологическими исследованиями. Длительность терапии будесонидом определялась периодом клинических проявлений бронхообструктивного синдрома, динамикой показателей ПФМ, Sa O₂.

Результаты. Купирование клинических проявлений обострения ХОБЛ при использовании пульмикорта-суспензии через небулайзер достигнуто в среднем на 5-7 сутки от начала ингаляционной терапии с последующим переводом больных на дозированные формы ИГКС (пульмикорт-турбухалер 100-200мкг) в сочетании с ДДБА и комбинированные формы бронхолитической терапии.

Выводы. Небулайзерная терапия Пульмикортом позволяет проводить лечение обострений бронхиальной астмы и ХОБЛ у пожилых пациентов в качестве альтернативы системным ГКС безопасно и в более короткие сроки.

Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Волчкова Н.А., Стеценко Л.К. Возможности применения новых технологий доставки лекарственных средств при бронхообструктивном синдроме в гериатрической практике

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения тиотропия бромид (Спирива-респимат) у больных в пожилом возрасте.

Материалы и методы. Проанализировано 9 случаев лекарственной терапии больных страдающих ХОБЛ III ст. т. (3человека) и сочетания ХОБЛ II-III ст.т. и БА на фоне кардио-респираторной патологии и ДГПЖ II ст. в условиях терапевтического отделения. Из них 6 мужчин, средний возраст которых составил $77,7 \pm 6,3$ лет, и 3 женщины в возрасте $79,7 \pm 2,4$ лет.

Базисная терапия проводилась с использованием тиотропия бромид Спирива-респимат в дозе 10 мкг однократно в сутки. В 2-х случаях препарат был назначен в режиме замены порошковой лекарственной формы тиотропия на форму «респимат», в 7-ми случаях- первичное назначение Спирива-респимат после эпизодического использования ипратропия бромид. Клиническая эффективность терапии оценивалась по динамике жалоб, аускультативной картине в легких, степени дыхательной недостаточности по дан-

ным пульсоксиметрии, пикфлоуметрическому мониторингу и данным спирометрии до и после лечения. За критерии безопасного использования препарата приняты изменения параметров стандартной ЭКГ в динамике, данные Холтеровского мониторирования на фоне лекарственной терапии. Влияние на уродинамику оценивалось по данным УЗИ предстательной железы (объем железы и остаточной мочи) в динамике на фоне лечения. Субъективная оценка приверженности к использованию нового средства доставки ЛП (респимат) – методом опроса и проверки освоения использования лекарственной формы..

Результаты. Достигнута стабилизация бронхообструктивного синдрома в 100% случаев по всем субъективным и объективным критериям. У больных ХОБЛ II и III ст.т. в сочетании с БА на фоне проводимой терапии значимых изменений по данным ЭКГ и ХМ ЭКГ выявлено не было. Случаев острой задержки мочи, отрицательной динамики УЗИ-данных не зарегистрировано. Использование нового средства доставки ЛП (респимат) оценена больными позитивно, сложности в освоении дыхательных маневров в первые 3 дня испытала 1 больная с нарушением слуха.

Выводы: Применение тиотропия бромид в форме «Спирива респимат» при сочетанной полиорганной патологии у больных ХОБЛ и БА в старшей возрастной категории является доступным, эффективным и безопасным методом длительной базисной терапии.

Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Волчкова Н.А. Оценка эффективности и безопасности клинического использования свободной комбинации будесонида и форматерола с базисной целью при ХОБЛ у больных старше 70 лет

Иркутская государственная академия последипломного образования, Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель: оценить особенности клинического использования, эффективность и безопасность применения свободной комбинации будесонида и форматерола с базисной целью при ХОБЛ у больных старше 70 лет в условиях терапевтического отделения.

Методы. Под наблюдением находились 14 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил $79,6 \pm 0,5$ лет, с диагнозом ХОБЛ III стадии вне обострения. С целью продолжения назначенной ранее базисной терапии ХОБЛ при стабильном течении применялась свободная комбинация будесонида 200 мкг (или 400 мкг) и форматерола 12 мкг с использованием аэролайзера – «Форадил Комби». Клиническое наблюдение сопровождалось оценкой спирометрии с бронхомоторным тестом до и после лечения, пикфлоуметрическим контролем, скринингом пульсоксиметрии, данными ЭКГ, ЭХОКГ, ХМ ЭКГ (по показаниям), лабораторными показателями и рентгенологическими исследованиями. Удовлетворенность использова-

нием лекарственного препарата и средства ингаляционной доставки оценивалась по данным анкетирования больных, и оценке врачей о правильности исполнения пациентами плановых назначений.

Результаты. Стабильность течения ХОБЛ при использовании свободной комбинации будесонида и форматерола в условия стационара подтверждена спирометрическими показателями и клиническими данными в 100% случаев. Значимых изменений ЭКГ параметров в рамках побочного действия ДДБА не выявлено, местные проявления нежелательных явлений при использовании ИГКС в виде кратковременной осиплости голоса отмечены у 1 больного (7%), инфекционных осложнений не зарегистрировано. По анкетным данным установлено – переносимость терапии – удовлетворительная в 100 % случаев, трудность освоения средством доставки отметили 3 пациента (на фоне ДЭ II), ошибки по выполнению дыхательных маневров выявлены медицинским персоналом у 2 больных в течении первых трех дней наблюдения.

Выводы. Фармакотерапия свободной комбинацией будесонидом и форматеролом (Форадил Комби) является надежным и безопасным средством базисной терапии ХОБЛ на фоне полиорганной патологии у больных в старшей возрастной категории. С учетом интеллектуальных особенностей пожилых пациентов исследуемой группы требуется обязательный стартовый и промежуточный контроль медперсонала за правильностью использования средства ингаляционной доставки и соблюдения дозового режима.

Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Егорова Л.С., Гурьева П.В., Михайлова А. Х. Опасные сочетания растительных препаратов для лиц пожилого и старческого возраста.

Областной гериатрический центр

Многие пожилые люди прописывают травы себе самостоятельно, считая что это не «химия», а всего лишь «травки». Однако действующие вещества в лекарствах и травах принципиально между собой не различаются.

Например, пожилой человек решает для профилактики ухудшения памяти начать прием экстракта гинко билоба. Одновременно доктор, который об этом не осведомлен, назначает ему от проблем с сердцем ацетилсалициловую кислоту. Если пациент будет последовательно принимать оба этих лекарства, через несколько месяцев такие эксперименты могут завершиться инсультом.

Многие лекарственные растения содержат алкалоиды пирролизидина, очень вредные для печени. Это вещество присутствует в самых распространенных травах, например в мать – и – мачехе, белокопытнике, посконнике, иван-чае, хне и т. д. Вследствие употребления этих трав возможно возникновение болезни печени, трудной для диагностики и лечения.

Всемирная организация здравоохранения в 1988 г. опубликовала в книге «Пирролизидиновые алкалоиды» список растений, содержащих яды этой группы алкалоидов, повреждающих печень и вызывающих рак у предрасположенных к этому людей. В список опасных растений включена мать-и-мачеха, огуречная трава (бурачник), окопник лекарственный, калужница болотная, чернокорень и ряд других. Вредный эффект ядов, присущих названным растениям, проявляется не сразу, опасность их не заметна. Но опасность существует. Систематически потребляя опасное растение, человек не догадывается, что именно оно привело к болезни.

Между тем без упоминания мать-и-мачехи, пожалуй, не обходится ни одна книга о лекарственных растениях, хотя бы в составе чая. Мать-и-мачеху советуют также применять как отхаркивающее средство.

Природа наделила наш организм цитохромами Р-450. Эта группа ферментов разрушает поступающие в организм яды и лекарства. В стенках кишечника имеется цитохром Р-450 3А4, который разрушает многие попавшие в кишечник лекарства. Обнаружено, что некоторые растения содержат вещества, существенно влияющие на активность цитохрома, то есть на его способность разрушать лекарства. Так, отвары зверобоя повышают активность цитохрома 3А4 и, соответственно, усиливают разрушение в организме ряда лекарств, делая их неэффективными.

Неоднократно описаны случаи, когда у женщин, принимающих отвары зверобоя, оказывались неэффективными противозачаточные таблетки, а у больных с пересаженными органами под действием зверобоя переставали действовать лекарства, предупреждающие отторжение пересаженного органа.

При некоторых заболеваниях люди вынуждены систематически принимать варфарин и другие лекарства для снижения свертывания крови. Потребление зверобоя может ослабить эффект варфарина, поскольку он способствует разрушению этого лекарства цитохромом. Теофиллин, используемый при некоторых заболеваниях, также становится менее действенным в сочетании со зверобоем.

А вот, кстати, сок грейпфрута, наоборот, препятствует разрушению лекарств в организме и может вызвать нежелательное усиление их действия. Поэтому врачи не рекомендуют запивать лекарства этим, да и другими соками. Доказано, что грейпфрут и зверобой не единственные растительные средства, воздействующие на активность цитохрома. Причем люди значительно различаются по активности цитохрома 3А4 и других цитохромов, поэтому чувствительность к действию зверобоя и других растений у каждого человека своя. Обо всем этом нужно знать тем, кто сочетает лечение растениями с приемом лекарств.

Зверобой к тому же, вмешиваясь в обмен веществ, особенно в сочетании с лекарствами, может способствовать появлению пигментных пятен у людей, пребывающих на солнце. Зверобой, кроме того, известен как накопитель ядовитого металла кадмия. Многие растения воздействуют на гор-

моны нашего организма. В детстве некоторые из вас наверняка любили лакомиться сладкими корнями солодки (лакрицы). Однако длительное потребление этого растения нежелательно из-за воздействия на гормоны надпочечников. Растение нарушает естественное превращение гормона надпочечников в почках, может вызывать нарушения минерального обмена, накопление в организме воды из-за задержки натрия и потери калия, повышение кровяного давления. Кроме того, прием лакричника приводит к истощению запасов кальция в организме и к сердечной аритмии, особенно у людей, которые пьют некоторые кардиологические средства.

Среди растений, воздействующих на нервную систему, можно назвать эфедру. Она может встретиться нам в советах травников и некоторых неофициально распространяемых пищевых добавках. Восточная медицина утверждает, что эфедра повышает «ментальную энергию» человека. В действительности она повышает давление крови и вызывает опасный прилив ее к мозгу. В России биодобавки с эфедрином запрещены. В США многократно сообщалось о серьезных последствиях потребления таких добавок. Среди них гипертония, инсульты, судороги. Описан случай гибели студента, воспользовавшегося чаем с добавкой эфедры. В нашей стране это растение предлагается в составе средств для похудения.

Пожилым людям приходится заботиться о снижении свертывания крови и даже принимать варфарин, фенилин и другие вещества, понижающие свертывание. Эти вещества являются антагонистами витамина К. Однако многие растения содержат этот витамин и поэтому повышают свертывание. Примером может служить черноплодная рябина. Некоторые пожилые люди любят ее за способность снижать давление крови, но она способствует образованию тромбов.

Подчас, зная о съедобности плодов растения, мы ошибочно полагаем, что съедобны и все остальные его части. Листья, стебли и корни барбариса содержат яд берберин, съедобны только ягоды. Ядовиты листья черники обыкновенной.

Некоторые заболевания делают неприемлемой для больного пищу из, казалось бы, безобидных растений. Так, салаты из одуванчика не подойдут при воспалении желчного пузыря. Кислица и другие богатые кислотами растения не годятся людям с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Людям с отложениями солей щавелевой кислоты в мочевыводящих путях вредны растения, богатые этой кислотой (щавель, ревень, кислица и др.). Спаржа и петрушка противопоказана при заболеваниях почек.

Брикова С.И., Беликова Ю.В., Дунгуров О.Ц., Трухан Р.Г. Оценка переносимости последовательной схемы эрадикационной терапии у лиц пожилого возраста.

Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цель: изучить переносимость последовательной схемы эрадикационной терапии пожилыми пациентами с эрозивными и язвенными поражениями слизистой желудка, ассоциированными с НР.

Материалы и методы. Проведено лечение шести пациентов (5 женщин и 1 мужчина) в возрасте старше 80 лет с выявленными эрозивными и язвенными поражениями желудка, ассоциированными с НР. Диагностику эрозивных поражений осуществляли фиброгастроскопически, выявление инфекции НР – гистологическим методом.

Согласно Российских национальных рекомендаций, IV Московского соглашения, на основе Рекомендации консенсуса Маахстрит IV больные получали последовательную схему терапии:

1 этап: - ИПП (омепразол 20мг*2 р/д) + Амоксицилин 1000 мг*2р/д 5 дней.

2 этап: - ИПП + кларитромицин 500мг*2р/д. + метронидазол 500мг*3 р/д следующие 5 дней.

В двух случаях, при сложных и множественных язвенных дефектах, данная схема дополнялась висмутом трикалия дицитратом 120 мг *4р/д. Общая длительность эрадикационной терапии составила 10 дней.

Результаты. Была отмечена хорошая переносимость и лучшая приверженность к лечению со стороны пациентов, с учетом уменьшения количества таблетированных лекарственных средств в сутки в сравнении со стандартной схемой терапии. Не выявлены диспептические побочные эффекты антибиотиков: расстройство стула, тошнота, горечь во рту.

Выводы. Последовательная схема эрадикационной терапии у пожилых пациентов хорошо переносится и может приоритетно применяться в условиях вынужденной полипрагмазии у геронтологических больных.

Быкова Н.М., Навтанович Н.А., Ткачева Н.С., Варламова С.В. Причины отсроченного лечения тиреотоксикоза у больных пожилого и старческого возраста

Иркутская городская клиническая больница № 10, Иркутск

Цель исследования: изучить причины отсроченного лечения тиреотоксикоза у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Были изучены 264 истории болезни больных с тиреотоксикозом. Больные были разделены на две группы по возрасту: первая до 74 лет 11месяцев (233 человека, средний возраст $51,45 \pm 3,16$ лет, мужчин- 41, женщин - 192), вторая старше 75 лет (31 человек, средний возраст $77,68 \pm 0,47$ лет, мужчин было 6, женщин — 25). Изучали жалобы, анамнез и способ поступления в эндокринологическое отделение. Жалобы

разделили на классические (слабость, сердцебиение, тремор, раздражительность, похудание, плохую переносимость жарких помещений, одышка, жажда) и неклассические (представлены одним или двумя признаками). Из анамнеза выясняли через какой период времени от начала заболевания был выставлен диагноз и начато лечение. Начало заболевания определяли по ощущениям пациента. Способы поступления в отделение эндокринологии были следующие: направление поликлиники, самообращение, переводом из кардиологического отделения. В день поступления всем записывали ЭКГ и производили забор крови для исследования тиреоидных гормонов. Электрокардиограмму (ЭКГ) записывали на 6-канальном электрокардиографе Schiller (Швейцария) в 12-ти стандартных отведениях. Тиреоидные гормоны (Тиреотропный - ТТГ, свободный тироксин - св.Т4 и свободный трийодтиронин - св.Т3) определяли с применением тест-систем производства IMMUNONTCH (Чехия). Референтные значения тиреоидных гормонов: ТТГ-0,27-4,2 мМЕ/л, св.Т4-12,0-22,0 пМоль/л. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью прикладных программ Statistika и Biostatistika.

Результаты. У всех исследуемых больных диагноз тиреотоксикоз был подтвержден лабораторными методами диагностики: ТТГ был ниже 0,27 мМЕ/л; св.Т4 выше 12,0 пМоль/л. Классические жалобы тиреотоксикоза предъявляли 218 (93,5%) больных первой группы и только 2 (2,7%) больных второй группы, полученная разница оказалась достоверной ($p < 0,05$). Пациентам первой группы лечение начиналось через $8,63 \pm 1,55$ месяцев от начала заболевания, а больные второй группы лечение начиналось через $13,14 \pm 1,39$ месяцев от первых субъективных признаков нарушения сердечного ритма, по поводу которого многие из них уже получали антиаритмические препараты без существенного эффекта. Больным пожилого и старческого возраста тиреостатики назначали на 5 месяцев позже, по сравнению с больными более молодого возраста. Выявленная разница оказалась статистически значимой ($p < 0,05$). По направлению врача (эндокринолога или терапевта) поликлиники поступили в отделение 221 (94,8%) больных первой группы, 13 (41,9%) - второй группы. Самообращение были только в первой группе – 5 больных (2,1%). Переведены из кардиологического отделения, куда поступили в связи с нарушением сердечного ритма – 7 больных (3,0%) из первой группы и 18 (58,1%) больных из второй группы, выявленная разница составила 53,1% и оказалась достоверной ($p < 0,05$).

Заключение. Тиреотоксикоз у больных в возрасте старше 75 лет в большинстве случаев не имеет классического набора жалоб, а проявляется одной или двумя жалобами, что затрудняет диагностику заболевания. Наиболее частым проявлением тиреотоксикоза у этой когорты больных является нарушение сердечного ритма, по поводу которого больные госпитализировались в кардиологическое отделение. Часто диагностика основывается на лабораторных данных (показателях тиреоидных гормонов крови), которые были исследованы согласно стандартам медицинской помощи и

полученные результаты позволяли начать адекватное лечение. Таким образом, можно констатировать, что исследование тиреоидных гормонов крови у больных с нарушением сердечного ритма, особенно у пациентов старше 75 лет, является необходимым условием диагностического поиска и своевременного назначения адекватного лечения.

Быков С.В., Быкова Н.М., Съемщиков В.С. Морфологические признаки дистрофического процесса при старении по данным аутопсии у умерших больных болеющих при жизни сахарным диабетом

Шелеховская районная больница, Иркутская область; Иркутская городская клиническая больница № 10; Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель: изучить наличие и объемы дистрофических процессов в виде рассеянных мелкокапельных отложений зернистых гиалиновых шаров под эпендимой гиппокампа у больных сахарным диабетом старческого возраста по материалам аутопсий.

Материалы и методы. Были изучены протоколы патологоанатомического вскрытия у 60 умерших людей после 75 лет, средний возраст $76,62 \pm 0,87$. Причины смерти были различными. Изучали гистологические микропрепараты, которые были окрашены стандартным методом гематоксилин-эзином, где зернистые гиалиновые образования имели синий цвет в виде дисперсных округлых клякс. Использовался световой бинокулярный микроскоп «Олимпус» с увеличением 400 раз (окуляр 10, объектив 40). Для объективизации оценки планиметрического счета использовалась окулярная измерительная сетка по Г.Г. Автандилову для цито-гистостереометрических исследований. За норму брался показатель отсутствия дистрофических проявлений (0 мкм^2). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью прикладных программ Statistika.

Результаты. Изучаемый признак носит вероятностный (прогностический) характер оценки показателя интенсивности старения и относится к местной локальной дистрофии стромального типа. Оценка интенсивности нарастания дистрофических процессов сводится к суммарному показателю объема площади отложения зернистых гиалиновых шаров в квадратных микрометрах. Показатель степени поражения изучаемого гиппокампального отдела мозга выражает соотношение площадей занятых базофильными зернистыми включениями в трех полях зрения в одном плоскостном срезе мозга с одного случая. Изучаемые случаи были разделены на две группы: болеющие при жизни сахарным диабетом - 37 случаев и не болеющие сахарным диабетом - 23 случая. По полу возрасту и сопутствующей патологии группы были сравнимы. В препаратах первой группы объем зернистых гиалиновых шаров составил $13,59 \pm 0,76 \text{ мкм}^2$; во второй группе $5,65 \pm 1,38 \text{ мкм}^2$. Разница между объемами выявленных дистрофических процессов в группах составила 2,4 раза и оказалась достоверной ($p < 0,05$).

Выводы. Дистрофические процессы в виде рассеянных мелкокапельных отложений зернистых гиалиновых шаров под эпендимой гиппокампа выявлены у всех умерших старческого возраста в различных объемах. По сравнению с умершими больными не болевшими при жизни сахарным диабетом, у умерших больных сахарным диабетом отложение зернистых гиалиновых шаров под эпендимой в желудочковой системе мозга, достоверно превышает в количественном объеме по общей сливной площади этих образований.

Власова И.А. Показатели реабилитационного лечения пожилых лиц с ишемической болезнью сердца

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
Иркутск

В старших возрастных группах сердечно-сосудистая патология занимает лидирующее положение в общей структуре заболеваемости населения. В комплексной терапии таких пациентов большое внимание уделяется методам реабилитации, в частности лечебной физической культуре (ЛФК). В полноценной реабилитационной программе, как правило, присутствуют простые функциональные тесты, доступные для проведения, позволяющие оценить уровень адаптации пациента к мышечной деятельности, определиться с двигательным режимом и оценить эффективность лечебных мероприятий. В качестве форм ЛФК используются дозированные физические нагрузки, адекватные особенностям функционального состояния организма при ишемической болезни в пожилом возрасте.

Цель исследования. На основании вышеизложенного было проведено изучение эффективности реабилитационных процедур на санаторном этапе восстановления пациентов пожилого возраста с ишемической болезнью сердца по результатам использованием теста 6-минутной ходьбы.

Методы исследования. После клинического обследования и при отсутствии противопоказаний пациентам предлагалась ходьба по размеченному (интервал 1 метр) коридору в течение 6 мин. в обычном темпе. Регистрировались показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления до, и после пробы; определялось пройденное расстояние; рассчитывался показатель "двойного произведения", функциональный класс (ФК) по NYHA на основании результатов теста. Тестирования проводились до и после реабилитационного лечения (занятия ЛФК, дозированная ходьба, терренкур).

Полученные результаты. Средний возраст испытуемых составил $63,5 \pm 2,1$ лет. Анализ данных исследования показал, что метраж пройденного расстояния пациентами в начале реабилитационного курса в среднем составил $313,5 \pm 22,6$ метра, что соответствовало 2 ФК по NYHA. После восстановительного лечения испытуемые улучшили этот показатель, который в среднем достиг $373,4 \pm 27,1$ метра, что также укладывалось в диапазон

2 ФК по NYHA. Однако, несмотря на один и тот же коридор функционального класса, первый и второй результаты достигались при статистически равных значениях "двойного произведения" ($90,1 \pm 4,3$ и $91,5 \pm 4,2$ ед., $p > 0,1$), что свидетельствовало об экономизации деятельности сердечно-сосудистой системы, поскольку большее расстояние преодолевалось при тех же сдвигах физиологических функций (частоты сердечных сокращений и артериального давления), как и меньший метраж в начале исследования.

Заключение. Таким образом, малонагрузочные методы физической реабилитации у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца способствуют минимизации "цены" напряжения физиологических функций, что свидетельствует об их эффективности. Несмотря на субъективизм эргометрических характеристик теста с 6-минутной ходьбой, его использование с измерением и анализом показателей гемодинамики в процессе проведения данной пробы повышает объективность метода и позволяет более тщательно оценить особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы, выбрать двигательный режим и определить результативность восстановительных процедур.

Гурьева П.В., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х. **Немедикаментозная реабилитация сосудистых больных**

Областной гериатрический центр, Иркутск

Цель. Серьезную проблему в лечении больных с сосудистой патологией головного мозга составляет сочетание сенсомоторного дефекта и когнитивных нарушений. В областном гериатрическом центре проведено рандомизированное исследование когнитивных и двигательных функций у пациентов с Дисциркуляторной энцефалопатией II-III ст.

Методы исследования. Обследовано 64 человека в возрасте 56-85 лет. Больные были разделены на 2 группы. В первой группе пациенты получали только общепринятое медикаментозное лечение. Во второй группе, помимо базового сосудистого лечения, в качестве дополнительного, использовался метод внешней ритмической стимуляции (ВРС), основанный на принципах референтной биоадаптации, предъявляемый пациенту в виде светозвуковых импульсов. В начале и конце стационарного лечения, нарушения со стороны сенсомоторного комплекса дополнительно оценивались по шкале Линдмарка, когнитивные функции изучались с помощью мини-исследования умственного состояния (MMSE) и теста рисования часов.

Результаты. В результате первичного тестирования были получены следующие данные: В первой группе: среднее по шкале Линдмарка – 388,36 балла; по шкале MMSE – 24,2 балла; по тесту рисования часов – 7,12 балла. Во второй группе: по шкале Линдмарка – 405,97; по шкале MMSE – 24,68 балла; тест рисования часов – 6,84 балла. По результатам повторного тестирования были получены более высокие результаты, чем в первый раз: в первой группе, где проводилось только базовое лечение по шкале Линдмарка – 407,27 балла ($>4,5\%$); по шкале MMSE – 25,97 балла ($>6,9\%$); по

тесту рисования часов – 7,36 балла (>0%). Во второй группе, где дополнительно использовался метод ВРС: Линдмарк – 432,55 (>5,5%); MMSE – 26,74 (>8,8%); по тесту рисования часов – 8,7 (>9,9%).

Заключение. Полученные данные говорят о большей эффективности лечения больных с хронической сосудистой патологией головного мозга в группе, где использовался метод ВРС. Имеется целесообразность использования данного метода у больных с когнитивными и двигательными нарушениями сосудистого происхождения в качестве дополнительного метода лечения. Данный подход позволяет повысить эффективность восстановления двигательных и когнитивных функций у больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга.

**Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Гурьева П.В.,
Современный гериатрический пациент по материалам стационара
Областного гериатрического центра г.Иркутска**

Областной гериатрический центр, Иркутск

В конце XX начале XXI века в мировой популяции увеличилась абсолютная численность лиц старших возрастных групп. Долголетие становится нормой в развитых странах, сложилась устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни. Так, по данным Всемирной организации здраво-охранения в 1955 году число пожилых людей в возрасте 65 лет и старше во всех странах составляло 143 млн человек (5,2%), в 2005 г. достигло 475 млн (7,1%), а к 2025 г. количество людей пожилого возраста достигнет более 1 млрд человек (Безруков В.В. и др., 1988). Американские демографы прогнозируют, что в США лица старше 65 лет в 2030 году составят 17% общей популяции (Гаврилов Н.Е. и др., 2008). Ожидается, что в ближайшие 10 лет 30% на населения Европы будет старше 65 лет. По прогнозам ООН, к 2050 году доля пожилых людей составит 1/4 мирового населения, а в наиболее развитых регионах более 1/3 населения. Ежемесячно 1 млн человек достигает 60-летнего возраста (Лабезник Л.Б. и др, 2007г). В настоящее время более 80% из них проживают в развивающихся странах. Предполагается, что за 1950–2050 гг. количество людей старше 80 лет в мире возрастет с 14 млн до 400 млн (Беловол А.Н. и др, 2012).

Во всем мире обеспечение качества жизни граждан пожилого и старческого возраста признается приоритетной задачей государственной социальной политики. Рост численности лиц пожилого и старческого возраста приведет к существенному увеличению расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, в связи с чем увеличивается значимость геронтологии для государства. Следствием постарения населения является увеличение в популяции распространенности зависимой от возраста патологии (болезни системы кровообращения, новообразования, урологическая патология и другие заболевания мочеполовой системы, старческие переломы и

ограничивающие жизнедеятельность костно-мышечные нарушения, психические расстройства, связанная с возрастом патология органов чувств и др.). Для лиц данных групп характерно повышение заболеваемости – в пожилом возрасте в 2 раза, в старческом – в 6 раз, что в значительной степени обусловлено развитием инволютивных изменений органов и систем. Закономерные изменения в органах и системах (в частности сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой и других) способствует прогрессированию имеющихся заболеваний и развитию новой патологии – атеросклероза, артериальной гипертензии, мочекаменной болезни и прочих. У женщин старше 60 лет в среднем диагностируются 5,2 заболеваний. Каждые последующие 10 лет к ним прибавляется еще по 1–2 болезни. Пожилой и старческий возраст – это период клинических проявлений комплекса заболеваний. в пожилом возрасте наблюдается явление полиморбидности («избыточность патологии») (Лабезник Л.Б. и др, 2007). Взаимовлияние заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает жизненный прогноз.

В целях изучения наиболее значимых аспектов патологии современного гериатрического пациента нами проанализированы нами проанализированы истории болезни 4 395 больных, областного гериатрического центра (ОГЦ) за 2010 -2013 гг., данные функциональных и лабораторных исследований.

Для изучения клинической и функциональных особенностей гериатрических пациентов они были разделены на 2 группы: пожилые (60-74 года) и старые (старше 75 лет). В структуре соматических заболеваний преобладают болезни системы кровообращения, что составляет 78,5%, где 31% болезни, характеризующиеся повышением артериального давления , 30%- ишемическая болезнь сердца, 18%- цереброваскулярные болезни. Большую группу составляют болезни костно-мышечной системы- 13%. Все заболевания сочетаются с болезнями других систем организма: пищеварительной, эндокринной, мочеполовой, болезнями глаз. Следует выделить полиморбидность заболеваний. По нашим данным у 1 пожилого пациента в среднем имелось 4,1 диагноза, а у лиц старше 75 лет - до 5 диагнозов. Учитывались только выраженные нозологические формы.

Были выявлены дефекты слуха у 41% пожилых и у 85% старшей группы, дефекты зрения 74% и 90% соответственно, недержание мочи 3,0% и 8,0%, деменция 5,0% у старых, пользование тростью 6,05 и 19,15, а также, требующие постоянного ухода 1,9% и 8%. У 25% и 60% больных ограничения в способности передвижения, и еще у 25% старшей группы — выраженные расстройства ходьбы.

К психологическим особенностям сегодняшнего гериатрического пациента следует отнести: депрессия -35,5%, тревога и страх у 50% больных, неустойчивое поведение -45%. Треть пациентов имеют симптомы агрессии, воспринимают болезнь как угрожающую ситуацию 53% больных.

Каждый пятый пациент – (21,2%) проживает по разным причинам в одиночестве, в неполной семье - 42,3%, 43% пациентов проживает в неблагоустроенном жилье.

Таким образом, повышение уровня и качества жизни старшего поколения возможно только при квалифицированном медицинском наблюдении с привлечением многих узких специалистов, так как в этом возрасте у каждого пациента имеется несколько конкурирующих заболеваний, а их сочетание отличается особенностями.

Зайка А.А., Капустенская Ж.И., Бреева Н.Г., Семенова А.А., Красильникова Т.А., Заварзин А.Г. Оценка функции равновесия у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Больница ИНЦ СО РАН, Иркутск

Актуальность. Расстройства координации – это одна из жалоб, наиболее часто встречаемая в медицинской практике. Для объективизации нарушений равновесия можно использовать компьютерную стабилometriю. Это современный метод, позволяющий быстро и точно определить спектр постурографических показателей, отражающих функционирование системы равновесия.

Материалы и методы. Для оценки функции равновесия в неврологическом отделении больницы ИНЦ СО РАН пациентам с жалобами на головокружение проведена компьютерная стабилметрия. Исследование проводилось на стабиллоплатформе ST-150, обработка данных производилась с помощью программы STPL ООО «МЕРА-ТСП».

Был проведен тест Ромберга 18 пациентам, из которых: 5% - с вертеброгенной патологией, 73% – с дисциркуляторной энцефалопатией, 12% – с болезнью Паркинсона, 5% – с сенситивной атаксией, 5% – с синдромом позвоночной артерии. При проведении исследования оценивались фронтальная и саггитальная асимметрия, коэффициент Ромберга, энергоэффективность баланса и зрительно-проприоцептивный контроль.

Результаты. У 38% пациентов с ДЭП имелась умеренная фронтальная асимметрия в пробе с открытыми глазами, у 54% - выраженная фронтальная асимметрия в пробе с закрытыми глазами, в 15% случаев нарушений фронтальной асимметрии не было выявлено. При оценке саггитальной асимметрии у большинства пациентов имелись выраженные нарушения как в пробе с открытыми, так и закрытыми глазами – по 92% в каждой группе соответственно. Коэффициент Ромберга составил 282%, в норме до 150%. Энергоэффективность баланса поддержки позы в большинстве случаев определялась как низкая – 54% в пробе с открытыми глазами и 85% в пробе с закрытыми глазами. В 50% случаев преобладал зрительный контроль поддержания равновесия.

Выводы. Анализируя данные статокинезиограммы во фронтальной и саггитальной плоскостях можно сделать вывод, что одной из основных

причин формирования чувства неустойчивости и головокружения у пациентов с ДЭП являются поражения центральных структур. При анализе коэффициента Ромберга определяется увеличение площади опоры, требующее значительных затрат энергии, что подтверждается низкой энергоэффективностью баланса поддержания позы.

**Иванов А.Ф., Черняк Б.А., Алейникова С.М., Бакшеева О.А.,
Миронова И.В. Особенности коморбидной патологии у пожилых
пациентов, страдающих бронхиальной астмой**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский, Иркутск

Цель исследования: оценить характер сопутствующей патологии у пациентов с бронхиальной астмой в возрастной группе старше 60 лет.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Дорожной Клинической больницы города Иркутска с диагнозом «Бронхиальная астма». В исследование включались пациенты старше 60 лет, не имеющие установленного диагноза хронической обструктивной болезни легких. Проанализировано 94 случая, среди них 20 мужчин (21,3 %) и 74 женщины (78,7 %). Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $69,8 \pm 7,2$ лет.

Результаты. Среди пациентов исследуемой группы легкая астма отмечалась у 11 (11,7 %) человек, бронхиальная астма средней тяжести – у 44 (46,8 %) человек, тяжелая бронхиальная астма – у 39 (41,5 %) человек. Основное количество больных составили лица с неаллергической астмой – 73 пациента (77,6 %). Преобладающей коморбидной патологией являлись заболевания сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца отмечалась в 79 случаях (84,0 %), артериальная гипертензия – в 88 случаях (93,6 %). Среди других заболеваний наиболее часто отмечались: персистирующий риносинусит – 40 случаев (42,5 %), хроническая болезнь почек (ХБП) – 35 случаев (37,2 %), сахарный диабет 2 типа – 21 случай (22,3 %), язвенная болезнь желудка – 16 случаев (17,0 %). Обращает на себя внимание, что пациенты ежедневно систематически принимали от 4 до 10 лекарственных препаратов (в среднем $6,1 \pm 1,8$).

Заключение. Преобладающей коморбидной патологией у пожилых пациентов, страдающих бронхиальной астмой, являются заболевания сердечно-сосудистой системы, персистирующий риносинусит, сахарный диабет и ХБП. При этом пациенты регулярно принимают большое количество лекарственных средств, что может приводить к полипрагмазии.

Ковалева Л.П., Пустозеров В.Г., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Кротова Т.М., Гурьева П.В., Аксаментов Г.В. Оценка функции щитовидной железы у больных геронтологического центра г. Иркутска

Областной гериатрический центр, Иркутск

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) распространены среди людей пожилого возраста. В этой возрастной группе на долю гипотиреоза приходится 6% всех болезней, а гипертиреоз составляет 2%. Клинические проявления болезней ЩЖ у пожилых людей стерты и могут быть легко приняты за проявления естественного процесса старения, в связи, с чем диагноз, как правило, устанавливается не сразу.

Цель исследования: изучить распространенность, изменения общего анализа крови (ОАК), ЭКГ, уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (fT4) при патологии ЩЖ у больных, поступивших на лечение в областной гериатрический центр города Иркутск.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни за пять лет (2008-2012 гг.).

Результаты. Проанализировано 7264 истории болезни. Больных с патологией щитовидной железы было 94, что составило 1,29 % от всех поступивших. Из них 10 больных были мужчинами, что составило 10,64 %, средний возраст их был $69,2 \pm 8,09$ лет. Женщин было 84, что составило 89,36 %, средний возраст был $68,32 \pm 7,52$ лет. Больные проживали в 13 районах области. По распространенности патологии ЩЖ по районам статистически достоверных различий выявлено не было (заболеваемость варьировала от 15,95 % до 3,19 %). При анализе первичной диагностики патологии ЩЖ выявлена достоверное увеличение по годам, так в 2008 году было госпитализировано 6 (6,38 %) больных с сопутствующим диагнозом гипотиреоз, в 2010 – 11 (11,7 %) больных, 2011 – 27 (28,72 %), в 2012 – 50 (53,19 %).

По сравнению с группой здоровых лиц показатели ОАК у больных с патологией ЩЖ были достоверно не изменены.

Из проанализированных показателей биохимического анализа крови по сравнению с группой здоровых лиц достоверно были изменены только цифры общего холестерина до $7,28 \pm 1,58$ моль/л.

По данным ЭКГ синусовый ритм имело 88 больных, что составило 93,62 %, у 6 больных (6,38 %) была зарегистрирована постоянная фибрилляция предсердий. Частота сердечных сокращений достоверно не отличалась от таковой здоровых и составила 69, 14 ударов в минуту. У 18 больных была выявлена АВ-блокада 1-2 степени, что составило 19,15 %. Гипертрофия левого желудочка была обнаружена у 12 больных (12,76 %), все они страдали артериальной гипертензией.

При анализе ультразвуковых изменений ЩЖ по сравнению со здоровыми лицами достоверного увеличения объема ЩЖ не отмечено, но если

сравнить с таковыми показателями у лиц молодого возраста, отмечено достоверно уменьшение, как среднего объема, так и объема обеих долей ЩЖ. Однородная структура ЩЖ по данным УЗИ была выявлена у 63 больных (67,02%), неоднородная (за счёт гипоехогенных и гиперэхогенных участков в паренхиме органа) – у 31 (32,98 %). Рак щитовидной железы был диагностирован у 2 больных (2,12 %), после проведения пункции органа в условиях областного онкологического диспансера г. Иркутска.

Уровень ТТГ был достоверно выше такового здоровых лиц и составил $8,55 \pm 2,05$ мЕД/л, уровень fT4 не имел достоверных различий со здоровыми и составил $15,98 \pm 1,48$ нмоль/л.

Заключение. Патология щитовидной железы чаще диагностировалась у женщин и проявлялась гипопункцией щитовидной железы.

Коляда О.П., Алекаева Л.Н., Ермакова Т.С. Опыт применения препаратов «ViVAX Dent» в пожилом возрасте

Областной гериатрический центр, Иркутск

Компания «ViVAX Dent» представляет уникальную линию препаратов, созданную на базе многочисленных исследований и открытий российских ученых-геронтологов Санкт-петербургского института биорегуляции и геронтологии Северо-западного отделения РАМН и Академии научной красоты.

Основа всей линии «ViVAX Dent» - низкомолекулярные пептиды избирательного воздействия: пептиды тимуса, пептиды сосудов, пептиды хрящевой и костной ткани. Благодаря их комплексному воздействию «ViVAX Dent» способствует решению проблемы воспалительных заболеваний, слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Пептиды тимуса ускоряют заживление раны, стимулирует процессы регенерации тканей в очаге повреждения и воспаления, обладает противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и антистрессовым действием.

Пептиды сосудов регулируют синтез белка в клетках слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Пептиды хрящевой и костной ткани регулируют обменные процессы, и усиливает синтез белка в клетках тканей пародонта, хрящей и связок, уменьшает деструктивные изменения при дегенеративно-дистрофических, воспалительных процессах в тканях пародонта и хрящевой ткани.

Для решения таких проблем как воспалительные заболевания пародонта, гингивит, хроническое рецидивирующее заболевание слизистой оболочки полости рта (стоматит - афтозный, язвенный) мы широко применяем все средства «ViVAX Dent».

Сначала проводим снятие зубных отложений, профессиональную чистку, если необходимо - обработку патологических зубодесневых карманов. Убеждаем и контролируем гигиену полости рта.

В период обострения воспалительного процесса, слизистой оболочки полости рта и пародонте рекомендуем зубную пасту с пептидным комплексом и «Бетуловитом», а также бальзам для полости рта с пептидным комплексом и мумие.

Отмечаем положительное действие:

- снимается воспаление, отечность, боль.
- улучшается микроциркуляция крови и обменные процессы в тканях десен и пародонта.

- эффективно удаляется зубной налет и неприятный запах изо рта.

Для профилактики развития обострений воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта и пародонте рекомендуем зубную пасту с пептидным комплексом и «Бисобололом», а также бальзам для полости рта с пептидным комплексом, «Неовитином» и гелем Алоэ-Вера.

- эффективно чистит зубы, удаляет при этом также зубной камень

- облагает мягким отбеливающим эффектом

- противовоспалительное действие

- улучшается микроциркуляция крови в тканях десен и пародонта.

При остром и хроническом течении воспалительных заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит), при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта (стоматит, глоссит, хейлит) применяем гель для полости рта с пептидным комплексом «Неовитином».

Отмечается действие:

- ускоряется заживление тканей слизистой оболочки полости рта и пародонта.

- снижается кровоточивость

- быстрое противовоспалительное действие

- снятие отечности

При очаговой деминерализации эмали, множественном кариесе, гиперчувствительности зубов, для повышения защитных свойств эмали и сохранения здоровья зубов рекомендуем пациентам реминерализующую зубную пасту с активными пептидами и реминерализующий бальзам для полости рта с активными пептидами.

В течение нескольких лет мы широко используем все средства «ViVAX Dent» и довольны результатом.

Лозинская Г.А. Медикаментозное лечение глаукомных больных в гериатрическом центре

Областной гериатрический центр, Иркутск

Медикаментозное лечение глаукомных больных центра получают из двух из двух источников – федерального (ФБ) и муниципального бюджетов (МБ). ФБ обеспечивает инвалидов 1-3 групп, остальные пациенты получают лекарственные препараты из МБ. В перечень лекарственных препаратов, получаемых из ФД входят: глаупрост (простагландины), бетаксалол (бета-1 блокатор), тимолол (бета блокатор). Все препараты являются дженериками.

Из МБ пациенты получают альфаган (бримонидин), дорзопт (дорзоламид), траватан, а так же препараты комбинированные комбиган (бримонидин+тимолол), дорзопт плюс (дорзоламид+тимолол), ксалаком (латанопрост+тимолол), которые являются оригинальными препаратами. Кроме указанных препаратов пациенты могут получать сосудистые средства: мексидол (таблетки и инъекции), танакан, билобил, кавинтон (таблетки и инъекции).

Перечень препаратов, которые получают федеральные льготники, недостаточен для проведения курсового лечения, в связи с чем, пациенты этой группы направляются в специализированные стационары г. Иркутска (Клиника глазных болезней и Офтальмологическое отделение Городской больницы № 6). Наиболее широко практикуется у наших пациентов курсовое лечение на койках дневного стационара.

Список препаратов, которые получают муниципальные льготники, позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях центра. К медикаментозному лечению добавляется физиолечение, массаж воротниковой зоны, а также занятия лечебной физкультурой. Работающие пациенты охотно соглашаются на этот вид лечения, так как проходят его без отрыва от производства. Люди преклонного возраста, также устраивает этот метод получения услуг, в силу шаговой доступности лечебного учреждения и небольшого количества лечащихся больных.

Согласно современной концепции развития здравоохранения, в 2015 году отдается предпочтение на получения лечения в амбулаторно-поликлинической сети. Тем самым достигается сокращение средств, которые идут на оплату пребывания в стационарах больных, не только города, области, но и в масштабах страны, а также высвобождается медицинский персонал, который может использоваться в других структурных подразделениях.

**Михайлова А.Х., Севрюкова О.В., Егорова Л.С., Гурьева П.В.,
Борисенко С.М., Кротова Т.М. Проверенная эффективность
фиксированных комбинаций в лечении артериальной гипертензии у
пациентов пожилого возраста**

Областной гериатрический центр, Иркутск

Артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему остается одним из главных факторов риска в развитии инсульта и инфаркта, определяющих высокую смертность, повышение инвалидизации и существенно снижающих качество жизни, особенно у лиц пожилого возраста. Адекватный контроль над уровнем артериального давления (АД) - приоритетная задача в современной геронтологии. Особенностью ведения пожилых пациентов с артериальной гипертензией является зачастую их низкая приверженность к гипотензивной терапии, обусловленная хроническим состоянием, отсутствием симптомов, сложным режимом дозирования, пропусками приема препаратов, социальной изоляцией, особенностями психического состояния.

Эффективное лечение АГ позволяет рассчитывать на снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В опубликованных недавно данных обследования четырех случайных представительных выборок населения различных регионов Российской Федерации, проведенных с 2003 по 2010 г., распространенность АГ среди населения составляет 39,7%, а количество лиц с эффективным контролем артериального давления (АД) < 140/90 мм РТ ст на фоне медикаментозной терапии составляет 24%. Комбинированная терапия в этом случае имеет много преимуществ: меньшее количество таблеток, снижение кратности их приема, усиление антигипертензивного эффекта за счет разнонаправленного действия препаратов на патогенетические звенья АГ, что обеспечивает органопротективность органов-мишеней и способствует стабилизации АД и гомеостаза в целом. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет минимизировать число побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению.

Одной из наиболее эффективных считается комбинация ингибиторов АПФ и диуретиков. Показания к применению этой комбинации — диабетическая и недиабетическая нефропатия; микроальбуминурия (МАУ); гипертрофия левого желудочка; сахарный диабет; метаболический синдром (МС); пожилой возраст; изолированная систолическая АГ. По данным исследования ПИФАГОР одной из часто назначаемой фиксированной комбинацией ИАПФ и диуретика является комбинация периндоприла с индапамидом (нолипрел А и нолипрел А форте). (Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Штейнберг Л.Л. Аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Анализ врачебной практики проведения антигипертензивной терапии в России (по данным исследования ПИФАГОР III).

Назначение нолипрела имеет под собой мощную доказательную базу, что подтверждается многочисленными исследованиями (OPTIMAX II, ADVANCE, СТРАТЕГИЯ, PREMIER и др.)

Основным методом в диагностике и контроле АГ долгие годы остается измерение артериального давления. Однако, периодические измерения на приеме у врача не всегда отражают истинную картину заболевания, к главным причинам относится «синдром белого халата» и нехватка времени на приеме для соблюдения методики (трехкратное измерение АД на обеих руках с пятиминутными интервалами). Далеко не полную картину отражает и методика самоконтроля АД. Кроме того, особенностями течения гипертонии являются осложнения, которые часто проявляются в ночные и ранние утренние часы. Таким образом, для диагностики артериальной гипертонии методом выбора является суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Причем данный метод позволяет не только выявить суточный профиль АД в условиях стационара или в обычной жизни пациента, но и в полной мере оценить адекватность назначенной терапии.

В нашей клинике мы провели терапию комбинированным фиксированным гипотензивным препаратом Нолипрел А форте и проанализировали его эффективность.

Клинический случай. Больная Л., 64 лет поступила на стационарное лечение с диагнозом: Гипертоническая болезнь, кризовое течение. При поступлении предъявляла жалобы на головные боли, шум в голове, в ушах, утомляемость, общую слабость.

Из анамнеза: около 3 лет отмечает эпизодическое повышение АД (при стрессе, употреблении соленой пищи), гипотензивные препараты принимала нерегулярно. За последние 3 года вес пациентки увеличился на 12 кг. Обследовалась у эндокринолога, установлен диагноз ожирение 2 ст, неоднократно отмечалось повышение уровня глюкозы крови до 6,5 ммоль/л натощак, после еды в пределах 7,0-7,5 ммоль/л. За неделю до госпитализации отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт. ст., в медицинском пункте на рабочем месте ежедневно применяли капотен и раствор магния сульфата с целью купирования гипертонического криза.

Результаты обследования: состояние средней степени тяжести. Рост: 172 см, вес 105 кг, индекс массы тела 35,5, окружность талии 114 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. АД 150/80 мм рт. ст., ЧСС 84 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

В общем анализе крови и мочи патологии не выявлено, в биохимическом анализе крови выявлены повышенные уровни общего холестерина 6,2 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности 4,2 ммоль/л, триглицеридов 2,3 ммоль/л, нормальный уровень липопротеидов высокой плотности 1,0 ммоль/л, глюкоза крови натощак 6,4 ммоль/л.

По данным ЭКГ выявлена гипертрофия левых отделов, данные ЭХО-КГ свидетельствуют о гипертрофии левого желудочка, диастолическая дисфункция левого желудочка: ИММЛЖ 114 г/м²; задняя стенка ЛЖ – 1,3 см; МЖП – 1,3 см, фракция выброса левого желудочка 61%.

По результатам суточного мониторирования АД (СМАД) выявлена мягкая систоло-диастолическая дневная и умеренная ночная артериальная гипертензия. Признаки вовлечения в патологический процесс органов-мишеней. Необходимость исключения ночного апноэ и вторичной артериальной гипертензии. (таб.1)

Таблица 1

Дневные часы (07:00 – 23:00) . Число измерений: 26

Среднее САД	148 мм рт.ст.	высокая (>=140)
Среднее ДАД	93 мм рт.ст.	высокая (>=90)
Индекс времени САД	76 %	высокая (>=30%)
Индекс времени ДАД	71 %	высокая (>=30%)
Вариаб. САД	15 мм рт.ст.	высокая (>=15)
Вариаб. ДАД	11 мм рт.ст.	норма (<14)

Ночные часы (23:01 – 06:59) . Число измерений: 7

Среднее САД	154 мм рт.ст.	высокая (>=125)
-------------	---------------	-----------------

Среднее ДАД	84 мм рт.ст.	высокая (≥ 75)
Индекс времени САД	100 %	высокая ($\geq 30\%$)
Индекс времени ДАД	87 %	высокая ($\geq 30\%$)
Вариаб. САД	14 мм рт.ст.	норма (< 15)
Вариаб. ДАД	10 мм рт.ст.	норма (< 12)

Среднее пульсовое АД: **58 мм рт.ст., высокая (≥ 53)**
Степень ночного снижения САД: **-4%, найтпикер ($< 0\%$)**
Степень ночного снижения ДАД: **9%, нондиппер (0% ... 10%)**

Утренняя динамика

Величина утр.подъема САД	12 мм рт.ст.	норма (< 56)
Величина утр.подъема ДАД	15 мм рт.ст.	норма (< 36)
Скорость утр.подъема САД	4 мм рт.ст./ч	норма (< 10)
Скорость утр.подъема ДАД	4 мм рт.ст./ч	норма (< 6)

Данные суточного мониторинга АД

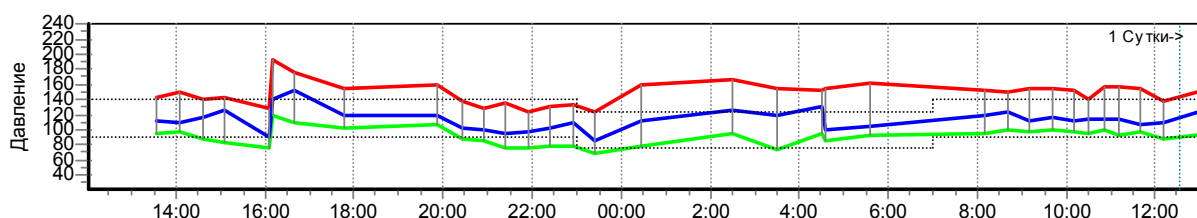


Рис 1.

Диагноз: артериальная гипертония 2 ст, стадия 3, риск 4. Метаболический синдром. Гипертрофия левого желудочка.

У пациентки высокий риск сердечно-сосудистых осложнений: возраст, метаболический синдром, гиподинамия, отягощенная наследственность, поражение органов-мишеней- гипертрофия левого желудочка.

Согласно последним рекомендациям по лечению АГ нами был выбрана комбинированная терапия фиксированными дозами препаратов по следующим причинам: «для комбинированной терапии АГ могут использоваться как нефиксированные, так и фиксированные комбинации препаратов. Однако предпочтение должно отдаваться фиксированным комбинациям антигипертензивных препаратов, содержащих 2 препарата в 1 таблетке.

Таблица 2

Дневные часы (07:00 - 23:00). Число измерений: 16

Среднее САД	130 мм рт.ст.	норма (100 ... 135)
Среднее ДАД	82 мм рт.ст.	норма (85... 90)
Индекс времени САД	28 %	норма (15% ... 30%)
Индекс времени ДАД	25 %	норма (15% ... 30%)
Вариаб. САД	11 мм рт.ст.	норма (< 15)
Вариаб. ДАД	9 мм рт.ст.	норма (< 14)

Ночные часы (23:01 - 06:59). Число измерений: 6

Среднее САД	110 мм рт.ст.	норма (до 110)
Среднее ДАД	70 мм рт.ст.	норма (до 70)
Индекс времени САД	25 %	норма (=30)
Индекс времени ДАД	25 %	норма (=30)
Вариаб. САД	10 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	12 мм рт.ст.	норма (<12)

Среднее пульсовое АД: **50 мм рт.ст., возм. повышенное (46 ... 53)**

Степень ночного снижения САД: **6%, нондиппер (0% ... 10%)**

Степень ночного снижения ДАД: **19%, диппер (10% ... 20%)**

Утренняя динамика

Величина утр.подъема САД	26 мм рт.ст.	норма (<56)
Величина утр.подъема ДАД	22 мм рт.ст.	норма (<36)
Скорость утр.подъема САД	7 мм рт.ст./ч	норма (<10)
Скорость утр.подъема ДАД	8 мм рт.ст./ч	высокая (>=6)

Данные суточного мониторинга АД

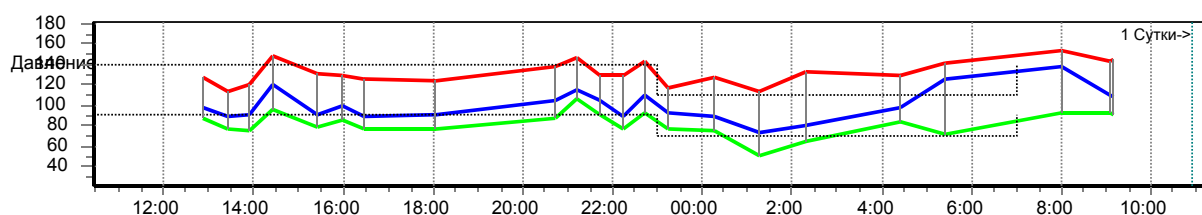


Рис.2

Отказаться от фиксированной комбинации АГП можно только при абсолютной невозможности ее использования, так как фиксированная комбинация: всегда будет рациональной, самой эффективной стратегией достижения и поддержания целевого уровня АД, обеспечивает органопротективное действие и уменьшение риска развития ССО, позволяет снизить количество принимаемых таблеток, что существенно повышает приверженность к лечению. Назначение фиксированной комбинации двух фиксированных антигипертензивных препаратов может быть первым шагом лечения у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском или следовать сразу за монотерапией» (Рекомендации РМОАГ и ВНОК)

Пациентка принимала Нолипрел А форте утром и аторвастатин 10 мг на ночь.

За время нахождения в стационаре у пациентки купировались головные боли, общая слабость, шум в ушах, состояние расценено как удовлетворительное, уровень АД снизился до 130/80 ммртст. При выписке даны были рекомендации: гипополипидемическая диета, ограничение потребления соли, аэробные нагрузки, контроль АД и пульса, а также продолжить прием статинов и Нолипрела А форте.

Через 2 недели на амбулаторном приеме: жалоб нет, состояние удовлетворительное, АД 115/70 мм рт. ст., ЧСС 64 уд\мин. Назначено повторное СМАД в привычном двигательном режиме.

По данным СМАД через 2 недели в амбулаторных условиях: на фоне гипотензивной терапии зарегистрировано нормальное артериальное давление в течение суток.

В результате лечения было достигнуто значительное снижение САД и ДАД. В абсолютных цифрах снижение САД за период лечения составило 11 мм рт.ст., ДАД — 9 мм рт. ст. ($p < 0,001$) по сравнению с исходными показателями до начала терапии нолипрелом А форте.

Заключение. Данный клинический случай наглядно продемонстрировал важность адекватного подбора гипотензивной терапии у пациента высокого риска в достижении целевого уровня АД, влияния на факторы риска, хорошей переносимости и удобства приема. Назначение фиксированной комбинации гипотензивного препарата позволило за короткое время достичь целевого уровня АД и повысить приверженность пациентов пожилого возраста к лечению.

Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Шелест Н.А., Погодаева Е.С. Эффективность назначения комбинированной антиаритмической терапии для лечения сложных нарушений ритма в гериатрической практике

Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск.

Цель исследования: изучить эффективность назначения комбинированной антиаритмической терапии для лечения сложных нарушений ритма в старшей возрастной категории.

Материалы и методы. Проанализировано 9 случаев назначения комбинированной антиаритмической терапии у пациентов, имеющих персистирующую форму фибрилляции предсердий; синусовый ритм в сочетании с сердечной недостаточностью; сочетании пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и желудочковых нарушений ритма высоких градаций в условиях кардиологического отделения. Из них 5 пациентов мужского пола и 4 женского, средний возраст которых составил 76,7 лет.

В терапии использовались В-блокаторы с кордароном, при лечении персистирующей формы фибрилляции предсердий. Пролечено 5 пациентов. Вторая группа пациентов (3 человека) имеющих синусовый ритм в сочетании с ХСН IIA и низким артериальным давлением велась на комбинации ивабрадина с В-блокатором. Ещё один пациент имел сочетание пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и желудочковых нарушений ритма IV градации по Лауну, который получал терапия В-блокатором с пропанормом. Клиническая эффективность терапии оценивалась по динамике жалоб, данным ЭКГ и Холтер ЭКГ.

Результаты. Выявлено, что на фоне комбинированной терапии В-блокатора и кордарона в случае персистирующей формы фибрилляции предсердий удаётся быстрее зарегулировать ЧСС во время пароксизма. Сочетание В-блокаторов с ивабрадином в ситуации синусового ритма с ХСН IIA и гипотонии в 66% случаев удалось достигнуть целевых цифр ЧСС. Комбинация В-блокатора с пропанормом показала себя не эффективной в случае

сочетания пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и желудочковых нарушений ритма IV градации по Лауну. Наиболее лучший контроль был достигнут при назначении соталола.

Выводы. Комбинированная терапия В-блокаторами с кордароном, при лечении персистирующей формы фибрилляции предсердий позволяет более быстро зарегулировать ЧСС во время приступа и осуществляет более надёжное удержание синусового ритма. Сочетание В-блокаторов с ивабрадином в ситуации синусового ритма с ХСН IIА и гипотонии позволяет чаще достигать целевых цифр ЧСС. Комбинация В-блокатора с пропанормом показала себя не эффективной в случае сочетания пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и желудочковых нарушений ритма IV градации по Лауну. Наиболее эффективный контроль был достигнут при назначении соталола.

**Пустозеров В.Г., Белялов Ф.И., Краснова Ю.Н., Щербакова А.В.,
Ананьев А.А., Ковалева Л.П. История организации учебного процесса
на кафедре геронтологии и гериатрии ИГМАПО**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
Иркутск

В 2001г. был организован курс геронтологии и гериатрии при кафедре терапии и кардиологии ИГИУВа. Первым заведующим курса был доцент Пустозеров В.Г. Клинической базой являлся Иркутский госпиталь ветеранов войн. Курс состоял из двух человек включая, зав. кафедрой и ассистента Капустенской Ж.И., затем ассистентом на 0,5 ставки была принята Л.О. Бессонова. На кафедре были составлены учебные планы тематического усовершенствования для врачей и медицинских сестер, план по профессиональной переподготовке, тестовые базы и ситуационные задачи, подготовлена наглядная информация, раздаточный материал и многое другое.

Кроме учебной работы проводилась большая работа по организации гериатрической службы в городе и области. Госпиталь ветеранов войн приобрел статус клинического. Были налажены контакты со службой социальной защиты. Велась большая лечебная работа на клинической базе и в лечебных учреждениях области и города. Проводились конференции, консилиумы, организовывались школы для пациентов и многое другое. В 2004г. организована кафедра геронтологии и гериатрии, с заведующим доцентом Пустозеровым В.Г. Кафедра была расширена, в ее состав влились доцент А.А.Ананьев, д.м.н. В.Н.Тумак, ассистент Л.П. Ковалева. Появились новые учебные программы, были приняты первые интерны и ординаторы.

На базе кафедры было организовано Иркутское отделение геронтологического общества РАН, председателем которого был избран Пустозеров В.Г. Сотрудники кафедры, активно принимали участие в Европейских и Российских конференциях и съездах, научных конференциях различного уровня. Была составлена концептуальная модель развития гериатрической службы города и области. С 2010 года второй клинической базой кафедры

стал «Областной гериатрический центр». Сотрудники кафедры активно принимают участие в создании и работе городской школы активного долголетия.

Особое развитие получила кафедра с приходом в ее состав проф. Ф.И. Белялова, проф., Ю.Н. Красновой, доцента А.В.Щербаковой. Активизировалась научная и учебная деятельность. Ежегодно проводятся межрегиональные научно-практические конференции, выпускаются научные сборники работ, печатаются монографии, учебные пособия, в том числе опубликовано в УМО, методические рекомендации.

Кафедра неоднократно занимала лидирующие позиции в рейтинге кафедр терапевтического факультета Иркутской медицинской академии последипломного обучения. В состав кафедры вливаются бывшие сотрудники кафедры терапии №2 доценты Т.И.Батудаева, Е.В. Григорьева, ассистенты О.С. Донирова, Т.Е. Спасова, А.М. Данчинова. Кафедра проводит выездные циклы профессиональной переподготовки и тематического усовершенствования в г. Улан-Удэ, в г. Петропавловск-Камчатский в районах области.

По заказу министерства здравоохранения Иркутской области кафедрой были проведены циклы профессиональной переподготовки по «Кардиологии». Всего обучение на кафедре геронтологии и гериатрии прошли более 1000 врачей и медицинских сестер.

Пустозеров В.Г., Воробьева Е.М., Егорова Л.С., Чигвинцева С.Ю. Комплекс оздоровительных мероприятий проводимых ОГЦ в 2014 г. в рамках подготовки празднования 70-летия Победы в Великой Отечественной Войне

Областной гериатрический центр, Иркутск

Первичная ветеранская организация Областного гериатрического центра активно работает по программе оздоровления ветеранов на протяжении многих лет. Ежегодно совместно с профсоюзным комитетом и отделом кадров выверяются списки пенсионеров, ветеранов труда и войны, инвалидов. Это позволяет вести полный учет ветеранов гериатрического центра. В планах работы ветеранской организации ведущее место занимает забота о ветеранах, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Им оказывается материальная помощь, посещения и помощь на дому, к праздникам развозятся подарки.

Ветеранской организацией установлен тесный контакт с правобережной окружной общественной организацией ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов. Сотрудники нашего центра принимают активное участие во всех оздоровительных мероприятиях проводимых Правобережным советом ветеранов. Намеченный план работы выполняется в полном объеме. К празднованию 70-летия Победы в ВОВ в гериатрическом центре будут проходить встречи с ветеранами ВОВ, намечен план график оздоровления ветеранов и инвалидов войны. В день Победы 9 мая будет организована врачебная бригада по встрече участников ВОВ в

Иркутске на дне губернаторского приема. В стационаре будут проходить концерты ветеранских хоров и учащихся музыкального училища. Эти мероприятия проводятся нами ежегодно.

Наша ветеранская организация активно работает с профсоюзной организацией. Это позволяет скоординировать работу, оказывать материальную помощь ветеранам, доставлять подарки к праздникам, оказывать медицинскую помощь. В рамках работы высших народных школ в гериатрическом центре работает городская школа активного долголетия, руководителем школы является главный врач ОГЦ, В.Г.Пустозеров. Школу посещает от 400 до 500 человек. Это самая большая и посещаемая школа активного долголетия. Кроме этого в стационаре еженедельно проводятся для пациентов пожилого возраста школы здоровья. Особенной популярностью пользуется школа кардиологического больного. Все эти школы проводятся в рамках высших народных школ. На достаточно высоком уровне проводится физкультурно-оздоровительная работа.

Администрация областного гериатрического центра, первичная ветеранская организация, проводят большую работу по профилактике возрастных заболеваний с помощью физкультуры. Организованы группы пожилых людей, которые посещают занятия в кабинете лечебной физкультуры. Группы здоровья вошли в систему Высших народных школ. Большой популярностью пользуются ежегодные семинары руководителей групп здоровья, работающие на базе нашего центра. Всего в области работает 246 групп, в 43 территориальных ветеранских организациях и в этом немалая заслуга гериатрического центра. Ветеранская организация гериатрического центра за работу в школе активного долголетия была отмечена ценным подарком областного совета ветеранов Иркутской области.

В рамках программы «Здоровье в твоих руках» была издана брошюра на 67 страницах, в которую вошли учебно-методические материалы для групп физкультурно-оздоровительной гимнастики городских и районных советов ветеранов. Составителем была, инструктор по лечебной физкультуре гериатрического центра В.В.Платицина, член первичной ветеранской организации, консультантом был главный врач В.Г.Пустозеров. Сборник выпустил Иркутский областной совет ветеранов. В поликлинике проводится большая работа с участниками ВОВ: ведется ежегодная диспансеризация, организуются выезды бригад для осмотра на дому.

Культурно-массовая работа проводится с активным привлечением ветеранов нашего центра. Последние, активно участвуют в проводимых праздниках: «золотая осень», «день урожая» в литературных чтениях и праздновании знаменательных дат. В процессе работы вниманием были охвачены все ветераны центра, т.е. задача «дойти до каждого» была выполнена. Планируется участие в областном смотре конкурсе освещения передового опыта работы и публикаций творческих материалов посвященных 70-летию Победы в ВОВ.

Наша первичная ветеранская организация тесно сотрудничает с общественными организациями, привлекая их к работе в школе активного долголетия. На занятиях в школе у нас выступали представители пенсионного фонда, социальной защиты, министры культуры и молодежной политики, а так же представители городского и областного советов ветеранов. О работе ветеранской организации гериатрического центра информация звучала на городском радио, были статьи и заметки в местных газетах, в информационном сборнике «Рецепт вашего здоровья».

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Пустозерова О.В., Ратовицкая Н.П., Томских Л.П. Причины боли в спине у лиц пожилого и старческого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;
Областной гериатрический центр, Иркутск

Патологические изменения, являющиеся источником боли у лиц пожилого и старческого возраста, развиваются практически в любой из структур позвоночника. Болевой синдром у пожилых в поясничной области бывает механического и немеханического происхождения. Механическая боль составляет 90% всех случаев боли в пояснице у больных пожилого возраста.

Причины боли в спине у лиц пожилого и старческого возраста:

- Остеопороз, осложненный переломом позвонков – 13%.
- Метастатическое поражение костей скелета – 9%.
- Грыжа межпозвонкового диска – 18%.
- Позвоночный стеноз, в том числе с корешковым синдромом, связанным с гипертрофией суставных фасеток – 20%.
- Интрадуральные образования и острое ишемическое поражение спинного мозга – 6%.
- Воспалительные заболевания позвоночника и спинного мозга – 3%.
- Другие заболевания – 10% случаев.

Патология костно-мышечного аппарата стоит в ряду наиболее значимых медицинских проблем. Наибольшая медико-социальная и экономическая нагрузка на общество в первую очередь связана с остеопорозом. Во-первых это связано с чрезвычайно высокой и постоянно растущей распространенностью этого заболевания, что позволяет многим ученым говорить об эпидемии этой патологии в мире, во-вторых, с огромными затратами общества, связанными с остеопорозом и его осложнениями. Остеопоротические переломы позвонков, самые распространенные переломы у лиц пожилого и старческого возраста. Каждая третья женщина и каждый восьмой мужчина старше 65 лет переносит в своей жизни перелом, по крайней мере, одного позвонка. По данным EPOS они составляют 48 % всех остеопоротических переломов у мужчин и 39% у женщин в возрасте 50 лет и старше.

Переломы позвонков сопровождаются повышенной летальностью. Смертность среди женщин 65-лет и старше, имеющих остеопоротические переломы позвонков, на 15% выше по сравнению с женщинами того же возраста без переломов. Остеопоротические переломы позвонков являются фактором риска развития последующих переломов позвонков, периферических костей скелета и шейки бедра. Эпидемиологические исследования показали, что при переломах позвонков риск последующих переломов костей любых локализаций повышается от 2,8 до 5 раз.

Как и любой хронической болезни, болям в спине присущи эмоциональные нарушения, проявляющиеся раздражительностью, сниженным фоном настроения, плаксивостью, эмоциональной лабильностью.

Пациенты с переломами позвонков хуже выполняют движения, менее подвижны. Это создает трудности в самообслуживании, что приводит к психологическим проблемам и социальным ограничениям. По мере прогрессирования болезни, присоединения боли и новых переломов депрессия становится более выраженной.

Таким образом, боль в спине, приводящая к ограничению физической функции, снижению подвижности, депрессии, социальной изоляции, значительно снижает качество жизни пациентов.

Переломы и боли в позвоночнике являются экономической проблемой. Годовые затраты на лечение больных с переломами, ассоциирующиеся с остеопорозом, достигают огромных значений. В странах Европейского союза прямые затраты на лечение остеопоротических переломов превышают 32 млрд. евро в год. Общая ежегодная стоимость остеопоротических переломов в США, Канаде и Европе составляет около 48 млрд. долларов. По прогнозам на ближайшие 25 лет, эти затраты удвоятся из-за увеличения удельного веса пожилых людей в структуре населения. В большинстве случаев мышечно-тонические болевые синдромы не связываются больными с какими-либо повреждающими факторами, однако в случае наличия таких факторов на первом месте стоит эмоциональный стресс, обусловленный либо ситуацией на работе (или отсутствием работы), либо отсутствием должной поддержки в семье. Таким образом, в патогенезе хронической боли значительную роль играют психологические факторы, особенно подвержены этому пожилые пациенты с депрессией.

Сочетание депрессии и хронических болевых синдромов отмечается часто — в 50-60% случаев, а по некоторым данным — даже чаще (от 65% до 100%). При этом депрессия среди пациентов с хронической болью встречается больше у женщин. Наличие боли приводит к развитию депрессии, а депрессия — к развитию боли, в том числе обусловленной снижением болевого порога. Этот замкнутый круг нередко лежит в основе хронизации боли. Причем локализация боли может быть самой разной. Следует подчеркнуть, что сама по себе депрессия не вызывает боль при условии отсутствия к ней предпосылок, в частности, изменений суставов и дисков. Наличие депрессии лишь способствует поддержанию и усилению этой боли, ее хронизации.

Однако в некоторых случаях хронические болевые синдромы - это проявления психических заболеваний.

Для хронических болевых синдромов характерно сочетание депрессии с тревожностью. У 40-90% больных с тревожностью депрессия имела в прошлом или имеется в настоящее время. Как правило, и депрессия, и тревожность у пожилых больных протекают более тяжело и гораздо хуже поддаются терапии. Больные неврологического профиля с хроническими заболеваниями более подвержены риску развития депрессии, чем пациенты с соматической патологией. Кроме того, возникновение депрессии у пожилых больных может быть обусловлено и применяемыми лекарственными препаратами, действующими на структуры центральной нервной системы.

Неврологические заболевания, при которых может возникать депрессия, весьма многочисленны (болезнь Альцгеймера и другие деменции, цереброваскулярные, а также экстрапирамидные заболевания - болезнь Паркинсона, хорей Гентингтона, прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, рассеянный склероз, эпилепсия, последствия черепно-мозговой травмы, энцефалопатии эндокринного генеза и др.). Чем длительнее и тяжелее протекает неврологическое заболевание, чем выше степень инвалидизации больного, тем больше риск возникновения депрессии и ее тяжесть. Кроме того, вызывать депрессию (или усиливать ее проявления) может целый ряд лекарственных препаратов, назначаемых по различным показаниям в общемедицинской и неврологической практике. В частности, при использовании бензодиазепиновых производных (диазепама, нитразепама) возможно возникновение не только депрессии, но и развитие «лобного» синдрома, сонливости и спутанности.

К факторам риска возникновения боли в спине у пожилых относятся выраженные физические нагрузки, вибрация, неправильная осанка, пороки развития позвоночника (люмбализация, сакрализация и т.д.) и дегенеративно-дистрофические изменения в нем (остеохондроз, спондилоартроз и т.д.). В большинстве случаев эти болевые синдромы обусловлены патологией костно-мышечной системы. Следует заметить, что среди лиц старше 50 лет у 85-95%, по данным аутопсии, выявляются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

При остеоартрите страдают дугоотростчатые (фасеточные) суставы, причем в некоторых семьях прослеживается тенденция к более частой встречаемости и более тяжелому течению этого заболевания. Возникновение болевых ощущений обусловлено богатой иннервацией фасеточных суставов мелкими волокнами. Локализованный остеоартрит может отмечаться и после ранее перенесенной травмы одного или нескольких позвонков. Как правило, остеоартрит сопровождается и дегенеративными изменениями межпозвонковых дисков. Довольно характерны для пациентов с остеоартритом жалобы на тугоподвижность и боли в позвоночнике в утренние часы, ограничение подвижности, боли в конечностях при движении. После неко-

того периода облегчения боль может нарастать в течение дня. Таким образом, боль в спине у лиц пожилого и старческого возраста имеет различные причины, которые следует учитывать при выборе лечебных мероприятий.

Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Щербакова А.В. Ковалева Л.П.
Полиморбидность и сердечно-сосудистая патология у пожилых

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
Иркутск

Современный пожилой больной представляет собой уникальный клинико-психологический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению патологии, протекающей на фоне инволюционных возрастных изменений различных органов и систем. Сочетанная патология внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста требует особого нестандартного подхода в решении проблем лечения возрастной патологии. Рост удельного веса старшей возрастной группы во всех странах мира – объективный процесс. С 1950 г. по 2025 г. ООН прогнозирует 5-кратное увеличение населения в возрасте старше 60 лет и 7-кратное в возрасте 80 лет. В 2025 г. каждый 7 житель планеты будет старше 60 лет.

Большинство клинико-эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что у пожилых происходит увеличение болезней до 4-6 и более. Морфофункциональные причины полиморбидности заключаются не только вследствие эндогенных изменений стареющего человека, но и повреждающих причин связанных с внешними факторами и имеющимися болезнями. Существует целый каскад факторов влияющих на развитие полиморбидности.

Анализ историй болезней больных проходивших лечение в Иркутском госпитале ветеранов войн показал, что количество заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста во многом зависит от возраста. Так в возрасте 60-75 лет их среднее количество составило 5,4 заболевания, в возрасте 76-85 лет – 6,2 заболевания. В старших возрастных группах среднее количество болезней снижалось и составило в возрасте 86-90 лет – 4,4 заболевания, а в возрасте 91-95 лет всего 3,8 заболевания. Вероятно, это связано с тем, что до старческих возрастных групп доживают лица имеющие меньшую полиморбидность. Кумулятивный эффект патологических процессов увеличивает число болезней и характеризуется взаимным отягощением. У пожилых болезни часто протекают атипично, затрудняя диагностику. Полиморбидность является важнейшей проблемой гериатрической практики. Следует отметить, что большинство болезней формируется в среднем возрасте, приобретая в старших возрастных группах хронические формы. Полиморбидность в пожилом возрасте приводит к сложному переплетению многих симптомов. Трудности диагностики сочетанных болезней могут

явиться причиной «ненамеренных профессиональных ошибок» (medical error – ME). Типичным примером может явиться неверный диагноз и ошибки при выборе лекарственной терапии, полипрогмазия с развитием нежелательных лекарственных взаимодействий. В структуре заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста ведущее место принадлежит болезням системы кровообращения, этот класс формируется в основном за счет атеросклероза, ИБС, цереброваскулярной и гипертонической болезней. Сердечно-сосудистая смертность в пожилом возрасте является наибольшей и составляет 35%, инсульты 8%. В целом смертность от сердечно-сосудистой патологии в г.Иркутске в 2008 г. составила 49%.

Полиморбидность у пожилых протекает по единому патогенетическому пути. Прогрессирующий атеросклероз сосудов приводит к развитию ишемической болезни сердца, дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии, атеросклерозу сосудов нижних конечностей, артериальной гипертонии, атеросклерозу мезентеральных сосудов с ишемией кишечника. С точки зрения прогноза заболевания, пожилые люди имеют такую же пользу от медикаментозного лечения, как и более молодые пациенты. Сравнительные исследования различных статинов у пожилых позволяют в определенной степени отдавать предпочтение аторвастатину и розувастатину. Они положительно влияют на липидный спектр и оказывает действие на проявления системного эндотелиоза при нестабильной бляшке, имеют хороший эффект по снижению отдельных конечных точек. Существует большая доказательная база по эффективному использованию крестора у пожилых. Возраст не является ограничением для проведения эффективной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Ратовицкая Н.П., Чигвинцева С.Ю. Особенности участковой службы в Областном гериатрическом центре

Областной гериатрический центр, Иркутск

Для современного общества характерна все возрастающая потребность в увеличении объема медпомощи людям старших возрастных групп вследствие так называемого старения населения, т.е. неуклонного роста доли пожилых и старых людей в общей численности населения экономически развитых стран. Вопросы организации медпомощи пожилым и старым людям решаются, как правило, в тесном контакте с органами социального обеспечения.

Резкая перемена образа жизни нередко является у пожилых и старых людей причиной развития физической или психической декомпенсации, вся система организации медико-социальной помощи должна способствовать пребыванию пожилых и старых людей в привычных домашних условиях,

если позволяют состояние их здоровья, окружающая обстановка, обеспеченность ухода за ними. Наблюдение и лечение пожилых и старых людей осуществляют участковые врачи, главным образом терапевты.

Не все изменения, происходящие в организме стареющего человека, являются признаком патологии. Поэтому важная задача врача - уметь отличить закономерные возрастные сдвиги от нарушений, обусловленных болезнью и требующих лечебно-профилактических мероприятий.

Старение - физиологический процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста связано, как правило, с какой-либо патологией. Болезни этого возраста имеют хроническое течение. Сочетание болезней, развившихся в разные возрастные периоды, в различных комбинациях, без патогенетической зависимости друг от друга, определяет усложненный характер возрастной патологии. Большинство больных старше 65 лет страдает тремя и более заболеваниями, что усложняет их течение и затрудняет терапию. Возрастные изменения организма обуславливают медленное развитие патологического процесса и значительную специфичность в течении различных, в частности инфекционных, болезней (скрытое течение, бессимптомность, быстрое истощение физиологических систем и защитных механизмов).

Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Основные формы патологии — атеросклероз, гипертоническая болезнь, поражения сосудов головного мозга, эмфизема легких и другие заболевания органов дыхания, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования.

Особую осторожность следует проявлять при назначении лекарственных средств, особенно сердечных, снотворных и болеутоляющих препаратов, антидепрессантов. Начальную дозу препарата следует снижать на $\frac{1}{2}$, а иногда и на $\frac{2}{3}$, а затем, постепенно увеличивая ее, находить оптимальную. Лекарственную терапию целесообразно применять в комплексе с физиотерапевтическими методами. Недопустима полипрагмазия, т.е. назначение множества лекарственных средств.

Следует учитывать особенности психики людей пожилого и старческого возраста. Врач должен расположить к себе больного, завоевать его доверие. В разговоре с больным необходимо проявлять внимание и заинтересованность. Следует ободрить его, создать у него хорошее настроение. Отсутствие сострадания, нетерпение, спешка, небрежные жесты врача вызывают отрицательные эмоции, резко снижают жизненный тонус, могут спровоцировать обострение латентно протекающих патологических процессов и вызвать развитие тяжелых состояний. Следует учитывать, что многие пожилые и старые люди страдают от одиночества, самоизоляции. Хороший совет, помощь в изменении образа жизни, отношений с близкими людьми — часто основные факторы, способствующие нормализации состояния их здоровья. Особого внимания и ухода требуют пожилые и старые люди, недавно потерявшие близких, выписанные из больницы, одинокие (особенно те, кто

не может себя обслужить), недавно ушедшие на пенсию и еще не адаптировавшиеся к новому положению в семье и обществе. Это так называемая группа угрожаемых. В эту группу входят и все лица в возрасте от 70 лет и старше.

Во время амбулаторного приема, посещения на дому опрос пожилых и старых людей требует большего времени по сравнению с опросом лиц молодого возраста. Необходимо учитывать возможные нарушения слуха, зрения, замедленность реакций. Лицо врача должно быть достаточно освещено, т.к. движения его губ и четкая артикуляция в какой-то мере способствуют пониманию пациентом вопроса, а выражение лица, отражающее интерес и сочувствие, ослабляет психическое напряжение пациента, вызывает у него доверие к врачу. Речь должна быть четкой, ясной и несколько замедленной. Если больной пришел с родственником, то вначале следует опросить больного в отсутствие родственника. Это позволит лучше понять многие стороны личностных взаимоотношений, выяснить положение больного в семье, коснуться проблем, которые скрываются от окружающих. Проведение опроса больного в присутствии родственников поможет раскрыть их отношение к старому человеку, выяснить возможности ухода за ним в семье, пути реабилитации. Первичный опрос больного с признаками старческого слабоумия должен проводиться только с участием родственников.

Характерологические особенности в пожилом и старческом возрасте не только сохраняются, но, как правило, заостряются. Эти особенности не следует трактовать как проявление болезни. При сборе анамнеза следует иметь в виду, что больной иногда недостаточно информирован о своем состоянии, часто стремится трактовать симптомы заболевания как проявление старости. Обычно при опросе стремятся выявить наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инсульта, депрессии, злокачественной опухоли, сахарного диабета, артрита. При этом многие проявления патологических процессов могут остаться незамеченными, т.к., по мнению больного, они не являются «главными», например никтурия, снижение слуха, головокружение, чувство тревоги. Эти так называемые малые жалобы должны быть собраны и тщательно изучены. Так, незначительные, с точки зрения больного, симптомы — прогрессирующая слабость, недостаточное удержание кала или, наоборот, развитие не существовавших ранее запоров могут оказаться проявлениями тяжелых заболеваний (например, опухоли кишечника). Особое значение в гериатрической практике приобретает классическое положение «лечить не болезнь, а больного». Поэтому важное место занимает отношение к больному как к личности. Необходимо выяснить жизненный, трудовой анамнез пациента, распорядок дня, активность (чтение, просмотр телевизионных передач, диета, трудовая деятельность, хобби, наличие планов на будущее, поставленных целей и т.д.). Если эта информация собирается тактично, с интересом, у больного возникает доверие к врачу, что является основой успешного лечения.

Чигвинцева С.Ю. Особенности сестринского процесса в гериатрии

Областной гериатрический центр, Иркутск

Завершившийся XX век ознаменовался революционными открытиями в науке и технологиях, преобразованиями в обществе.

Итогом улучшения качества бытовых услуг (холодное и горячее водоснабжение, электрификация, телефонизация) явилось постарение населения. Растёт количество лиц, достигших 90 и более лет. Появились специфические медицинские проблемы, с которыми до 90-х гг. медучреждения сталкивались редко. К таким проблемам относится появление инвалидизирующих заболеваний.

С начала 90-х годов демографическое развитие РФ вступило в период сложного кризиса, который определён следующими факторами: рождаемостью, смертностью, естественным движением населения.

Постарение населения сохранится до 2025 г, причём увеличится количество долгожителей, к 2014 г количество лиц, достигших 75 и более лет составит 31%. Старение населения проявляется во всём мире. Европейский регион занимает прочное место старейшего региона на планете. А наша страна находится на 7 месте снизу по смертности населения, при этом наши мужчины живут на свете в среднем 56 лет. Подводя итог демографической ситуации в России, следует отметить:

- постарение населения приводит к повышению среди старшей группы страдающих хроническими заболеваниями;
- меняется структура населения: среди пожилых преобладают женщины, их доля составляет 75%;
- снижается средняя продолжительность жизни;
- в уход за лицами старшей возрастной группы будет вовлекаться всё больше лиц молодого возраста.

По данным мировой статистики Россия опережает по темпам старения весь мир. Низкая продолжительность жизни касается лиц, родившихся в 90-е г., лица, родившиеся раньше, имеют большие резервы жизнеспособности. А из этого следует, что в России возникла острая нужда в развитии гериатрической службы.

Важную роль в оказании помощи лицам старшей возрастной группы отводят медицинским сёстрам. Их участие в профилактической и реабилитационной работе неоспоримо.

Требуется также расширять патронажную службу, которая в настоящее время не располагает необходимыми кадрами, т. е. квалифицированными работниками, умеющими вести сестринский процесс и самостоятельно принимать решения.

Пожилкой больной представляет собой уникальный клинический феномен с точки зрения сочетания разнообразной по характеру и течению па-

тологии, оказывающей неодинаковое влияние на качество жизни, социальную активность человека и дальнейший прогноз. Поэтому так велика роль среднего медперсонала в организации помощи стареющему человеку.

Обучение будущих сестёр сестринскому гериатрическому процессу имеет огромное значение для современной медицины.

Гериатрический сестринский процесс — это систематизированный подход к организации мероприятий для решения проблем геронтов, а также профилактики заболеваний у геронтов.

Проблемы здоровых геронтов чаще обусловлены возрастными особенностями анатомо-физиологических и психологических характеристик, а также возрастными изменениями потребностей.

Эти особенности требуют от медицинской сестры большего внимания правильного подхода к каждому этапу сестринского процесса.

Переход к сестринскому процессу привёл к появлению в учреждениях медицинских сестёр с высшим медицинским образованием. Эти сестры могут возглавлять отделения сестринского ухода, отделения медико-социальной помощи, пищеблоки, отделения реабилитации, школы для пациентов и т.д.

Они успешно выполняют роль администраторов, в обязанности которых входит подбор кадров, контроль за работой среднего и младшего медперсонала, расстановка кадров в условиях меняющихся проблем отделения, оснащение учреждения нужным инвентарём, средствами малой механизации, медикаментами, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием пациентов. Сёстры администраторы составляют ежедневно аналитические записки, выявляют проблемы отделений, распределяют и привлекают персонал для решения этих проблем, участвуют в еженедельных совещаниях с администрацией.

Роль медицинской сестры чрезвычайно велика в современном здравоохранении. Она не просто манипулятор, она самостоятельный сотрудник, принимающий решения в сфере управления и организации работы отделения. Многие сёстры-организаторы представляют интересы своих отделений на городских конференциях, в связях с общественностью. Квалифицированные сёстры с высшим образованием могут стать одновременно педагогами на курсах повышения квалификации среднего медперсонала.

Важным принципом работы в гериатрических отделениях должен быть принцип умения работать в мульти-дисциплинарных группах. Этого требует специфика гериатрической службы. Итак, самой главной составляющей гериатрической службы является подготовка и подбор квалифицированного, преданного своему делу персонала.

Программа конференции

Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования
Министерство здравоохранения Иркутской области
Иркутский областной гериатрический центр
Госпиталь ветеранов войн

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

Современное лечение лиц пожилого возраста



25 февраля 2015 года
Иркутск

25 февраля. Конференция 14:30 – 17:00.

14:30 14:40	<i>Пустозеров Виктор Георгиевич, зав. кафедрой геронтологии и гериатрии.</i> Проблемы лечения лиц пожилого и старческого возраста.
14:45 15:10	<i>Краснова Юлия Николаевна профессор кафедры кардиологии и терапии ИГМАПО.</i> Особенности ведения бронхиальной астмы у пожилых.
15:15 15:40	<i>Козлова Наталья Михайловна, заведующая кафедрой факультетской терапии ИГМУ.</i> Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у лиц пожилого возраста.
15:45 16:10	<i>Онопко Виктор Федорович, профессор кафедры общей хирургии с курсом урологии ИГМУ.</i> Нарушения мочеиспускания у больных с приобретенным нейрогенным мочевым пузырем.
16:15 16:40	<i>Меньшикова Лариса Васильевна, зав. кафедрой семейной медицины ИГМАПО.</i> Остеопороз и саркопении у лиц пожилого возраста.
16:45 17:10	<i>Капустенская Жанна Исмагиловна, доцент кафедры неврологии ИГМАПО.</i> Лечение цереброваскулярных заболеваний в преклонном возрасте.
<i>Дискуссия. Закрытие конференции.</i>	

Подписано в печать 17.02.15.
Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.
Печать трафаретная. Бумага офсетная 80 г/м².
Усл. п. л. 2,75. Формат 84x108/32. Тираж 100. Заказ 11/14-02/1.
Отпечатано в типографии «Форвард».