

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей  
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению  
администрации г. Иркутска

# *Практическая гериатрия*



Иркутск  
11 февраля 2010 года

УДК 616-036  
ББК 54.1  
Б43

**Практическая гериатрия: материалы конференции, 11 февраля 2010 года, Иркутск / под ред. Ф.И.Белялова, Ю.С.Чайкисова. Иркутск, 2010. 61 с.**

В сборнике материалов межрегиональной конференции «Практическая гериатрия» представлены научные и практические статьи, посвященные проблеме пациентов пожилого и старческого возраста.

УДК 616-036  
ББК 54.1

© ИГИУВ, 2010

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Аксаментов Г.В., Егорова Л.С., Зверович Т.Е. Опыт работы Иркутского областного гериатрического центра за 2006-2008 года.....   | 5  |
| Аксаментов Г.В., Зверович Т.Е., Егорова Л.С. Гериатрическая оценка пациента. Первые результаты исследований по материалам стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска.....      | 7  |
| Алиджанова Х.Г., Кауров Б.А. Гендерные особенности некоторых гемодинамических и других показателей сердечно-сосудистой системы у больных с полиморбидностью в разных возрастных группах..... | 10 |
| Ананьев А.А. Опыт применения статина в лечении желчнокаменной болезни у геронтов.....  | 14 |
| Ананьев А.А. Опыт проведения эрадикационной терапии при язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.....  | 15 |
| Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста с остеопорозом позвоночника.....   | 16 |
| Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Эпидемиология остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.....   | 16 |
| Бараховская Т.В., Верлан Н.В., Колесниченко Л.С. Возможности антиоксидантной терапии при полиморбидности в гериатрии.....  | 17 |
| Батудаева Т.И., Данчинова А.М. Оценка эффективности и переносимости мелоксикама при лечении остеоартроза у пациентов пожилого возраста.....  | 19 |
| Брикова С.И., Онучина Е.В., Шильке В.И., Трухан Р.Г., Ларионова М.А. К проблеме инфекции <i>H. pylori</i> и проведения эрадикационной терапии в старших возрастных группах.....              | 23 |
| Верлан Н.В. Комбинированная терапия в геронтологической практике.....  | 23 |
| Верлан Н.В., Бараховская Т.В., Колесниченко Л.С. Фармакологическая коррекция изменений системы глутатиона при дисциркуляторной энцефалопатии 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинатом.....   | 26 |
| Воржева И.И., Хашкина Л.А. Аллергия к грибам-дерматофитам как этиологический фактор поздно возникшей бронхиальной астмы.....   | 26 |
| Григорьева Е.В., Тарнуева О.К. Опыт использования SMART-терапии бронхиальной астмы у больных геронтологического профиля.....   | 27 |
| Димчикова Б.Б. Зависимость развития ранних рецидивов туберкулеза органов дыхания от различных факторов риска в г. Улан – Удэ.....  | 30 |
| Есаулова И.Н. Биологическая активность веществ, выделенных из внутренних органов животных, перенесших кровопускание на экспрессию CD-рецепторов лимфоцитов.....                              | 33 |
| Калягин А.Н., Склянова М.В., Щербаков Г.И. Особенности преподавания сестринского дела в гериатрии для студентов-заочников факультета высшего сестринского образования.....                   | 34 |
| Капустенская Т.В., Цыренжапова В.И. Опыт фармакопунктурной коррекции кохлеовестибулярных нарушений.....  | 36 |
| Капустенская Т.В., Горяинова Н.Н. Применение общей магнитотерапии у лиц пожилого и старческого возраста при лечении неврологических заболеваний.....   | 36 |
| Каретникова В.М., Петрунько И.Л. Особенности инвалидности у лиц пенсионного возраста вследствие заболеваний органов дыхания в Иркутской области.....   | 37 |

|   |    |
|---|----|
| Ковалева Л.П., Аюшиева С.Ц., Михалевич И.М., Мамыкина С.С. Использование дискриминантного анализа в оценке эффективности разных методов лечения двухнедельного курса курорта «Аршан» .....    | 38 |
| Ковалева Л.П., Аюшиева С.Ц., Михалевич И.М., Мамыкина С.С. Анализ реогепатографии у больных хроническим холециститом, пролеченных на курорте «Аршан» с помощью дискриминантного анализа. .... | 39 |
| Кожевникова Н.В., Сайфутдинов Р.Г., Галиуллина Т.Н., Исхаков Т.Д. Влияние Таспира на фракцию выброса по эхокардиоскопии у больных ИБС.....  | 40 |
| Ленденева И.Л., Психологический анализ нарушений сна у пожилых пациентов, пути коррекции.....   | 41 |
| Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Костромина М.А., Пустозеров В.Г. Опыт применения Кардионата в геронтологической клинике. ....   | 43 |
| Онучина Е.В., Брикова С.И., Романенко Н.Д., Бродач Л.Н. Внепищеводная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.....                                 | 45 |
| Петрунько И.Л. Об инвалидности при ревматоидном артрите лиц пенсионного возраста .....  | 48 |
| Пустозеров В.Г. Проблемы профилактики преждевременного старения и возрастной патологии .....  | 49 |
| Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Маслова Е.Г. Применение дибикора у больных пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью. ....                                     | 52 |
| Сайфутдинов Р.Г., Трифонова Э.В. Оценка на мышах, крысах и собаках острой токсичности МТБЭ .....  | 52 |
| Сайфутдинов Р.Р. Оценка состояния больных с ИБС и повышенным уровнем антител к фосфолипидам. ....   | 53 |
| Сайфутдинов Р.Р. Изучение компонентов антифосфолипидного синдрома у пациентов с инфарктом миокарда и стабильной стенокардией.....   | 54 |
| Сайфутдинов Р.Р. Исследование уровня антител к фосфолипидам у здоровых людей. ....  | 55 |
| Севрюкова О.В., Работа отделения функциональной диагностики в условиях гериатрического приема. ....   | 55 |
| Тарнуев В.А., Есаулова И.Н. Лечение больных бронхиальной астмой методами восточной медицины .....   | 58 |
| Шаманова Н.В., Зоркальцева Е.Ю. Эффективность лечения больных туберкулёзом с различными типами течения шизофрении .....   | 59 |

## Аксаментов Г.В., Егорова Л.С., Зверович Т.Е. Опыт работы Иркутского областного гериатрического центра за 2006-2008 года.

ГУЗ Областной Гериатрический Центр

В настоящее время перед мировым сообществом стоит проблема старения населения. С начала 2000 г. доля населения пенсионного возраста достигла 20,6%, что в 1,8 раза больше, чем в 1960 г. С 2006 г. значительно сокращается численность трудоспособного населения. По прогнозам ООН, к 2016 г. в этой группе останется 59,9% от всего населения (Арьев А.Л., 2007). Около 34 млн современного населения России (24%) составляют люди пенсионного возраста, из них 13,4 млн (38%) люди старше 75 лет. Согласно международным критериям, население считается старым, если людей в возрасте 65 лет и старше больше 7%, что отмечается в России с 1967г. (Ефремов и др., 2000). В настоящее время 13% жителей России находятся в этом возрасте со значительным превышением доли женского населения. В Иркутской области число людей старше 60 лет составляет 387,9 тыс человек, из них 162,7 тыс человек старше 70 лет (2008г.). По этой причине в настоящее время становится актуальным оказание квалифицированной медицинской помощи пожилым людям, требующей специальных знаний в возрастной патологии. В этом направлении в Иркутской области сделаны конкретные шаги: работает клинический госпиталь ветеранов войн, в 2005г. открыт областной гериатрический центр (ОГЦ), где проходят лечение люди в возрасте от 60 лет и старше, преимущественно жители районов области. На современном этапе важно оценить потребность в медицинской помощи пожилого населения, поскольку, в этом возрасте у каждого человека имеется несколько конкурирующих заболеваний, длительность пребывания на койке, источник финансирования, методологический подход в лечении пожилых пациентов.

В целях изучения представления о состоянии здоровья пациентов пожилого и старческого возраста Иркутской области за 2006-2008 гг. нами проанализированы значимые аспекты патологии гериатрического пациента по материалам стационара ОГЦ (истории болезни 3 479 больных, данных функциональных и лабораторных исследований). Стационар рассчитан на 55 коек их них 15- неврологических и 40- терапевтических. В 2006 г. пролечено 1115, в 2007 г. – 1119 и в 2008 г. – 1115 больных, приоритетно жители Иркутской области. В 2006 г. большинство пролеченных больных в возрасте 75-89 лет (51%), 41% - 60-74 года, в 2007-2008 гг. 46% и 42% соответственно. Удельный вес больных старше 90 лет за проанализированный период составил 0,25%. Среди госпитализированных в 2006 г. - 70%, в 2007 г. – 80% и в 2008 г. – 84% жители области, из них 45- 57% пролеченных - селяне. Это преимущественно жители Черемховского, Куйтунского и Чунского районов.

Для изучения клинических и функциональных особенностей гериатрических пациентов, пролеченные в 2007 г. были разделены на 2 группы: пожилые (60-74 года) и старые (старше 75 лет) пола. Для сравнения по ряду показателей выделена группа зрелых (40-59 лет) пациентов терапевтического стационара дневного пребывания ОГЦ.

Таблица 1.

Средняя численность клинически значимых диагнозов на 1 пациента в гериатрическом стационаре.

| Число лиц | Мужчины   |  | Женщины   |  |
|-----------|-----------|--|-----------|--|
|           | Число лиц | Среднее кол-во диагнозов на 1 человека | Число лиц | Среднее кол-во диагнозов на 1 человека |
| 40-59     | 51        | 3,0                                    | 74        | 3,2                                    |
| 60-74     | 202       | 4,2                                    | 514       | 4,3                                    |
| 75 и >    | 173       | 4,5                                    | 220       | 4,8                                    |

Как видно из таблицы, уровень заболеваемости у женщин, по сравнению с мужчинами выше, что было подтверждено и ранее в проведенном исследовании у гериатрических паци-

ентов на базе областной больницы №2 (Аксаментов Г.В., В.Д. Потапова, 2002). Число заболеваний у пожилых увеличивается с возрастом. Уровень заболеваемости в 1,8-2 раза выше, чем у молодых, а у лиц 75 лет и старше – в 5-8 раз. Для больных пожилого и «старческого» возраста характерно множество хронических заболеваний, соответственно и диагнозов – более трех. По нашим данным, у 1 пожилого пациента в среднем имелось 4,1, а у лиц 75 лет и старше – 4,7 диагнозов, что соответствует проводимым исследованиям ранее. Учитывались только выраженные нозологические формы. Наиболее частым патологическим процессом в стареющем организме является атеросклероз. По нашим данным, болезни системы кровообращения составили 78% от всех болезней, где 23% - цереброваскулярные болезни, 38%- артериальная гипертония, 32%- стенокардия, 12%-ХСН. Большую группу составляют болезни костно-мышечной системы- 13%, из них остеоартроз – 30%, боли в спине дегенеративного характера- 71,6%. Болезни органов дыхания – 4,8%. Все заболевания часто сочетаются с болезнями других систем организма: пищеварительной, мочеполовой, эндокринной и болезнями глаз. Наши показатели заболеваемости отличаются от таковых терапевтических стационаров г.Иркутска, где ведущими являются также ССЗ-41% и не характерные для пожилого возраста болезни органов пищеварения- 16%, инфекции мочеполовых путей- 17,5%, болезни органов дыхания -11% (Белялов Ф.И., 2009). Необходимо отметить, что к 60 годам человек уже имеет особый набор заболеваний, что требует особого подхода к организации профилактической и диспансерной работы пожилых.

При изучении клинико-функциональных особенностей здоровья пациентов гериатрического стационара проанализированы 1115 историй болезни за 2008 г., где 744 пациент женщины и 371- мужчины, было выделено 2 группы – пожилые и старые. Учитывались показатели, связанные с заболеванием, общим старением организма: деменция, нарушение походки, пользование тростью, недержание мочи, потребность в постороннем уходе (табл.2).

Таблица 2.

Клинико-физиологические особенности пациентов гериатрического стационара

| Показатель, симптом                   | Пожилые, % | Старые, % |
|---------------------------------------|------------|-----------|
| Численность:                          |            |           |
| -Мужчины                              | 177        | 194       |
| -Женщины                              | 484        | 260       |
| Дефекты слуха                         | 40,4       | 85,2      |
| Дефекты зрения                        | 74,0       | 89,6      |
| Повышенный уровень креатинина в крови | 22,1       | 31,3      |
| Деменция                              | -          | 5,2       |
| Нарушение походки                     | 19,3       | 31,3      |
| Пользование тростью                   | 5,8        | 19,1      |
| Неудержание мочи                      | 3,8        | 8,3       |
| Требуется постоянный уход             | 1,9        | 7,8       |
| Нуждается в ежегодной госпитализации  | 24,0       | 33,0      |

Были выявлены дефекты слуха (40,4%-1 группа, 85,2% -2 группа), дефекты зрения (74,0% и 89,6%), нарушение походки (18,5% и 31,5%), недержание мочи ( 2,6% и 8,3%), деменция (5,2% у старых), нарушение походки (18,3% и 31,3%), пользование тростью (5,8% и 19,1%), повышение креатинина крови (22, 1% и 31,3%), а также наличие постоянного ухода (1,9% и 7,8%), нуждаемость в ежегодной госпитализации ( 24,0% и 33,0%) ( табл 2 ). Как видно из исследования, существенно выражено снижение зрения и слуха у пациентов 75 лет и старше, а также нарушение походки, недержание мочи, потребность в постороннем уходе, что утяжеляет течение основного заболевания и создает особенности пребывания в стационаре подобных больных. При открытии стационара не было найдено конкретных

рекомендаций о средней длительности пребывания больного. Был использован опыт госпиталя ветеранов войн, к руководству был принят 21 к\день. Значительное клиническое улучшение удалось получить у пожилых в среднем за 16,9 к\дней. В старшей возрастной группе пребывание в стационаре составило 17,6 к\дней. Средний к\день пребывания больного в гериатрическом стационаре составил 17,3 к\дней, что может служить обоснованным сроком пребывания больного в гериатрическом стационаре для расчета финансовых показателей в системе ОМС.

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 течение отличается особенностями. Необходимо изменение социальных стереотипов в отношении пожилых людей, повышение уровня специальных знаний возрастных особенностей и возрастной патологии. С учетом клинико-функциональных особенностей патологии пожилых, целесообразно пересмотреть сроки пребывания больного на гериатрической койке, рекомендуемые системой ОМС. Важна социальная реабилитация этой категории больных с достаточным материально-техническим обеспечением. Проблема активного, качественного долголетия является комплексной: медицинской и социальной, государственной и личной.

## **Аксаментов Г.В., Зверович Т.Е., Егорова Л.С. Гериатрическая оценка пациента. Первые результаты исследований по материалам стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска**

ГУЗ Областной гериатрический центр, Иркутск

Гериатрическая оценка пациента /ГОП/ - специфическая методика комплексной оценки состояния здоровья и социального статуса пожилого и старого пациента, проводится с целью принятия клинических и организационных медико-социальных решений.

В ГУЗ ОГЦ для проведения ГОП использовалась методика, рекомендованная научно-практической конференцией «Гериатрическая оценка пациента» в Санкт-Петербурге в 2000 г. Исследования проводились с 2006 по 2008 гг. в течение 28 месяцев у стационарных пациентов. Всего исследовано 1768 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет. Выбор для исследования группы «пожилых» диктовался в основном демографическими особенностями Иркутской области, выявленными сотрудниками ОГЦ при их изучении в 2006 г: на фоне общего снижения численности населения в 2005 г. по сравнению с 1990 г. на 8,9 % отмечалось снижение и «гериатрической» группы в 2005 г в сравнении с 2001 г. на 11 %, причем снижение произошло исключительно за счет «долгожителей» / лица старше 90 лет/ и «пожилых». Это и определило выбор группы «пожилых» для исследования ГОП.

При оценке результатов ГОП мы попытались несколько расширить задачи от ее применения и:

- прояснить медико-социальные особенности группы «пожилых» жителей Иркутской области /сознавая, что исследуем «избранный» стационарный контингент, а не популяцию/
- прояснить индивидуальную значимость методики ГОП, а также
- оценить саму методику ГОП и ее потенциальные возможности

Таблица 1.

Поло-возрастной состав контингента.

|         | 60 – 64 лет  | 65 – 69 лет | 70 – 74 лет  | Всего         |
|---------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| Мужчины | 101          | 176         | 220          | 497 – 28,1 %  |
| Женщины | 283          | 513         | 475          | 1271 – 71,9 % |
| Всего   | 384 – 21,7 % | 689 – 39 %  | 695 – 39,3 % | 1768 – 100 %  |

В таблице 1 представлен исследованный контингент по поло - возрастным группам: группа 60-64 гг. является самой малочисленной - 21,7 % , что, вероятно, связано с занятостью этой группы на производстве. Численность госпитализированных женщин в 2,5 раза превышает мужчин. При оценке ниже приведенного анализа показателей ГОП следует учесть, что соотношение мужчин и женщин в этой возрастной популяционной группе «пожилых» жителей Иркутской области /2005 г/ составляет 1 : 1,72.

Анализировались общепринятые факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии и обострения сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблица 2

Распространенность факторов риска в группе обследованных

| Фактор риска           | пол   | 60 – 64 лет | 65 – 69 лет | 70 – 74 лет | Всего / %  |
|------------------------|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| АГ                     | муж.  | 89          | 153         | 192         | 434 /87,3  |
|                        | жен.  | 269         | 483         | 463         | 1208/95,0  |
|                        | всего | 351/91,4 %  | 636/92,3 %  | 655/94,2 %  | 1642/92,9  |
| Избыточный вес         | муж.  | 47          | 67          | 109         | 223/44,9   |
|                        | жен.  | 206         | 364         | 349         | 919/72,3   |
|                        | всего | 253/65,9 %  | 431/62,5 %  | 458/65,9 %  | 1142/64,6  |
| Нарушение липид обмена | муж.  | 73          | 127         | 142         | 342/68,8   |
|                        | жен.  | 220         | 420         | 363         | 1003/78,9  |
|                        | всего | 293/ 76,3 % | 547/79,4 %  | 505/72,7 %  | 1345/76,1  |
| СД                     | муж.  | 9           | 17          | 30          | 56/11,3    |
|                        | жен.  | 47          | 94          | 98          | 239/18,8   |
|                        | всего | 56/14,6 %   | 111/16,1 %  | 128/ 18,4 % | 295/16,7   |
| Курение                | муж.  | 30          | 32          | 33          | 95/19,1    |
|                        | жен.  | 2           | 6           | 5           | 13/1       |
|                        | всего | 32/8,3 %    | 38/5,5 %    | 38/5,5 %    | 108/6,1    |
| Снижен. слуха          | муж.  | 41          | 67          | 90          | 198/39,8   |
|                        | жен.  | 70          | 175         | 213         | 458/36,0   |
|                        | всего | 111/28,9 %  | 242/35,1 %  | 303/43,6 %  | 656/37,1   |
| Снижен. зрения         | муж.  | 91          | 156         | 202         | 449/90,3   |
|                        | жен.  | 265         | 511         | 472         | 1248/ 98,2 |
|                        | всего | 356/92,7 %  | 667/ 96,8 % | 674/ 97,0 % | 1697/ 96,0 |

Повышенное АД выявлено у 92 % лиц этой возрастной группы, у 87,3 % мужчин и 95 % женщин. Поскольку % различия в возрастных группах незначителен / от 91,4 % у лиц в возрасте 60-64 гг. до 94,2 % у лиц 70-74 лет / следует, что к 60-летнему возрасту АГ той или иной стадии уже сформирована у большей части населения Иркутской области /92,9 % /.

Избыточный вес тела, как фактор риска, выявлен у 64,6 % пациентов со значительной разницей у мужчин / 44,9 % / и женщин / 72,3 % /. Однако, разницы между представленными возрастными группами не отмечается, фактически излишек веса к пожилому возрасту уже приобретен. Нарушение липидного обмена выявлено у 76,1 % популяции с незначительной разницей у мужчин /68,8 % / и женщин /78,9 %/. Сахарный диабет в форме заболевания диагностирован у 16,7 % пожилых, с небольшой динамикой в сторону повышения среди возрастных групп 14,6 % - 16,1 % - 18,4 %. Выявляемость СД у женщин /18,8 %/ превышает её у мужчин /11,3 %/. Курение как фактор риска выявлен у 6,1 % госпитализированных, преимущественно у мужчин: почти каждый пятый мужчина в группе пожилых курит -19,1%. Среди госпитализированных женщин курящих лишь 1 %. Фактически за десятилетие 65-74 гг. никто курить не бросил. Снижение слуха выявлено у 37,1 % пациентов, отмечено нарастание нарушений слуха с возрастом /28,9 % в группе 60-64 гг, 35,1 % в группе 65-69 лет и 43,6 % в группе 70-74 гг/. Снижение зрения выявлено у 96 % обследованных, причем в 92,7 % уже



к 60-летнему возрасту. Убедительной разницы между полами в нарушении функции зрения и слуха нет.

Таблица 3

Распространенность и характер нарушений психики в группе обследованных.

| Симптом \ Возраст             | 60 – 64 лет | 65 – 69 лет | 70 – 74 лет | Всего        |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Депрессия                     | 63          | 113         | 138         | 314 – 35,5 % |
| Состояние одиночества         | 4           | 8           | 18          | 30 – 3,4 %   |
| Страх, тревога                | 97          | 171         | 180         | 48 – 50,6 %  |
| Хронический стресс            | 15          | 27          | 31          | 73 – 8,2 %   |
| Психосомат. расстройства      | 66          | 146         | 126         | 338 – 38,2 % |
| Поведенческие нарушения       | 0           | 1           | 2           | 3 – 0,3 %    |
| Агрессия                      | 52          | 122         | 118         | 292 – 33,0 % |
| Аутоагрессия                  | 5           | 9           | 14          | 28 – 3,2 %   |
| Конфликтность                 | 46          | 100         | 112         | 258 – 29,1 % |
| Переутомление                 | 6           | 20          | 9           | 35 – 3,9 %   |
| Неврастенические реакции      | 50          | 108         | 84          | 242 – 27,3 % |
| Навязчивые состояние          | 20          | 25          | 24          | 69 – 7,8 %   |
| Лабильность поведения         | 81          | 155         | 162         | 398 – 45,0 % |
| Суицидальные мысли            | 0           | 5           | 8           | 13 – 1,5 %   |
| Всего осмотрено (чел)         | 194         | 354         | 337         | 885          |
| Кол-во симптомов              | 505         | 1179        | 1026        | 2710         |
| Кол-во симптомов у 1 человека | 2,6         | 3,3         | 3,0         | 3,1          |

Из обследованных 1768 чел. - психологом осмотрено 885 чел. Как видно из табл. 3 все без исключения обследованные имеют те или иные отклонения в психике, в среднем у каждого выявляется 3,1 дефекта психического характера, и основные из них – тревога и страхи - 50,6 %, неустойчивое поведение – 45 %, психосоматические расстройства – 38,2 %. Треть пациентов имеет симптомы депрессии и агрессии.

Среднее число диагнозов у одного пациента в группе 60-64 гг. - 9,4, в группе 65 – 69 лет – 7,9, в группе 70-74 гг. – 7,6. Полового различие не отмечено: на 1 мужчину – 7,8 диагнозов, на женщину – 8,0. Медицинский прогноз основного заболевания на фоне сопутствующих выглядел так: у 705 пациентов /39,9%/ удовлетворительный, у 1008 пациентов /57,0 %/ – средней тяжести, у 55 чел. /3,1 %/ - тяжелый.

Таблица 4

Медико-социальные и бытовые условия в группе обследованных (1768 чел).

| №  | Фактор  | Число | %    |
|----|---|-------|------|
| 1. | Семейное положение: одинокие (без мужа, жены) |       | 35,1 |
| 2. | Проживание:                                   |       |      |
|    | — в семье или в не полной семье               | 760   | 43   |
|    | — с мужем (женой)                             | 633   | 35,8 |
|    | — проживает один (одна)                       | 375   | 21,2 |
| 3. | Жилищно-бытовые условия:                      |       |      |
|    | — благоустроенное жилье                       | 1008  | 57,0 |
|    | — частный дом (неблагоустроенное)             | 760   | 43   |

|    |                        |                 |
|----|------------------------|-----------------|
| 4. | Социальная зависимость | Не показательно |
|----|------------------------|-----------------|

Как видно из табл. 4 каждый пятый пациент /21,2 % / проживает по разным причинам в одиночестве, 43 % в неблагоустроенных домах. Социальная зависимость не анализировалась из-за непоказательности, т. к. немобильные пациенты просто не попадают в стационар.

Чтобы получить впечатление как выглядит в медико-социальном плане житель Иркутской области к 60-летнему возрасту, мы сравнили результаты ГОП /группа 60-64 гг./с идеальной фигурой здорового 60-летнего человека /табл.5/. Для анализа использованы показатели, принадлежащие к факторам риска, которые можно распространить на популяцию, или отражающие общие признаки старения. Здоровье-отсутствие симптома, фактора- характеризуется 1 ед., наличие его уменьшает 1 ед. на соответствующую долю.

Таблица 5

| Показатель           | Идеальный образ | Среднестатистический человек (по данным ГОП) |
|----------------------|-----------------|--|
| Наличие АГ           | 1               | 0,09   |
| Избыточный вес       | 1               | 0,34   |
| Нарушен.липидов      | 1               | 0,24   |
| СД                   | 1               | 0,85   |
| Курение              | 1               | 0,92   |
| Сниженный слух       | 1               | 0,71   |
| Сниженное зрение     | 1               | 0,07   |
| Отклонения в психике | 1               | -  |
| Итого                | 8               | 3,22   |

Совокупная оценка по избранным симптомам свидетельствует об отклонении медицинского статуса среднестатистического «реального» жителя 60-летнего возраста от идеального образа здорового человека почти на 60 %.

Таким образом, первые результаты проведенной гериатрической оценки 1768 пациентов стационара ОГЦ свидетельствуют, что к 60-летнему возрасту житель Иркутской области уже «наживает» основной груз заболеваний и имеет значительный набор медико-социальных факторов риска их развития или прогрессирования. Сама методика ГОП обладает большими потенциальными возможностями и способна формировать дальнейшую направленность исследований. В августе 2007 г петербургской гериатрической школой рекомендована уточненная стандартизированная методика ГОП.

### **Алиджанова Х.Г., Кауров Б.А. Гендерные особенности некоторых гемодинамических и других показателей сердечно-сосудистой системы у больных с полиморбидностью в разных возрастных группах.**

Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, Москва

Возрастные особенности сердечно-сосудистой системы, метаболизм стареющего организма, малоподвижный образ жизни, полиморбидность являются главными в развитии и прогнозе сердечно-сосудистой патологии. У пожилых и стариков возрастные гемодинамические и метаболические факторы становятся первостепенными в прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Это обусловлено тем, что такие факторы риска как холестерин, частота сердечных сокращений (ЧСС) у пожилых и стариков не являются прогностическими значимыми в развитии ССЗ (Anum E.A., Adera N., 2004; Benetoc et al., 2003) и предикторами сердечно-сосудистой смертности у них являются артериальная гипертония (АГ), сердечная недостаточность, уровень липопротеидов высокой плотности (Волкова Э.Г., Танцырева И.В., 2008; Stokes J. et al. 1989). Возраст - один из факторов риска ССЗ, но в клини-

ческой практике разграничить возрастные и патологические изменения в старших возрастных группах сложно. Кроме того, нередко случаи развития кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений с относительно благоприятным прогнозом у больных старше 85 лет, доживающих до периода долголетия (90 лет и более) (Алиджанова Х.Г., Кауров Б.А., 2009). Это обусловлено индивидуальными темпами старения организма, зависящими от генетических и средовых факторов. Последнее приводит к необходимости при прогнозировании течения ССЗ у больных в старших возрастных группах учитывать не только их пол и паспортный возраст, но и физиологический возраст.

**Цель исследования.** Изучение гендерных особенностей некоторых гемодинамических и других показателей сердечно-сосудистой системы у больных с полиморбидностью в разных возрастных группах, возможность их использования в качестве дополнительных маркеров старения этой системы, а также выявление разных корреляционных связей между ними и с физиологическим возрастом больных.

**Методы исследования.** Методом случайной выборки проводилось клинико-инструментальное обследование 150 больных в возрасте от 20 до 92 лет, поступивших на стационарное лечение в РГНКЦ Росздора. Все пациенты были распределены по возрастам на следующие группы: 1-я группа - возраст от 20 до 49 лет (22 чел.: 7 жен. и 15 муж.); 2-я группа – возраст от 50 до 59 лет (21 чел.: 8 жен. и 13 муж.); 3-я группа – возраст от 60 до 69 лет (28 чел.: 14 жен. и 14 муж.); 4-я группа – возраст от 70 до 79 лет (43 чел.: 27 жен. и 16 муж.); 5-я группа – возраст от 80 до 92 лет (32 чел.: 25 жен. и 7 муж.). Практически все больные имели несколько заболеваний. Физиологический (или, как принято, биологический) возраст (ФВ) больных определяли по анализу крови (Белозерова Л.М., 2006), исходя из простоты его вычисления. ЭХОКГ (SDU – 500 «Shimadzu», Япония) признаками гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) считали толщину миокарда межжелудочковой перегородки и задней стенки более 11 мм в диастолу; ГЛЖ методом ЭКГ считали признак Соколова-Лайона больше 38 мм; Корнельское произведение больше 2440 мм X мс. Состояние гемодинамики оценивали по расчетным формулам для следующих показателей: ударному объему (УО) сердца по формуле Старра, минутному объему сердца (МОС), сократительной способности миокарда (ССМ) по формуле Пироговой, индексу сердечной регуляции (ИСР), коэффициенту экономичности кровообращения (КЭК), коэффициенту выносливости сердечной деятельности (КВСД) по формуле Кваса, общему периферическому сопротивлению сосудов (ОПСС) по формуле Пуазейля, индексу неспецифической реакции сердечно-сосудистой системы (ИНСС) по Мызникову, индексу Кердо (ИК) (Дубровский В.И., 1991; Макаров В.А., 2001). Одной из причин применения взятых расчетных гемодинамических показателей было изучение их возможного использования в качестве простых и доступных гемодинамических маркеров оценки состояния сердечно-сосудистой системы и степени ее старения. Статистическую обработку проводили с помощью стандартного статистического пакета «Statistica» (6-я версия). Корреляционные связи между показателями определяли с помощью непараметрического коэффициента Спирмена.

**Полученные результаты.** При физиологическом старении паспортный возраст (ПВ) и ФВ должны совпадать. В 1-й и 2-й группах ФВ значительно превышал ПВ ( $p < 0.05$ ), что указывало на признаки ускоренного старения у обследованных больных молодого и среднего возрастов. ФВ 80-92 -летних больных был ниже ПВ ( $p < 0.05$ ), указывающий на вероятность замедленного темпа старения и высокую адаптивность к новым условиям гемодинамики и метаболизма организма. В определенной степени это обусловлено наличием в родстве долгожительства, т.е. влиянием генетического фактора. У мужчин 2-й и 3-ей групп ФВ характеризовался высокими значениями коэффициента корреляции с УО ( $r = 0.87$ ;  $p < 0.05$ ), а у женщин 3-й и 4-й групп - отрицательной корреляционной зависимостью с УО и МОС ( $r = -0.74$ ;  $p < 0.05$ ). Для всех возрастно-половых групп было характерно высокое нормальное артериальное давление (АД). По длительности АГ у женщин была продолжительнее и увеличивалась с возрастом у больных обоих полов. С увеличением возраста пульсовое АД (ПАД) у мужчин и женщин закономерно возрастало ( $p < 0.05$ ) и было максимальным в группе 80-92-

летних больных, более выраженное у мужчин. Установлена прямая корреляционная зависимость возраста с ПАД и длительностью АГ для больных обоих полов ( $r=0,77$ ;  $p<0.05$ ) и обратная зависимость возраста с диастолическим АД (ДАД) для мужчин ( $r=-0.71$ ;  $p<0.05$ ). Кроме того, обнаружена корреляционная связь между ПАД и цереброваскулярными заболеваниями у мужчин в возрасте 60-69 лет ( $r=0.58$ ;  $p<0.05$ ). С ростом ПАД частота развития дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин увеличивалась ( $r=0.58$ ;  $p<0.05$ ). С увеличением возраста (особенно с 60 лет) количество диагностированной ГЛЖ методом ЭКГ и ЭХОКг резко возрастало (соответственно  $r=0.34$ ;  $p<0.05$  и  $r=0.35$ ;  $p<0.05$ ), но в возрастной группе 80-92 лет встречалась реже (преимущественно за счет больных старше 90 лет). С увеличением возраста степень корреляционной связи между частотой ГЛЖ и ИБС у женщин оставалась примерно одинаковой и высокой (для возраста меньше 49 лет  $r=0.67$ ;  $p<0.05$ , а для больных старше 80 лет  $r=0.65$ ;  $p<0.05$ ). Для мужчин наблюдалась тенденция к увеличению этой связи (для возраста меньше 49 лет  $r=0.58$ ;  $p<0.05$ , а для старше 80 лет  $r=0.72$ ;  $p<0.05$ ). ИК в 1-4-х группах соответствовал парасимпатическому тону, который был выражен у женщин в возрасте 60-80 лет. В 5-й возрастно-половой группе отмечалась смена парасимпатического тону на симпатический особенно заметный у мужчин. ИК и ЧСС не имели достоверной взаимосвязи с возрастом.

Расчетные показатели УО и МОС были максимальными в 1-й и низкими в 4-й группах. Причем у мужчин они были выше, чем у женщин. Следует отметить, что у мужчин в возрасте 70-79-ти лет эти показатели были ниже ( $p<0.05$ ), чем в других мужских возрастных группах. Для них отмечена отрицательная корреляционная зависимость возраста с показателями УО, МОС ( $r=-0.77$ ;  $p<0.05$ ). При переходе в группу долгожителей (80-92 лет) у больных обоих полов показатели УО и МОС достигали значений больных 50-59-летнего возраста, что могло указывать на замедленный темп старения гемодинамики и высокие адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС). Наибольшие показатели ССМ отмечены в 1-й группе (рис.1). С увеличением возраста ССМ у мужчин и женщин снижалась (соответственно  $r=-0.38$   $p<0.05$  и  $r=-0.26$   $p<0.05$ ). Однако у долгожителей значения ССМ соответствовали таковым, характерным для возрастной группы 50-59 лет для мужчин и 60-69 лет для женщин. Следует отметить, что возрастная динамика значений ССМ у больных обоих полов имела одинаковый характер. Разница заключалась в основном только в абсолютных значениях показателей, которые у мужчин ожидаемо больше в силу разницы их физических конституций. Как видно из Рис. 2, до 60 лет у женщин и до 80 лет у мужчин преобладал смешанный – сердечно-сосудистый тип ИСР, а у женщин с 60 до 80 лет - сосудистый тип регуляции, который в 5-й группе вновь возвращался к смешанному типу. У мужчин старше 80 лет наблюдался переход к сердечному типу регуляции, свидетельствующий об ухудшении саморегуляции кровообращения. В 1-й группе (Рис. 3) значения КЭК были выше нормы и с возрастом эти значения постепенно увеличивались. У больных старше 80 лет отмечался существенный скачок этих значений (более заметный у мужчин), что могло указывать на более выраженные адаптационные возможности женского организма по сравнению с мужским. У больных обоих полов показатели КВСД с возрастом уменьшались (Рис. 4), приближаясь к нормальным значениям у долгожителей. Однако это уменьшение обусловлено возрастным ростом ПАД и потому не могло считаться показателем нормализации КВСД. Во всех группах ОПСС было выше нормы (Рис. 5). У мужчин и женщин с увеличением возраста ОПСС возрастало (соответственно  $r=0.35$   $p<0.05$  и  $r=0.14$   $p<0.05$ ), достигая максимума в группе больных 70-79 лет. Следует отметить, что у женщин данной 4-й группы ОПСС было выше ( $p<0.05$ ), чем у мужчин. У долгожителей ОПСС соответствовало таковому 60-69-летним больным, что указывало вместе с другими признаками на замедленный темп старения больных в группе долгожителей и могло служить основанием для использования ОПСС в качестве одного из простых и доступных гемодинамических маркеров старения человека, в частности, его сердечно-сосудистой системы. Для интегральной оценки степени напряжения адаптационных процессов и физической тренированности по параметрам гемодинамики использовали ИНСС. В группах больных моложе 80 лет наблюдалось относительно неболь-

шое и плавное возрастное увеличение ИНСС (Рис.6). Однако у больных старше 80 лет отмечалось резкое увеличение этих значений, более заметное у мужчин. Это могло свидетельствовать о том, что после этого возраста отмечается резкое увеличение интегральной напряженности адаптационных процессов и ухудшение гемодинамической регуляции, а также уменьшение влияния на эти процессы парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Наблюдаемая картина соответствовала уменьшению ИСР в данной возрастной группе (Рис. 2).

Полученные результаты показали, что возрастная динамика разных гемодинамических показателей и соответствующих регуляторных систем далеко не однозначна, взаимосвязана между собой, имеет гендерные отличия (Рис. 1-6) и может протекать по своим пока не очень известным законам. Последнее находит свое дополнительное подтверждение в виде гендерного возрастного изменения спектра корреляционных связей между разными показателями. Для выяснения причин подобных изменений необходимо дальнейшее, более углубленное изучение данного вопроса.

### Заклучение.

1. Выявлены гендерные возрастные отличия у больных как по гемодинамическим показателям, так и по спектру их корреляционных связей.
2. Показатели ССМ, КЭК, ОПСС, ИСР и ФВ могут быть использованы не только для оценки (и, возможно, прогнозирования) гемодинамического и общего состояния организма, но и в качестве дополнительных маркеров старения сердечно-сосудистой системы.
3. Каждое новое десятилетие жизни имеет свои гемодинамические особенности, которые, вероятно, связаны с разным темпом старения индивидуума.
4. Прогностически значимыми факторами риска ССЗ и их осложнений в старших возрастных группах являются повышение ПАД и ОПСС, ГЛЖ.
5. Возрастная группа 80-92 лет по своим гемодинамическим параметрам соответствовала по ФВ таковым 70-летним больным и имела в родстве максимальное количество долгожителей. Это может указывать на замедленный темп старения в группе долгожителей и наличие у них генетических факторов долголетия.

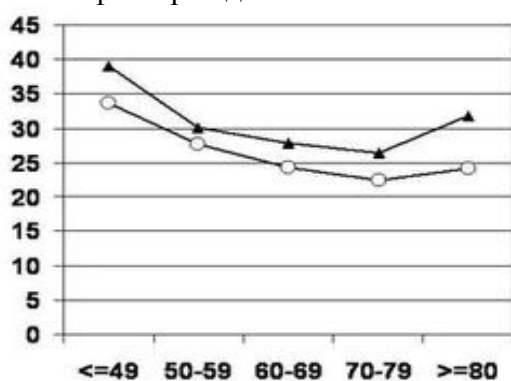


Рисунок 1. Сократительная способность миокарда

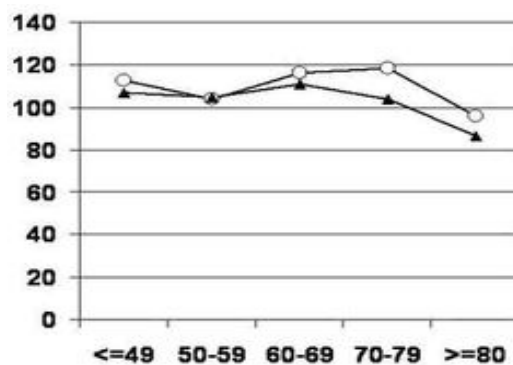


Рисунок 2. Индекс сердечно-сосудистой регуляции

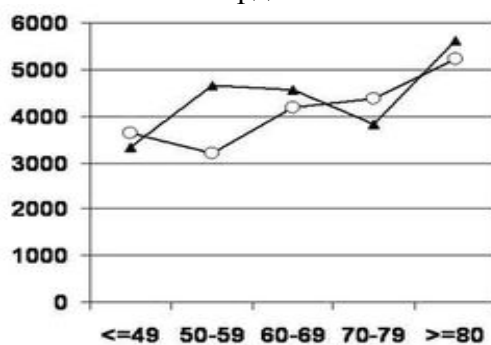


Рисунок 3. Коэффициент экономичности кровообращения

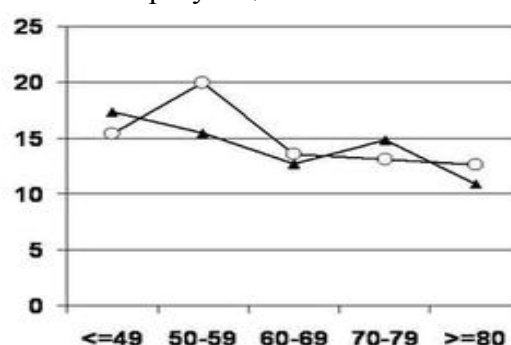


Рисунок 4. Коэффициент выносливости сердечной деятельности

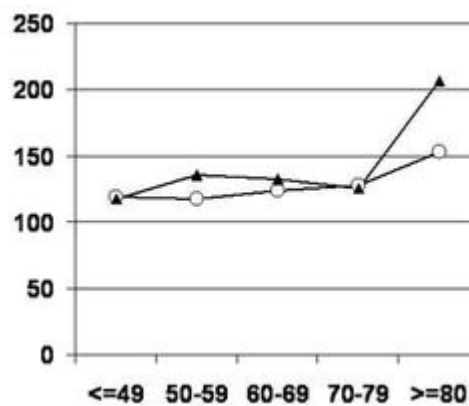
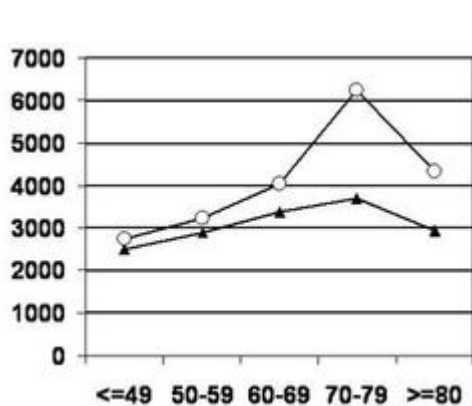


Рисунок 5. Общее периферическое сопротивление сосудов (О – женщины, ▲ - мужчины; по оси абсцисс – возрастные интервалы (годы), по оси ординат – условные единицы)

Рисунок 6. Индекс неспецифической реакции сердечно-сосудистой системы

## Ананьев А.А. Опыт применения статинов в лечении желчнокаменной болезни у геронтов

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из распространенных заболеваний системы пищеварения, частота возникновения которого значительно увеличивается с возрастом. Основным методом лечения ЖКБ – оперативный. Однако, у лиц пожилого и старческого возраста нередко оперативное лечение этого заболевания по различным причинам является проблематичным. В этих обстоятельствах у лиц с холестериновыми камнями в желчном пузыре может проводиться их медикаментозное растворение.

Нами проведена оценка способности растворять холестериновые камни у липиднормализующего препарата из группы статинов ЛЕСКОЛА фирмы SANDOZ. Под действием статинов в печени происходит угнетение синтеза холестерина и усиление метаболизма холестерина в желчные кислоты. Оба процесса способствуют снижению литогенности желчи, уменьшая в ней содержание холестерина и увеличивая содержание желчных кислот. Статины широко применяются в лечении гиперлипидемий, характеризуются высокой эффективностью и безопасностью применения при длительном лечении ими.

Отбор лиц в группу, лечившихся лесколом, и контроль за эффективностью лечения осуществлялись с помощью УЗИ, проводимого на аппарате АЛОКА-2000. В исследование включались лишь больные ЖКБ с подвижными (плавающими) камнями без включения кальция в них, которые интерпретировались как холестериновые. Оценивались исходно и в динамике после лечения лесколом количество камней в желчном пузыре и их максимальные размеры. При оценке изменений в количестве камней не учитывались пациенты с наличием множества камней, не поддающихся учету. Определялись также размеры желчного пузыря и состояние его стенок. При увеличении размеров желчного пузыря более чем 8 на 4 см, хотя бы по одной из осей, констатировалась его гипомоторная дискинезия. При уплотнении и утолщении стенок желчного пузыря более 3 мм диагностировался сопутствующий холецистит. Контрольное УЗИ проводилось через 3 месяца лечения лесколом, принимаемого в дозе 40 мг один раз в сутки. Определялись также уровни холестерина, триглицеридов, аспарагиновой и аланиновой аминотрансфераз, билирубина в сыворотке крови исходно и по окончании лечения.

Лечение лесколом было проведено 12 больным ЖКБ в возрасте от 62 до 75 лет (2 мужчин и 10 женщин). ЖКБ без сочетания с гипомоторной дискинезией и холециститом отмечена у 3 (25%) пациентов. Сопутствующий холецистит имел место у 5 (41,7%) обследо-

ванных. Гипомоторная дискинезия желчного пузыря выявлена у 8 (66,7%), а сочетание ЖКБ с гипомоторной дискинезией и холециститом у 4 пациентов (33,3%).

В результате проведенного лечения лесколом количество камней в желчном пузыре уменьшилось у 4 больных (33,3%) с  $2,11 \pm 0,45$  мм до  $1,44 \pm 0,18$  мм ( $p \geq 0,05$ ). У остальных пациентов их количество оставалось прежним, что, по-видимому, можно объяснить непродолжительностью лечения. У 11 (91,7%) пациентов отмечена существенная положительная динамика в изменении максимальных размеров камней. Так, если исходно этот показатель в среднем составил  $8,08 \pm 0,95$  мм, то по окончании лечения он уменьшился до  $4,83 \pm 0,79$  мм ( $p \leq 0,001$ ). Ни у одного пациента не было отмечено исходной гиперхолестеринемии. По окончании лечения лесколом имело место некоторое снижение содержания холестерина в сыворотке крови с  $4,79 \pm 0,45$  ммоль/л до  $3,80 \pm 0,53$  ммоль/л ( $p \geq 0,05$ ). Содержание аминотрансфераз и билирубина в сыворотке крови после лечения лесколом не претерпело изменений. Побочных эффектов при лечении не отмечено ни в одном случае.

Таким образом, лескол при лечении им ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста, обусловленной наличием холестериновых камней в желчном пузыре, приводит к достоверному уменьшению их в размерах. Препарат способствует растворению холестериновых не только при ЖКБ, но и при калькулезном холецистите, гипомоторной дискинезии желчного пузыря. Образование холестериновых камней не имело прямой связи с уровнем холестерина в крови.

## **Ананьев А.А. Опыт проведения эрадикационной терапии при язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Язвенная болезнь (ЯБ) у лиц пожилого и старческого возраста также как и у лиц молодого возраста часто ассоциируется с *Helicobacter pylori* (Hр). Характерным для этих возрастных групп является метаболизм лекарственных препаратов, проявляющийся их более медленным элиминированием из организма. Учитывая это обстоятельство, нами проведена оценка эффективности схемы эрадикации Hр у лиц с язвенной болезнью пожилого и старческого возраста с использованием половинных доз антибактериальных препаратов, что соответствует рекомендациям Европейской ассоциации гастроэнтерологов (Маастрихт 3), но не нашло широкого применения в практике отечественной гериатрии.

Нами проведено лечение 36 больных ЯБ с локализацией язвы в желудке с наличием Hр на слизистой оболочке желудка (14 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 66 до 82 лет (средний возраст составил 74,6 года). Исходно и спустя 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии проводилась эзофагогастродуоденоскопия со взятием 2 биоптатов из тела желудка и 2 биоптатов из антрального отдела. Из биоптатов готовились препараты для морфологического исследования с окраской по Романовскому-Гимзе. В препаратах из тела желудка оценивали степень атрофии слизистой оболочки желудка (СОЖ). Легкая степень атрофии устанавливалась при гибели не более 30% желез, средняя степень – при гибели не более 50% желез и тяжелая степень атрофии при гибели более 50% желез. Оценивалась также степень обсемененности СОЖ. Степень обсемененности оценивали по критериям предложенным Л.И.Аруином и соавт. (1995): слабая степень обсеменения – до 20 микробных тел в поле зрения, умеренная – 20-50 и выраженная – более 50 микробов в поле зрения. Эрадикационная терапия включала ингибитор протонной помпы омез 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 500 мг и кларитромицин 250 мг оба по 2 раза в сутки. Продолжительность лечения составила 12 дней в соответствии с рекомендациями «Маастрихт-3».

По степени обсеменения пациенты распределялись следующим образом: слабая – 31%, умеренная – 45% и выраженная – 23,5%. У 74% обследованных выявлено наличие атрофии СОЖ различной степени выраженности. После проведения эрадикационной терапии ее эффективность составила 87%.

Можно предполагать, что наряду с вышеотмеченными особенностями метаболизма антибиотиков у лиц старших возрастных групп, способствующих сохранению высокой концентрации антибиотиков в крови, достаточной эффективности терапии способствовала невысокая степень обсеменения, обусловленная наличием атрофии СОЖ у подавляющего числа больных.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что у лиц старших возрастных групп с язвенной болезнью желудка половинные дозы амоксицилина и кларитромицина эффективны при проведении эрадикации *Нр*.

## **Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста с остеопорозом позвоночника.**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Ведущим симптомом в клинике остеопороза позвоночника является боль в спине, что в значительной мере ухудшает качество жизни и нарушает трудоспособность.

**Цель исследования.** Оценить качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста с остеопорозом позвоночника.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 198 жителей в возрасте от 60 до 92 лет г. Иркутска с остеопорозом позвоночника: 126 женщин (средний возраст  $77 \pm 3,9$  лет) и 72 мужчин (средний возраст  $78 \pm 4,3$  лет). Диагноз был выставлен на основании рентгенологического исследования. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 52 человека с остеопорозом позвоночника, осложненного переломами и 2 группа – 146 человек без остеопоротических переломов позвонков. Исследуемые отвечали на 41 вопрос из анкеты качества жизни Qualeffo-41.

**Полученные результаты.** В целом, 93 (46,9%) пациентов с остеопорозом позвоночника, имели уменьшенное качество жизни: 42 (80,7%) с остеопорозом, осложненным переломами и 51 (34,9%) из группы контроля. Счет Qualeffo в области боли был значительно выше в группе пациентов с остеопоротическими переломами позвонков относительно группы контроля: 34,5 против 16,4. В области физической функции счет Qualeffo составил 29,4 против 15,7, в области социальной функции – 42 против 30,5, в области общего состояния здоровья – 35,3 против 21, в области умственной функции (эмоционального состояния) – 24 против 14,8 соответственно,  $p < 0,05$ .

**Заключение.** Выявлено существенное нарушение качества жизни у пациентов с остеопорозом позвоночника, которое достоверно снижалось при наличии хотя бы одного остеопоротического перелома позвонка.

## **Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Эпидемиология остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Каждая третья женщина и каждый восьмой мужчина старше 65 лет переносят в своей жизни перелом, по крайней мере, одного позвонка. Они возникают вследствие минимальной травмы, часто протекают малосимптомно и сопровождаются снижением качества жизни, преждевременной смертностью и большими экономическими затратами.

**Цель исследования.** Изучение эпидемиологии остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы исследования.** Диагностика остеопороза позвоночника основывалась на рентгенологическом исследовании позвоночника и морфометрическом анализе рентгенограмм по методу D. Felsenberg (1993). Обследовано 360 жителей Иркутска в возрасте от 60 до 94 лет (180 мужчин и 180 женщин). Средний возраст мужчин составил  $74,9 \pm 2,6$  года, женщин  $74,5 \pm 2,5$  года.



**Полученные результаты.** Рентгенологические признаки остеопороза чаще выявились у женщин – 154 (85,5%) против 139 (77,2%) у мужчин ( $p < 0,05$ ). Остеопоротические переломы тел позвонков (снижение высоты на 20% и более) были определены у 82 (22,8%) человек, составив у мужчин - 17,2%, у женщин - 28,3% ( $p < 0,05$ ). Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом. Так в возрасте 65-69 лет частота остеопоротических переломов составила 10% у женщин и 3,3% у мужчин. В возрастной группе 70-74 года: 16,7% и 6,6%, в группе 75-79 лет: 26,7% и 13,3% и в возрасте 80-84 года: 36,6% и 23,3% соответственно. Максимальная частота переломов определялась у лиц 85 лет и старше – переломы позвонков имели 43,3% женщин и 30% мужчин. Множественные переломы позвонков (три и более) были выявлены у 106 человек (29,4%), также чаще у женщин – 32,7%, против 26,1% у мужчин ( $p < 0,05$ ). Самым частым типом деформаций позвонков являлась передняя клиновидная деформация, выявленная в 135 позвонках (в 106 грудных и 29 поясничных), что составило 77,1% от общего числа деформированных позвонков. Двояковогнутая деформация была обнаружена в 35 позвонках – 20%. Компрессионная деформация была выявлена в 5 позвонках – 2,9%.

**Заключение.** Частота остеопоротических переломов позвонков среди жителей пожилого и старческого возраста Иркутска составила 22,8%, а именно 28,3% у женщин и 17,2% у мужчин, что сопоставимо со странами Западной Европы (Бельгия), Скандинавии, США (Рочестер). Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом.

## **Бараховская Т.В., Верлан Н.В., Колесниченко Л.С. Возможности антиоксидантной терапии при полиморбидности в гериатрии**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Иркутский государственный медицинский университет

Назначение медикаментозного лечения является важным и ответственным шагом ведения пациентов пожилого и старческого возраста и нередко представляет серьезную проблему. Одной из особенностей данной категории больных считается полиморбидность – наличие нескольких заболеваний, в генезе которых присутствует один патогенетический механизм. Примером формирования полиморбидности служат состояния, связанные с процессами свободно-радикального повреждения.

С развитием современных представлений об «окислительном стрессе» и перекисном окислении липидов, как об универсальном механизме повреждения клеток и тканей, связано формирование новых подходов в лечении заболеваний дисметаболической природы, к ним можно отнести атеросклероз (и «отягощен-ные» им болезни), эндокринную патологию и др.

Наиболее остро мы сталкиваемся с проблемой сочетанной патологии у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ишемией головного мозга, которая является многофакторным процессом, часто возникающим на фоне артериальной гипертензии, атеросклероза церебральных сосудов, сахарного диабета, гипотиреоза и т.д. При этом традиционная фармакотерапия не всегда дает удовлетворительные результаты. Нормализация деятельности мозга достигается многофокусной лекарственной поддержкой, включающей нейропротекцию.

Нейропротекторами могут быть вещества, способные устранять ключевые механизмы повреждения мозга при ишемии, обусловленные энергодефицитом; метаболическими нарушениями; избыточным высвобождением возбуждающих аминокислот и других повреждающих нейротрансмиттеров; чрезмерным накоплением внутриклеточного  $Ca^{2+}$  и последующей активацией нейротоксических процессов (Gress D.R., 1994). Можно выделить несколько важных точек приложения нейропротекции:

1. Коррекция энергетического обмена путем снижения повреждающего действия гипоксии и уменьшения энергетической потребности нейронов.

2. Стимуляция окислительно-восстановительных процессов и усиление утилизации глюкозы.
3. Уменьшение интенсивности свободнорадикального окисления (СРО) и перекисного окисления липидов (ПОЛ).
4. Стимуляция системы нейротрансмиттеров и нейромодуляторов.
5. Торможение высвобождения возбуждающих медиаторов (глутамат, аспарат), обладающих эксайтоксическим действием.

Антиоксидантная фармакотерапия является одним из оптимальных направлений развития стратегии нейропротекции, поскольку позволяет обеспечить защиту нейронов от действия универсальных повреждающих факторов, лежащих в основе большинства клинических форм патологии данной патологии в сочетании с полиморбидностью (Бурчинский С.Г., 2008; Клигуненко Т.Н., Емельянова Е.А., 2008).

Антиоксиданты являются восстановителями, которые легко реагируют с окисляющими веществами и вследствие этого защищают более важные молекулы от окисления. Антирадикальные – антиоксиданты «структурные», прямого действия (дибунол, альфа-липоевая кислота), связывают уже образовавшиеся радикалы ненасыщенных фосфолипидов (фосфатидилсерин, фосфатидилинозит, фосфатидилэтаноламин), таким образом, «выбивая» их из состава мембран. На место выбывших легко окисляющихся липидов заступают сфингомиелин, кефалин и лецитин, то есть, в мембранах накапливаются более инертные к СРО компоненты. Антиантиоксиданты непрямого действия (глутатион, цистеин) блокируют само образование свободных радикалов на разных уровнях, например, связывая металлы с переменной валентностью. Тормозят СРО фенолы ( $\alpha$ -токоферол, убихинон), аскорбиновая кислота, эндогенный этанол, каротиноиды, полифенолы, селен, адреналин, глюкокортикостероиды (Блинков И.Л., 2007).

Поиск новых нейропротекторов ведется среди разных групп антигипоксантов: специфических и неспецифических. У первых антигипоксическое действие является основным, проявляется только в условиях дефицита кислорода и связано либо с коррекцией функции дыхательной цепи, либо с улучшением доставки кислорода тканям. К неспецифическим антигипоксантам (Лукьянова Л.Д., 1989) относят:

- а) мембраноактивные;
- б) влияющие на рецепторную функцию;
- в) действующие на внутриклеточный обмен;
- г) антиоксиданты – вазоактивные соединения.

Одна из групп нейропротекторов – антиоксиданты, тормозящие свободно-радикальные и перекисные процессы в мембранах и генетическом аппарате нейронов. Это витамины А, Е и С, супероксиддисмутаза, лазароиды – стероиды, лишённые глюко- и минералкортикоидной активности, но тормозящие перекисную окисление, а также синтетические препараты: эмоксипин, пробукол, диметилсульфоксид (Бурчинский С.Г., 2006; Galpern W. R., Singhal A.B., 2006). Механизм действия антирадикальных средств заключается в непосредственном взаимодействии со свободными радикалами и их нейтрализацией.

Эффективным препаратом, обладающим антиоксидантным действием, является  $\alpha$ -липоевая кислота (АЛК). Физиологическая роль АЛК заключается в первую очередь в коферментных функциях – переносе субстратов между мультиферментными дегидрогеназными комплексами, соединении реакций окисления и фосфорилирования в АТФ – синтазном комплексе митохондрий (Аметов А.С., 2007). Липоевая кислота как кофермент участвует в окислительно-восстановительных реакциях на уровне пируватдегидрогеназного комплекса и цикла трикарбоновых кислот (Косолапов В.А. и др., 2003).

АЛК – антиоксидант, работающий как в жирорастворимых, так и в водорастворимых средах. Антиоксидантной активностью обладают две ее формы – окисленная и восстановленная. Дегидролипоевая кислота может восстанавливать аскорбиновую кислоту из дигидроаскорбиновой кислоты, напрямую участвует в реакции восстановления витамина Е (Scholich H. et al., 1989). Антиоксидантный эффект обусловлен наличием двух тиоловых групп в молекуле, а также способностью связывать молекулы радикалов и свободное тканевое железо (Suzuki Y.J., 1992; Packer L., et al., 1995). Получены доказательства, что АЛК под-

держивает другие антиоксидантные системы организма, предохраняя глутатион и убихинон от распада. Показано, что она увеличивает уровень кофермента Q10 и внутриклеточного глутатиона на 30-70% (Kagan V. et al. 1990; Busse E., 1992).

Установлена роль системы липоевая/дигидролипоевая кислота в предупреждении свободнорадикального окисления при сахарном диабете, некоторых нейродегенеративных заболеваниях, воздействии радиации.

Препарат мексидол – 3-окси-6-метил-2-этилпиридина сукцинат, также относящийся к группе антиоксидантов, ингибирует свободно-радикальные процессы и ПОЛ, изменяет физико-химические свойства клеточной мембраны (уменьшая отношение холестерол/фосфолипиды, вязкость липидного слоя, увеличивая его текучесть). Улучшает энергосинтезирующую функцию митохондрий и энергетический обмен в клетке, стимулируя прямое окисление глюкозы по пентозофосфатному шунту, повышая уровень восстановленных нуклеотидов. Являясь «ловушкой» свободных радикалов, мексидол способствует повышению активности антиоксидантных ферментов, стабилизирует уровень эндогенных антиоксидантов и, тем самым, усиливает защиту клетки. Моделируя клеточную мембрану, мексидол влияет на активность мембраносвязанных ферментов, ионных каналов, рецепторных комплексов (включая иммунные), усиливает их способность к связыванию с лигандами и повышает активность медиаторов. Ингибирует синтез лейкотриенов, тромбоксанов; повышает синтез простаглицина, улучшает реологию крови (Насыбуллина Н.М., 2000; Суслина З.А. и соавт., 2001; Воронина Т.А., 2005).

В экспериментальных и клинических работах показан широкий спектр фармакологических эффектов мексидола - ноотропное, антигипоксическое, противоишемическое и антиатерогенное действие (Воронина Т.А., Смирнов Л.Д., 2005; Виленский Б.С., 2002).

В целом, можно отметить, что роль лекарственных препаратов, используемых для фармакологической коррекции цереброваскулярной патологии с полиморбитным фоном у пациентов старших возрастных групп, может быть весьма многогранной и эффективной. Но вопросы индивидуального подбора нейропротекторной терапии изучены пока недостаточно. Выяснение ключевых элементов изменений антиоксидантного статуса может явиться научной основой для определения подходов к рациональной фармакотерапии у геронтологических больных с сочетанной патологией.

## **Батудаева Т.И., Данчинова А.М. Оценка эффективности и переносимости мелоксикама при лечении остеоартроза у пациентов пожилого возраста**

Бурятский филиал Иркутского государственного института усовершенствования врачей

Остеоартроз (ОА) – хроническое заболевание, развивающееся в результате различных причин, характеризующееся деградацией суставного хряща с вовлечением околосуставных тканей, включая субхондральную кость, капсулу, синовиальную мембрану и периапартулярные мышцы. Распространенность ОА среди лиц старше 15 лет в России составляет 6,4% (Беневоленская Л.И. и др., 1988), в г. Иркутске среди лиц старше 18 лет – 8% (Петрачкова Т.Н. и др., 2006). Частота выявления ОА увеличивается с возрастом – у людей старше 60 лет он диагностируется в 97% случаев. Прогнозируют, что к 2020 году встречаемость ОА в популяции может достичь 57%. В Бурятии также отмечается рост этого заболевания. По данным годовых отчетов по ревматологии, распространенность ОА в г. Улан-Удэ в период с 2004 г. по 2008 г. увеличилась на 26% – с 1614,5 на 100 000 населения до 2037,4. Заболеваемость за тот же период выросла на 20% – с 230,3 на 100 000 населения до 271,8 (Батудаева Т.И., и др., 2009).

ОА длительное время протекает бессимптомно. Присоединяющиеся позже клинические проявления – боль, крепитация, нарушение функции пораженных суставов имеют прогрессирующее течение, нередко требующее постоянной медикаментозной терапии.

Для симптоматического лечения ОА Ассоциация врачей общей практики РФ и Ассоциация ревматологов России (Лесняк О.М., 2006) рекомендует немедикаментозное и медикаментозное лечение. Немедикаментозные методы включают обучение пациентов, рекомендации по снижению повышенной массы тела, ограничение физических нагрузок, лечебную физкультуру, физиолечение, использование вспомогательных средств (трости, ортопедические стельки, фиксирующие повязки, ортезы и др.). Перечисленные методы оказывают значимое положительное влияние на болевой синдром и функциональную активность больных ОА, в ряде случаев позволяют затормозить дальнейшее прогрессирование заболевания и предотвратить раннюю инвалидизацию.

Медикаментозная терапия предполагает использование лекарственных средств с обезболивающей и противовоспалительной активностью, симптоматических препаратов медленного действия (т.н. хондропротекторов) и производных гиалуроновой кислоты для локальной терапии.

В качестве лекарственных средств с обезболивающей и противовоспалительной активностью используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). При этом хорошо известно, что НПВП вызывают множество побочных эффектов, в том числе гастропатию. К факторам риска НПВП-гастропатии относятся: возраст старше 65 лет, язвенная болезнь в анамнезе, злоупотребление алкоголем, сопутствующий прием антикоагулянтов и/или глюкокортикостероидов, одновременный прием нескольких НПВП, сопутствующие тяжелые соматические заболевания. Пациентам, имеющим более 1 фактора риска НПВП-гастропатии, рекомендуется назначать селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), обладающие меньшим раздражающим влиянием на слизистую желудка. Пожилые пациенты с остеоартрозом входят в группу риска по НПВП-гастропатии, что диктует необходимость в приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2.

Нами проведено сравнительное исследование эффективности и переносимости препаратов мелоксикам и диклофенак при ОА у пациентов пожилого возраста. Работа проводилась в отделениях терапевтического профиля Бурятского Республиканского Госпиталя для ветеранов войн.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и переносимость селективного ингибитора ЦОГ-2 мелоксикама в дозе 7,5-15 мг/сутки с «золотым стандартом» НПВП диклофенаком в дозе 75 мг/сутки.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 47 пациентов с достоверным диагнозом остеоартроза, без явлений синовита, имеющих хронический болевой синдром «механического» ритма. Больные были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В 1 группе было 24 человека: 10 мужчин (средний возраст 79,7 лет) и 14 женщин (средний возраст — 78,4 г.); во второй группе - 23 пациента: 11 мужчин (средний возраст 79,8 г.), 12 женщин (средний возраст 79,3 г.). Пациенты 1 группы после обследования получали 7,5 мг мелоксикама в сутки, при необходимости доза препарата увеличивалась до 15 мг в сутки. Пациенты 2 группы получали диклофенак внутрь в дозе 75 мг в сутки. Продолжительность лечения в обеих группах составила 10 дней. Оценка интенсивности суставной боли и выраженности диспепсического синдрома проводилась перед исследованием, на 3-5 сутки и на 10 сутки лечения. Лабораторное обследование проводилось до начала терапии НПВП и на 10-11 сутки.

Критериями включения в исследование были:

- возраст от 70 до 90 лет;
- остеоартроз коленных и/или тазобедренных суставов, диагностированный согласно критериям Altmann R. et al., 1986 г.;
- отсутствие реактивного воспаления синовиальной оболочки;
- II-III рентгенологическая стадия по Келлгрэну-Лоуренсу;
- хронический (более 3 месяцев) умеренный болевой синдром «механического» ритма;
- сопутствующие хронические заболевания в стадии компенсации или ремиссии.

Критерии исключения:

- возраст моложе 70 и старше 90 лет;
- ОА, осложненный синовитом;
- выраженный диспепсический синдром – более 2 симптомов;
- сопутствующие тяжелые хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.

Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) с ценой деления – 1 балл, так как все пациенты имели нарушения зрения, связанные с возрастом, и использование традиционной миллиметровой шкалы было затруднено. 0 баллов соответствовало отсутствию боли, 10 баллов – максимально выраженной боли.

Оценка диспепсического синдрома проводилась по 6-балльной шкале. Оценивались следующие симптомы:

- боль и/или дискомфорт в эпигастральной области;
- чувство тяжести или переполнения в эпигастрии после еды;
- изжога;
- тошнота;
- кислая отрыжка.

0 баллов – отсутствие диспепсических симптомов, наличие каждого диспепсического симптома оценивалось по 1 баллу.

Лабораторные критерии безопасности лечения включали:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение уровня креатинина псевдокинетическим методом на основе реакции Яффе без депротенизации на полуавтоматическом биохимическом анализаторе «Stat-fax 1905+»;
- определение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ) динитрофенилгидразиновым методом на фотоэлектроколориметре КФК-3.

Артериальное давление контролировалась ежедневно методом Короткова, при необходимости проводилась коррекция гипотензивной терапии. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта не проводилось ввиду пожилого возраста пациентов, жестких критериев исключения, наличия достаточных данных о профиле безопасности мелоксикама в отношении НПВП-гастропатии.

**Результаты.** Все 47 участников исследования удовлетворительно перенесли лечение. Отмены НПВП вследствие появления/усиления выраженного диспепсического синдрома или неконтролируемого повышения артериального давления не было. Выраженность болевого синдрома до лечения была одинаковой в обеих группах: в 1 группе в среднем – 6,3 балла, во второй группе – 6,7 балла. На 3 сутки отмечено умеренное уменьшение боли у пациентов обеих групп: до 3,8 балла в первой группе, 3,3 балла – во второй группе. К концу лечения зафиксировано достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение болевого синдрома в обеих группах. У пациентов, получавших мелоксикам, болевой синдром снизился в среднем до 2,1 балла. В группе пациентов, получавших диклофенак показатели боли по ВАШ снизились до 1,1 балла (табл. 1).

Таблица 1

Динамика болевого синдрома

| Интенсивность боли | До лечения | 3 сутки | 10 сутки |
|--------------------|------------|---------|----------|
| 1 гр.              | 6,3±0,2    | 3,8±0,4 | 2,1±0,3  |
| 2 гр.              | 6,7±0,2    | 3,3±0,2 | 1,1±0,2  |

В группе пациентов, получавших мелоксикам, до лечения 1 диспепсический симптом выявлен у 13 (54%) пациентов, отсутствие диспепсии отметили 11 (46%) пациентов. После 10-дневного лечения выраженность диспепсического синдрома у пациентов этой группы существенно не изменилась. Симптомы диспепсии отсутствовали у 11 пациентов (46%), 1

диспепсический симптом (1 балл) отметили 9 (38%) пациентов, 2 диспепсических симптома (2 балла) – 4 пациента (16%).

В группе больных, лечившихся диклофенаком, отмечено усиление субъективных диспепсических симптомов на фоне лечения. До начала терапии диспепсические симптомы отсутствовали у 14 пациентов (61%), 1 симптом (1 балл) отметили 9 (39%) человек. После курса лечения жалобы на возникновение или усиление боли, дискомфорта в эпигастральной области, чувства тяжести, переполнения в эпигастрии после еды, изжогу предъявили все больные. 1 симптом (1 балл) отметили 15 пациентов (65%), 2 симптома – 6 (26%) человек, 3 симптома – 2 (9%) пациента. Среди больных, получавших диклофенак, переносимость лечения была хуже, однако изменения оказались статистически недостоверными, возможно в связи с малочисленностью группы.

За период лечения среди пациентов обеих групп не выявлено статистически значимых изменений в общих анализах крови, общих анализах мочи, показателей АЛТ, АСТ. Уровень сывороточного креатинина остался неизменным в группе больных, лечившихся мелоксикамом. У пациентов, принимавших диклофенак, отмечено небольшое (7,5%), но достоверное увеличение азотемии (табл. 2).

Таблица 2

Динамика биохимических показателей

| Группы | АЛТ (ммоль/л) |               | АСТ (ммоль/л) |               | Креатинин (мкмоль/л) |               |
|--------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|
|        | До лечения    | После лечения | До лечения    | После лечения | До лечения           | После лечения |
| 1 гр.  | 0,83±0,05     | 0,8±0,06      | 0,65±0,04     | 0,69±0,05     | 92,01±2,6            | 93,35±2,4     |
| 2 гр.  | 0,84±0,04     | 0,83±0,04     | 0,67±0,04     | 0,68±0,03     | 87,1±1,7*            | 93,6±2,0*     |

\* – (p<0,05)

**Выводы:**

1. Мелоксикам показал сравнимую с классическим НПВП диклофенаком эффективность при симптоматическом лечении ОА у пациентов старше 70 лет.
2. Переносимость мелоксикама оказалась лучше, чем у диклофенака.
3. Количество субъективных симптомов диспепсии у лиц, получавших мелоксикам, не изменилось к концу лечения.
4. Число субъективных симптомов диспепсии у лиц, получавших диклофенак, статистически недостоверно увеличилось.
5. Выявлено достоверное нарастание уровня креатинина в сыворотке крови в группе пациентов, получавших диклофенак.

**Заключение**

ОА является актуальной клинической проблемой среди пациентов старшей возрастной группы. Ведение больных пожилого и старческого возрастов осложняется наличием множества сопутствующих заболеваний, полипрагмазией, низкой приверженностью к лечению, наличием относительных противопоказаний и недостаточной эффективностью некоторых лечебных воздействий, материальными затруднениями. Несмотря на разнообразие методов лечения ОА все они носят преимущественно симптоматический характер и не препятствуют прогрессированию патологического процесса. С учетом эффективности, доступности, простоты, стоимости и клинических «традиций» назначение НПВП остается самым распространенным методом лечения ОА. Преимущественно селективный ингибитор ЦОГ-2 мелоксикам обладает достаточным обезболивающим эффектом и хорошим профилем безопасности и переносимости, поэтому может быть рекомендован для симптоматического лечения ОА у пациентов пожилого и старческого возрастов.

## **Брикова С.И., Онучина Е.В., Шильке В.И., Трухан Р.Г., Ларионова М.А. К проблеме инфекции *H. pylori* и проведения эрадикационной терапии в старших возрастных группах.**

МУЗ Клинический Госпиталь Ветеранов войн

Иркутский государственный медицинский университет

**Цель.** Оценить частоту исследования инфекции *H. pylori* и проведения эрадикационной терапии в старших возрастных группах при патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Методы исследования.** Проанализирована частота диагностики инфекции *H. pylori* и проведения эрадикационной терапии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническом гастрите, НПВП-гастропатии, оперированном раке желудка и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по всем отделениям ГВВ в 2008 году.

Результаты исследования: Из 1481 выполненных за год ФЭГДС забор биопсийного материала слизистой оболочки желудка для гистологического и цитологического исследований на наличие инфекции *H. pylori* произведен у 614 больных, что составило 41,4%. Полученные материалы в 170 случаев исследованы в лаборатории ГВВ, 444 - в ИДЦ. *H. Pylori* позитивными оказались 37% биоптатов из ГВВ. Эрадикационная терапия проведена 25 больным, что составило 39,6%. В 1 случае лечение прекращено из-за плохой переносимости антибиотиков. Раздельный анализ по нозологическим формам показал следующее. При язвенной болезни желудка инфекция *H. Pylori* диагностирована у 7 больных, эрадикация проведена в 100% случаях. Язвенная болезнь ДПК - 14 случаев *H. Pylori*-позитивности, эрадикация проведена у 8 пациентов (57%). НПВП-гастропатия - 21 случай *H. Pylori*-позитивности, эрадикация проведена у 8 пациентов (38%). Хронический гастрит - 4 случая *H. Pylori*-позитивности, эрадикация проведена в 1 случае. ГЭРБ - 2 случая *H. Pylori*-позитивности, оперированный рак желудка - 1 случай, эрадикация не проводилась.

**Заключение.** Установлена низкая частота направления больных для диагностики инфекции *H. Pylori*. У *H. Pylori* – инфицированных больных адекватный уровень проведения эрадикационной терапии наблюдался только при язвенной болезни желудка. Несмотря на рекомендации согласительной конференции Маастрихт -3 и РГА при других заболеваниях верхних отделов ЖКТ эрадикация *H. Pylori* проводится значительно реже.

## **Верлан Н.В. Комбинированная терапия в геронтологической практике**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Здоровье пожилых – одна из самых важных проблем здравоохранения Российской Федерации, так как большую часть населения, обращающегося за медицинской помощью, составляют люди пожилого и старческого возраста. Пожилой возраст характеризуется «накоплением» болезней, у пожилого пациента наблюдается 5-7 заболеваний, фармакотерапия которых неизбежно приводит к использованию лекарственных средств (ЛС) в различных сочетаниях. Но при проведении комбинированной терапии может возникать взаимодействие ЛС между собой и происходить нежелательное изменение заданного терапевтического действия.

При сочетании ЛС могут возникать три вида взаимодействия: фармакологическое, фармакодинамическое и фармацевтическое. Если фармакологическая и фармакодинамическая несовместимость реализуется в организме человека (*in vivo*), то фармацевтическая несовместимость чаще всего наблюдается в процессе изготовления, хранения, применения ЛС и реализуется вне организма человека (*in vitro*).

Взаимодействие лекарств на фармакокинетической основе осуществляется в процессе всасывания в ЖКТ, связывание с белками крови, биотрансформации и экскреции. Результатом этого взаимодействия является изменение активной части препа-

рата, воздействующей на специфические рецепторы в чувствительных органах и тканях

Клиническое значение имеет изменение как скорости, так и полноты всасывания лекарственных препаратов. Варьирование скорости всасывания особенно важно в острых ситуациях, когда необходимо быстро добиться максимального действия препарата. Полнота всасывания лекарственного средства всегда имеет большое значение, так как она влияет на соотношение между вводимой дозой препарата и его концентрацией в крови. Холинолитические, антихолинэстеразные и слабительные средства, воздействующую на перистальтику желудочно-кишечного тракта, могут изменять полноту всасывания одновременно применяемых препаратов.

Введенные парентерально или внутрь лекарственные средства в основном поступают в кровь и разносятся по всему организму. На скорость и степень распределения лекарственных веществ большое влияние оказывает величина кровотока. При инъекционном варианте введения препаратов существует опасность изменения системного действия лекарственных агентов, если одновременно применяются вещества, изменяющие соотношение между циркулирующим и депонированным объемами крови. Многие лекарственные средства способны перераспределять кровотоки в ту или иную сторону. Так, депонированию крови способствуют адреноблокаторы, симпатолитики, транквилизаторы, нейролептики, седативные, снотворные. Адреномиметики, аналептики, антидепрессанты приводят к выходу крови из депо в системный кровоток. Препараты, оказывающие действие на сердечно-сосудистую систему (сердечные гликозиды, гипотензивные, антиаритмические препараты, диуретики), могут влиять на интенсивность и продолжительность действия других лекарств (Михайлов И.Б., 2001).

Некоторые лекарственные вещества, попадая в кровь, обратимо связываются белками. В связанном виде препараты неактивны и не оказывают фармакологического действия. Взаимодействие лекарств на этапе связывания с белками крови проявляется в конкурентном вытеснении одного препарата другим, в результате чего возрастает его свободная фракция и усиливается либо лечебное, либо токсическое действие. Салицилаты, фенилбутазон, индометацин вытесняют из комплекса с белком варфарин, фенитоин. Сульфаниламиды и салицилаты потенцируют действие метотрексата. Не только сами препараты, но и их метаболиты могут вытеснять другие препараты из комплексов с белками (Белоусов Ю.Б. и соавт., 2002).

Различают два этапа биотрансформации, каждый из которых может иметь самостоятельное значение. На первом образуются метаболиты, имеющие большую, равную или меньшую активность по сравнению с исходным веществом. На втором этапе они превращаются в конъюгаты, которые легко выводятся из организма. Биотрансформация лекарственных средств осуществляется под влиянием микросомальных ферментов печени, активность которых может изменяться. Многие лекарственные препараты способны влиять на скорость синтеза и активность ферментов, катализирующих превращение других веществ. Взаимодействие лекарственных препаратов в процессе метаболизма осуществляется путем индуцирования или ингибирования ферментов печени. Активность ферментов под влиянием вещества индуктора обычно возрастает на 2-7 день его применения и возвращается к исходному уровню через 2-3 недели после прекращения приема. Любое лекарство, растворяющееся в жирах при физиологических значениях pH, может оказать индуцирующее действие. Обычно индуцирование проявляется в утрате лечебного эффекта от прежних доз. Активным индуцирующим эффектом обладают барбитураты, бензодиазепины, рифампицин, теofilлин, хлордиазепоксид. Угнетение работы ферментов наблюдается под влиянием левомицетина, циклосерина, гидрокортизона, ингибиторов MAO, аминазина, эритромицина, циметидина, индометацина (Белоусов Ю.Б. и соавт., 1991).

Лекарственные средства могут взаимодействовать и на этапе их выведения из организма. Наибольшее значение имеют два пути экскреции – почками и с желчью.



Взаимодействие лекарственных препаратов в процессе экскреции почками осуществляется через изменение рН мочи, и транспорта лекарств из крови в просвет канальцев. Общим является то, что экскреция метаболитов с кислыми свойствами выше в щелочной моче, а слабых оснований – в кислой. Особенно большое значение рН мочи имеет для скорости выведения салицилатов, барбитуратов, сульфаниламидов, ПАСК, нитрофуранов, хинидина. Путем введения средств, вызывающих ощелачивание мочи, можно существенно повысить скорость экскреции барбитуратов и салицилатов.

Многие лекарственные вещества, особенно органические кислоты, проходят из крови в мочу через канальцевый эпителий путем активного транспорта и могут активно конкурировать за этот путь. Диуретики, в частности фуросемид, подавляют канальцевую секрецию пенициллинов. Фуросемид также снижает клиренс гентамицина и левомицетина, которые выводятся из организма путем фильтрации в клубочках (Кукес В.Г. и соавт., 2004).

Лекарственные вещества могут взаимодействовать путем вмешательства одного вещества в механизм действия другого. Эффективность действия препаратов существенно изменяется, если они оказывают действие на один и тот же медиатор (резерпин с ингибитором моноаминоксидазы); или являются агонистами антагонистами по отношению к конкретному рецептору (пилокарпин с атропином). В анестезиологии широко используется антагонизм между курареподобными средствами, которые блокируют рецепторы, чувствительные к ацетилхолину, и антихолинэстеразными препаратами, блокирующими фермент, катализирующий превращение ацетилхолина. Некоторые препараты изменяют чувствительность тканей к другим средствам; уменьшение внутриклеточного калия под влиянием диуретических средств повышает чувствительность кардиомиоцитов к сердечным гликозидам (Белоусов Ю.Б. и соавт., 2002).

В клинической практике часто прибегают к комбинированному применению нескольких нестероидных противовоспалительных средств. В большинстве случаев это является необоснованным по следующим причинам: эффективность таких комбинаций объективно не доказана; в ряде подобных случаев отмечается снижение концентрации препаратов в крови (например, аспирин снижает концентрацию индометацина, диклофенака, ибупрофена, пироксикама), что ведет к ослаблению эффекта, возрастанию опасности нежелательных реакций.

Фармацевтическое (физико-химическое) взаимодействие – возникновение реакции при смешивании лекарств в одном объеме.

Химически несовместимы щелочи, соли щелочных металлов (натрия и калия) с органическими и неорганическими кислотами, кислоты - с белковыми препаратами, белковые препараты - с солями тяжелых металлов, соли металлов - с хелатными соединениями. Несовместимы друг с другом окислители и органические белковые и небелковые соединения (спирты, эфиры, сахара, аминокислоты, алкалоиды, азотистые основания – сульфаниламиды, производные сульфаниламочевины, адреналин, новокаин). Препараты кальция несовместимы со многими веществами, являющимися солями натрия и калия (например, антибиотики), а также «кислыми» лекарствами: ацетилсалициловая кислота, сульфаниламиды, диакарб, пипемидиновая кислота, (Максимович Я.Б., Гайденок А.И., 1997).

То или иное клинически значимое взаимодействие лекарств может выявиться у одного больного и не проявиться у другого, что может быть обусловлено генетически или зависеть от исходного уровня печеночного метаболизма, биотрансформации лекарств и характера множественной патологии у пациента. Проведение комбинированной фармакотерапии у больных геронтологического возраста требует тщательного контроля за эффективностью и безопасностью лечения в силу вынужденной полипрагмазии.

## **Верлан Н.В., Бараховская Т.В., Колесниченко Л.С. Фармакологическая коррекция изменений системы глутатиона при дисциркуляторной энцефалопатии 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинатом**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Иркутский государственный медицинский университет

Инсульт и хроническая церебральная ишемия (ХЦИ) являются в настоящее время ведущими причинами инвалидизации и смертности. Эта патология в настоящее время становится основной социально-медицинской проблемой не только клинической медицины, но и общества.

**Целью** настоящей работы явилось изучение изменений системы глутатиона в эритроцитах и плазме крови у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) средней тяжести при фармакологической коррекции 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинатом.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 56 человек, из них 22 – с ДЭ средней степени тяжести, у 19 в качестве средства фармакологической коррекции использовали 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат в дозе 125 мг 3 раза в день до трех недель; 15 человек входили в группу клинического сравнения.

При выполнении клинического раздела работы анализировался анамнез заболевания, медицинская документация, подтверждающая ДЭ. При необходимости использовали дополнительные методы диагностики: ЭЭГ, РЭГ, ультразвуковую доплерографию. Концентрацию глутатиона (GSH) определяли по реакции с 5',5'-ди-тиобис-2-нитробензоатом, активность глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатионтрансферазы (ГТ) – стандартными спектрофотометрическими методами. Статистическая обработка результатов проведена с использованием критериев F, t Стьюдента и t Велча. Анализировались только статистически значимые изменения ( $p < 0,05$ ).

**Полученные результаты.** Концентрация GSH в эритроцитах больных дисциркуляторной энцефалопатией средней тяжести после лечения 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинатом увеличилась на 13  $\Delta\%$  и приближалась к уровню контрольной группы. Уровень активности ГПО возрос на 92  $\Delta\%$ , функционирование ГТ увеличилось на 28  $\Delta\%$ , ГР понизилось на  $\Delta$  23%. Статистически значимыми были изменения ГПО и ГТ при сравнении с показателями до лечения. В плазме отмечены следующие изменения: концентрация GSH после лечения снизилась на 11  $\Delta\%$  (но оставалась выше, чем в контрольной группе), уровень активности ГПО возрос на 47  $\Delta\%$  (выше чем в группе контроля), функционирование ГТ и ГР практически не менялось. Статистически значимыми были изменения ГПО.

**Заключение.** ХЦИ у пациентов старших возрастных групп оказывает воздействие на состояние системы глутатиона, что проявляется накоплением глутатиона в плазме и уменьшением его концентрации в эритроцитах, возрастанием активности ГР в эритроцитах и ГТ в плазме. При проведении фармакологической коррекции устраняется дисбаланс в системе глутатиона и наблюдается положительная клиническая динамика у пациентов старших возрастных групп, страдающих ХЦИ.

## **Воржева И.И., Хашкина Л.А. Аллергия к грибам-дерматофитам как этиологический фактор поздно возникшей бронхиальной астмы**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

**Цель.** Изучить частоту IgE-зависимой аллергии к *Trichophyton rubrum* (Tr r) и ее возможную роль в формировании поздно возникшей бронхиальной астмы у больных онихомикозом в среднем и пожилом возрасте.

**Материал и методы исследования.** Проведено клинико-аллергологическое обследование 104 больных бронхиальной астмой (БА), развившейся в возрасте старше 50 лет (средний возраст  $64,3 \pm 7,9$  лет) на фоне предшествующего онихомикоза (ОМ). Диагноз БА уста-

навливался в соответствии с рекомендациями GINA (2006), ОМ диагностировался на основании дерматологического и микологического обследования. Аллергологическое исследование (prick-тесты) проводилось со стандартной панелью бытовых, эпидермальных, пылевых и плесневых аллергенов, дополненной аллергеном Tg r. В случаях положительного кожного теста с Tg r выполнялся провокационный назальный тест (ПНТ), положительные результаты которого подтверждают этиологическую роль Tg r в развитии респираторной аллергии и, в частности, БА. Результаты ПНТ оценивались на основании клинических (балльная оценка симптомов) и риноманометрических (снижение назального объемного потока  $\geq 40\%$  от исходных значений) параметров.

**Результаты.** IgE-зависимая аллергия по результатам кожного тестирования выявлена у 59 пациентов (56,7%). Наиболее частой (74,8%) среди тестируемых аллергенов оказалась сенсibilизация к Tg r, реже имела место аллергия к дерматофагоидным клещам (63,3%,  $p > 0,05$ ), эпидермису домашних животных (31,7%,  $p < 0,01$ ), пыльце растений и плесневым грибам (31,3% и 21,4%,  $p < 0,01$ ). У 45 (43,3%) больных сенсibilизация к аэроаллергенам сочеталась с гиперчувствительностью к Tg r, однако, почти в трети случаев (31,1%) аллергия к грибам-дерматофитам носила изолированный характер. Для оценки возможной респираторной аллергии к Tg r у 43 больных с положительной кожной пробой выполнен ПНТ с этим же аллергеном. Провокационный тест с Tg r оказался положительным как по клиническим, так и риноманометрическим критериям у 21 из 43 (48,8%) испытуемых, что подтверждает возможность клинических проявлений грибковой аллергии у больных ОМ не только со стороны кожи, но и респираторного тракта.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что у больных с поздно возникшей IgE-зависимой БА, ассоциированной с ОМ, в многообразном спектре сенсibilизации широкое место принадлежит аллергенам грибов-дерматофитов. Важно подчеркнуть, что у половины больных с положительными prick-тестами на Tg r регистрируется и респираторная аллергия, что убедительно доказывает этиологическую и патогенетическую роль аллергии к Tg r в формировании БА у лиц пожилого возраста. Выделение в рамках поздно возникшей БА группы больных с моноаллергией к Tg r позволяет, как нам кажется, выделить фенотип IgE-зависимой неатопической БА с аллергией к дерматофитным грибам. С этой точки зрения представляется целесообразным у больных БА с сопутствующим ОМ исключать аллергию к дерматофитным грибам даже при отсутствии анамнестических и клинических признаков атопии.

## **Григорьева Е.В., Тарнуева О.К. Опыт использования СМАРТ-терапии бронхиальной астмы у больных геронтологического профиля**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, Улан-Удэ

Люди всех возрастов во всем мире страдают бронхиальной астмой (БА), которая в последние годы стала серьезной медико-социальной проблемой в связи с широкой распространенностью, значительным влиянием на качество жизни пациентов и нередкими летальными исходами (Global Initiative for Asthma, GINA, 2007; Masoli M, et al., 2004; Чучалин А.Г., 2007). Последние научные данные, отраженные в международной программе ВОЗ «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (2007), представили возможности эффективного лечения БА, направленного на снижение инвалидизации и частоты преждевременной смерти. Появление новых эффективных препаратов, адекватное их назначение на ранних стадиях болезни позволяет значительно снизить социально-экономический ущерб от БА и улучшить качество жизни пациентов. Введение нового понятия полного контроля БА, доказательства возможности его достижения позволяет существенно повысить качество оказания помощи больным с данной патологией, что проявляется резким снижением частоты обострений, в первую очередь тяжелых, требующих госпитализации. И, несмотря на то, что прямые расхо-

ды на адекватную фармакотерапию для достижения контроля над симптомами болезни кажутся высокими, нерациональное лечение БА обходится для общества с учетом не прямых затрат еще дороже.

В современных клинических национальных и международных рекомендациях приоритет в лечении средне-тяжелой принадлежит комбинированным противоастматическим препаратам: будесонид/формотерол (Симбикорт) и флутиказон/сальметерол (Серетид). По последним научным данным существенными клинико-экономическими преимуществами по сравнению с рутинной терапией БА обладает концепция SMART (лечение единым ингалятором Симбикорт (будесонид/формотерол) для базисной терапии и по требованию). Доказано, что несмотря на высокую стоимость SMART (прямые затраты в 1,2 – 1,4 раза больше рутинной терапии), с течением времени – при достижении контроля симптомов БА и уменьшении потребности в дополнительных дозах препарат Симбикорт – стоимость терапии снижается на 15%. Кроме того, особенно важно, что совокупные расходы на терапию и социальные затраты, связанные с заболеванием (бремя БА) при SMART в 2-3 раза меньше стоимости рутинной терапии. Более того, преимущества SMART в лечении пациентов России более значительны, чем в странах Западной Европы, в которых частота обострений у больных БА не столь велика, а удельный вес применения комбинированных препаратов для терапии БА на порядок выше, чем в Российской Федерации. В отечественных и зарубежных исследованиях (Weiss KB, et al., 2001; Петровский Ф.И., 2008; Цой А.Н. и др., 2007) последних лет продемонстрирован большой экономический потенциал SMART, что позволяет не только существенно повысить качество медицинской помощи больным БА, но и значительно уменьшить расходы системы здравоохранения и общее бремя БА.

Несомненный интерес представляет рациональная терапия БА в геронтологической практике. В зарегистрированных показаниях к SMART-терапии не указан в противопоказаниях возрастной критерий. Применение единого ингалятора Симбикорт для базисного и симптоматического лечения у пожилых пациентов с невысоким комплайнсом в силу возрастных когнитивных нарушений наиболее актуально.

В связи с вышеизложенным, нами было проведено исследование эффективности SMART у пациентов геронтологического профиля, наблюдавшихся по поводу БА в Бурятском республиканском клиническом госпитале для ветеранов войн.

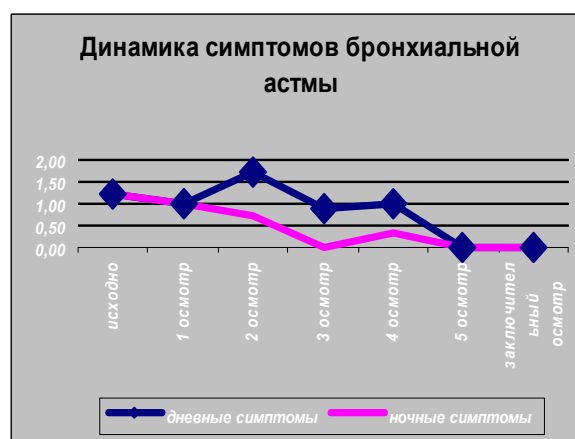
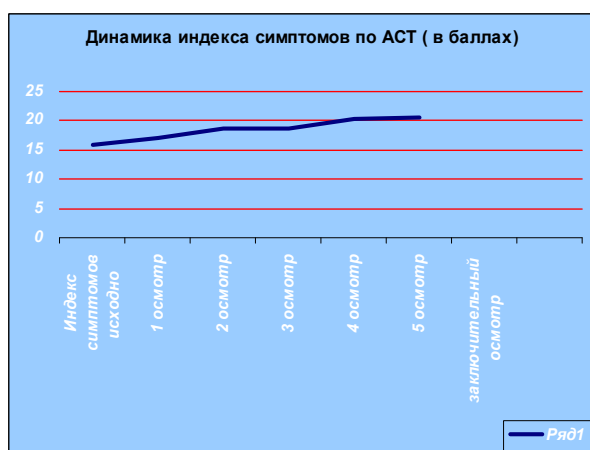
**Цель исследования.** Оценка эффективности применения SMART у больных БА пожилого возраста в реальной клинической практике.

**Материалы и методы исследования.** Нами был разработан проект ПОЭМА (Повышение Эффективности Медикаментозной терапии Астмы) для изучения больных БА, получающих симбикорт в режиме SMART. Под наблюдением в Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн в течение года (с апреля 2007г по апрель 2008 г) находились 17 больных, у которых в динамике по специально разработанному протоколу оценивались клинические параметры (частота симптомов БА – по индексу симптомов, рассчитанному в соответствии со шкалой АСТ (Nathan RA, et al, 2004); отдельно частота ночных симптомов; потребность в бронхорасширяющих препаратах короткого действия для купирования симптомов; а также показатели функции внешнего дыхания – пиковая скорость выдоха (ПСВ) в % от должных величин и индекс вариабельности ПСВ по данным пикфлоуметрии. Кроме того, анализировалось использование ресурсов здравоохранения за исследуемый год – число внеплановых визитов к врачу, частота госпитализаций и вызовов скорой помощи. В исследовании участвовали больные с БА среднетяжелого течения аллергической и неаллергической форм. Средний возраст наблюдаемых больных составил  $72,75 \pm 5,9$  года (от 64 до 81), а средний стаж заболевания -  $28,67 \pm 8,82$  лет (15-40). Всем пациентам, включенным в исследование назначался Симбикорт 160/4,5 по 1 дозе 2 р/сут и 1 доза по потребности. Оценка результатов осуществлялась по дневникам самонаблюдения больных БА и графикам пикфлоуметрии. Дополнительно оценивалась приверженность терапии (комплаинс).

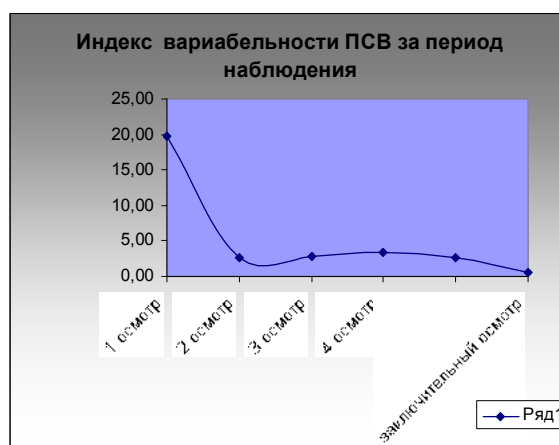
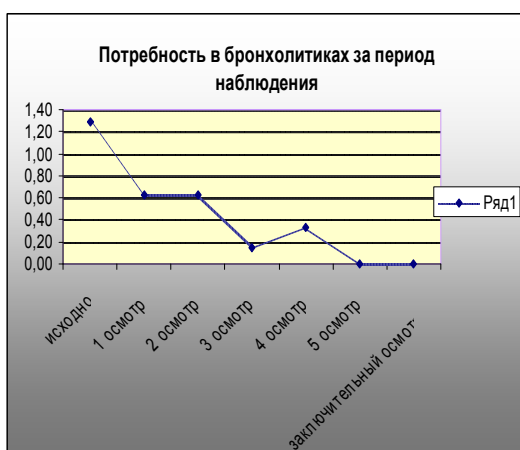
**Результаты и обсуждение.** Обобщенные результаты проведенного исследования в рамках проекта ПОЭМА показали значительные позитивные изменения в состоянии всех

пациентов БА, получавших SMART. Существенное улучшение клинических и функциональных параметров было отмечено у подавляющего количества наблюдаемых больных.

В результате длительного применения SMART (в течение года) у пожилых пациентов был достигнут частичный и полный контроль симптомов у 87% больных. Это наглядно продемонстрировал прирост индекса симптомов по тесту АСТ от исходных  $16,00 \pm 3,74$  баллов (11-20) до  $21,00 \pm 2,92$  баллов (17-25) по окончании исследования. О достижении контроля астмы свидетельствовало и отсутствие дневных и ночных симптомов по окончании исследования через год лечения по сравнению с исходными данными: частота дневных симптомов  $1,14 \pm 1,07$  (0-2) и ночных симптомов в начале исследования  $1,14 \pm 1,07$  (0-2), свидетельствовали о недостаточном уровне контроля БА.



Уменьшение частоты симптомов отразилось и в снижении потребности в короткодействующих бронхолитиках для купирования приступов от исходных  $1,29 \pm 1,11$  (0-3) до отсутствия потребности в них при заключительном осмотре. Кроме того, клиническое улучшение сопровождалось нормализацией функциональных показателей в виде уменьшения индекса суточной variability ПСВ по данным пикфлоуметрии от  $19,68\% \pm 22,06$  (0-66.7) до  $0,58\% \pm 1,30$  (0-3) при заключительном осмотре, что свидетельствовало о снижении гиперреактивности бронхов.



Несмотря на наличие полиморбидности у большинства больных БА побочных действий при фармакотерапии Симбикортом за период исследования не наблюдалось.

Оценка эффективности проведенной терапии за год наблюдения в сравнении с предшествующими 12 мес показал, что значительно снизилась частота обострений, в том числе, потребовавших госпитализации. Так, например, частота госпитализаций по поводу обострений БА за предшествующий год наблюдения в среднем составила  $1,37 \pm 0,52$  (1-2) случаев со средней продолжительностью  $16,25 \pm 2,87$  (14-20) койко-дня, а частота внеплановых посещений участкового врача по поводу обострения БА в среднем были зарегистрированы в 2,63

±1,19 случаях (1-4). В то время как то за период применения терапии SMART госпитализаций в наблюдаемой когорте пациентов зарегистрировано не было. Выраженных обострений также не было выявлено, только в 1 случае наблюдалось кратковременное 4-дневное обострение, при котором оказалось достаточным амбулаторное лечение с увеличением дозы Симбикорта до 4 вдохов /сут.

Анализ приверженности данному виду терапии у геронтологических больных вызвал особый интерес. Было выявлено, что, несмотря на имеющиеся некоторые когнитивные нарушения возрастного характера, простой и удобный для понимания режим дозирования препарата формотерол/будесонид (Симбикорт) – единый ингалятор для базисной терапии и по потребности согласно концепции SMART, существенно повысил комплайнс, и, вероятно, обусловил высокую эффективность предложенной терапии.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные по изучению эффективности SMART в реальных клинических условиях продемонстрировали целесообразность применения данной схемы лечения у больных геронтологического профиля со среднетяжелой БА в связи с достигнутым улучшением клинических и функциональных показателей. У подавляющего большинства больных достигнут контроль симптомов в виде значительного увеличения индекса симптомов по АСТ до 25 баллов, полного отсутствия дневных и ночных симптомов, уменьшения гиперреактивности бронхов, о чем свидетельствовало снижения индекса вариабельности ПСВ по данным пикфлоуметрии, что в совокупности свидетельствует о высокой эффективности SMART и в геронтологической практике.

**Рекомендации.** Улучшение качества оказания медицинской помощи профильным больным возможно при условии повсеместного внедрения в реальную клиническую практику общепринятых клинических рекомендаций, основанных на данных доказательной медицины. Высокая эффективность SMART, доказанная в многочисленных национальных и международных исследованиях, успешно апробированная в местных условиях на гериатрической популяции, позволяет рекомендовать эту схему терапии комбинированным препаратом Симбикорт для более широкого применения в практическом здравоохранении.

## **Димчикова Б.Б. Зависимость развития ранних рецидивов туберкулеза органов дыхания от различных факторов риска в г.Улан – Удэ**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Республиканский противотуберкулезный диспансер республики Бурятия

Эпидемическая ситуация в Российской Федерации осложнилась в начале 1990 годов. Несмотря на значительные достижения современной науки, проблема туберкулеза к настоящему времени остается достаточно значимой. В Российской Федерации численность впервые выявленных больных туберкулезом по сравнению с 1990 г. увеличилась более чем в 2 раза, в 1,5 раза возросла смертность по причине туберкулеза, частота повторного заболевания туберкулезом легких, число ранних рецидивов (Стрельцова Е.Н., 2007). Повторные заболевания протекают значительно тяжелее, дают больший процент перехода в хроническое течение и приводят к более высокой смертности (Жестоковских С.Н., 2004).

В структуре клинических форм туберкулеза стало больше пациентов, страдающих распространенными, запущенными и осложненными формами, а также больных, выделяющих лекарственноустойчивые микобактерии туберкулеза, снизилась эффективность лечения больных туберкулезом.

В г. Улан – Удэ частота рецидивов у пациентов III группы учета с 2006г. по 2008г. повысилась с 6,3 до 11 на 100 тыс. населения, т.е. в 1,7 раза. Увеличение частоты ранних рецидивов, возможно, связано с сокращением сроков наблюдения в активных группах учета в связи с изменениями сроков наблюдения (приказ МЗ РФ от 21.03.03г. №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»).

**Целью** данного исследования является выявление факторов риска развития ранних рецидивов туберкулеза в г. Улан - Удэ.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной цели проведен анализ медицинской документации 83 взрослых больных в г. Улан – Удэ. Сформированы 2 группы: основная - 41 больных с ранним рецидивом туберкулеза органов дыхания по городу Улан – Удэ за 2008 год, группа сравнения – 42, излеченные от туберкулеза в 2006 г. и наблюдаемые по III группе диспансерного учета.

Всем наблюдаемым был проведён клинический минимум обследования и необходимые для верификации диагноза туберкулёза органов дыхания дополнительные методы; учитывались возрастно-половые, социальные, профессиональные, медико-биологические и эпидемиологические особенности, способствовавшие развитию заболевания.

**Результаты исследования.** В обеих группах обследованных преобладали мужчины (54 чел. - 65%), молодого и зрелого трудоспособного возраста от 20 – 52 лет (43 чел. – 51,8%). Женщин 29 – 35%, в возрасте от 20 – 50 лет – 17 (89%).

Социальный состав был одинаков в обеих группах. Существенное место занимали безработные – 57 (68,6%), но в основной группе их оказалось больше – 31 (75%), чем в группе сравнения – 26 (62%). Среди работающих лиц в обеих группах преобладают больные с рабочей специальностью (3 - 7,3% и 5 - 11,9% соответственно). Служащих в основной группе было меньше, чем в контрольной группе – 1 (2,4%) и 3 (7%). Пенсионеров и инвалидов было примерно поровну в обеих наблюдаемых группах (4 чел. - 9,7% и 4 - 9,5% соответственно). Количество студентов ВУЗов и СУЗов составили соответственно 3 (7,3%) и 4 (9,5%). Таким образом, видно, что количество работающих в основной группе было 4 (9,7%), в то время как в группе сравнения - 8 (19%).

Среди всех больных – 43 (51,8%) пациентов имели неблагоустроенный быт, 28 (33,7%) – были одиночками или жили в неполных семьях, 35 (42,3%) злоупотребляли алкоголем, 22 (26,5%) пациентов ранее находились в местах лишения свободы.

У большего числа (28 чел. – 68,2%) пациентов основной группы повторное заболевание развилось в течение 2-х лет после клинического излечения (в первый год у 18 - 43,9%, на второй год у 10 - 24,3%). Важно отметить, что в течение первых 6 месяцев после перевода в III ГДУ, рецидив туберкулёза органов дыхания был выявлен у 6 (14,6%) пациентов. В период от 6 мес. до 1 года ранний рецидив диагностирован еще у 12 (29%) больных.

Анализ причин развития повторного процесса в первый год наблюдения в III гр. диспансерного учета показывает, что необходимо более длительное наблюдение в I группе диспансерного учёта до их перевода в группу клинически излеченных. Также наиболее тревожным периодом для возникновения раннего рецидива явился второй год клинического излечения. Поэтому, основные профилактические мероприятия должны проводиться именно в первые два года наблюдения в III гр. ДУ.

Неполноценный курс (перерывы в лечении) химиотерапии исходного заболевания имел место более, чем у половины 53,6% больных основной и у 23,8% в группе сравнения.

В структуре клинических форм при исходном заболевании преобладали лица с инфильтративным туберкулезом в обеих группах.

Таблица 1

Клиническая структура исходных форм туберкулеза

| Клиническая форма туберкулеза | Основная группа |      | Группа сравнения |      |
|-------------------------------|-----------------|------|------------------|------|
|                               | Количество      | %    | Количество       | %    |
| Очаговый                      | 1               | 2,4  | 3                | 7,1  |
| Туберкулема                   | 0               | 0    | 2                | 4,7  |
| Диссеминированный             | 4               | 9,7  | 2                | 4,7  |
| Инфильтративный               | 35              | 85,0 | 34               | 80,9 |
| Плеврит                       | 1               | 2,4  | 1                | 2,3  |

|       |    |     |    |     |
|-------|----|-----|----|-----|
| Итого | 41 | 100 | 42 | 100 |
|-------|----|-----|----|-----|

Из представленной таблицы видно, что в основной группе было больше больных с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом ( $P>0,05$ ), т.е. клиническая структура была менее благоприятна.

Деструктивный процесс при исходном заболевании был выявлен у 25 (60,9%) пациентов основной группы и у 19 (45,2%) группы сравнения. Бактериовыделителей при исходном заболевании оказалось 24 (58,5%) и 19 (45%) больных соответственно.

Таким образом, туберкулёз органов дыхания у лиц, с последующим развитием раннего рецидива изначально был представлен не только более выраженными клиническими формами, но и большим количеством больных с деструктивными изменениями в лёгких, с бактериовыделением.

Повторно возникшее заболевание характеризовалось более распространённым и тяжёлым течением по сравнению с исходным. Возросло число больных с диссеминированным туберкулезом легких с 4 (9,7%) до 9 (21%), выявлен случай фиброзно-кавернозного туберкулёза (2,4%) и казеозной пневмонии (2,4%), рецидива туберкулемы легких (2,4%). Вместе с тем, число больных с инфильтративным туберкулезом уменьшилось с 35 (85%) до 28 (68%) за счет увеличения числа больных с более тяжелыми клиническими формами туберкулёза. В пользу утяжеления туберкулёза легких при повторном заболевании показывает увеличение числа больных с полостью распада с 25 (60,9%) до 30 (73%) и больных с бактериовыделением с 24 (58,5%) до 28 (68%).

Рецидив из III группы диспансерного учёта по обращаемости с жалобами был выявлен у 14 (34,1%) больных, при плановом осмотре – у 27 (65,9%). То есть, наиболее целесообразным методом выявления раннего рецидива ТОД является плановый диспансерный осмотр. Клинические проявления раннего рецидива ТОД, выявленного при обращении, оценивались по интоксикационному, и бронхолёгочному синдромам. Характер клинических проявлений ранних рецидивов туберкулёза органов дыхания, выявленных при обращении с жалобами, становится более выраженным и тяжёлым.

Неблагоприятным фактором в эпидемическом отношении, прогнозе исхода повторного заболевания туберкулезом является высокий уровень лекарственной устойчивости при рецидивах по отношению к первичному заболеванию. Отмечено нарастание больных с лекарственно – устойчивой формой туберкулёза в группе пациентов с ранним рецидивом – 12 (29%), по сравнению с исходным заболеванием – 7 (17%), в том числе больных с МЛУ увеличилось с 1 (2,4%) до 5 (12%).

К числу одного из наиболее важных медицинских факторов риска можно отнести сопутствующие заболевания. Сопутствующая патология встречалась у 34 (82,9%) наблюдаемых основной группы. Из сопутствующих заболеваний чаще всего встречались хронические неспецифические болезни лёгких (38,7%), ВИЧ – инфекция (24%). В группе сравнения сопутствующие заболевания были диагностированы значительно реже (у 29 – 46%).

**Выводы.** Таким образом, по результатам наблюдения, факторами риска для развития ранних рецидивов являются:

1. Сокращение сроков наблюдения в активных группах учета. Рецидив туберкулёза в первые два года после клинического излечения в основной группе развивается у 68,2% пациентов: в первый год – 18 (43,9%), на второй год – 10 (24,3%).
2. Распространенная форма туберкулёза легких. Рецидив изначально представлен не только более выраженными клиническими формами, но и большим количеством больных с деструктивными изменениями в лёгких (60,9%) и больных с бактериовыделением (58,5%).
3. Неполноценные курсы лечения (перерывы в лечении) способствуют нарастанию больных с лекарственно – устойчивой формой туберкулёза. В группе пациентов с ранним рецидивом лекарственная устойчивость выявляется у 29% больных, в том числе с МЛУ – у 12%.



4. Большое значение в развитии раннего рецидива имеют социальные факторы риска: отсутствие работы, употребление алкоголя, пребывание в местах лишения свободы. Медицинским фактором риска является наличие сопутствующих заболеваний (хронические неспецифические болезни легких, ВИЧ – инфекция, сахарный диабет и др.)
5. Сочетание нескольких неблагоприятных факторов повышает возможность возникновения рецидива. Профилактические мероприятия, включающие общеукрепляющее лечение и противорецидивную терапию, целесообразно проводить в первые два года наблюдения по III группе диспансерного учёта лицам, имеющим сочетание факторов риска.

## **Есаулова И.Н. Биологическая активность веществ, выделенных из внутренних из внутренних органов животных, перенесших кровопускание на экспрессию CD-рецепторов лимфоцитов**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Бурятский филиал

Кровопускание – это один из наиболее распространенных методов лечения в тибетской медицине и относится к группе немедикаментозных методов лечения заболеваний, наряду с рефлексотерапией, прижиганием, массажем и другими способами лечения. В организме человека вырабатывается большое количество биологически активных соединений, способных влиять на течение физиологических и биохимических процессов в организме. Наиболее важную роль в регуляции физиологических функций отводят комплексам щелочных полипептидов, получившим название цитомедины.

**Целью исследования** является углубленное изучение механизма действия метода дробного кровопускания в свете современной теории рефлексотерапии, раскрыть механизмы действия регуляторных пептидов, выделенных из тканей сердца и печени у кроликов при кровопускании и влияние их на иммунодефицитные состояния.

Применительно к медицине сегодняшнего дня, к традиционному кровопусканию следует относиться как к лечебному методу с успехом используемого нашими предками в течение многих веков и требующего современного научного исследования. В данной работе представлены результаты исследования по определению биологической активности цитомединов, полученных из внутренних органов животных, которые проводились на базе Бурятского Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн и иммунологической лаборатории Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко.

Анализировался иммунный статус пациентов (1-ая группа здоровые и 2-ая группа больные) до и после введения в кровь (*in vitro*) опытного субстрата «регуляторных пептидов», полученных методом уксусно-кислой экстракции из внутренних органов (сердце и печень) кроликов и овец. В результате проведенных исследований было отмечено влияние пептидов на динамику CD-рецепторов лимфоцитов, выделенных из крови здоровых и больных с вторичным иммунодефицитом. Нами установлено, что пептиды, полученные из сердца и печени опытных животных в краткосрочной культуре усиливают экспрессию CD3-, CD4-, CD8-рецепторов и NK-клеток в большей степени на лимфоцитах больных достоверно ( $p < 0,05$ ). При этом определенной динамики CD22 не выявлено. Пептиды, полученные из тканей интактных животных усиливают экспрессию CD-рецепторов в меньшей степени. Следует отметить, что пептиды, полученные из внутренних органов (сердца и печени) как интактных, так и опытных животных в меньшей степени вызывали положительную динамику CD-рецепторов на лимфоцитах, полученных из крови практически здоровых.

**В результате** проведенных исследований изучен и объективно доказан один из механизмов лечебного действия метода дозированного кровопускания, а именно установлено, что цитомедины, выделенные из внутренних органов (сердца и печени) экспериментальных животных усиливают экспрессию CD3-, CD4-, CD8-рецепторов и NK-клеток на лимфоцитах, полученных от больных с вторичным иммунодефицитом.

Таким образом, клиническое и экспериментальное изучение дозированного кровопускания, а также опыт его применения по показаниям подтверждают выраженную эффективность этого метода как важного дополнительного метода лечения заболеваний.

## **Калягин А.Н., Склянова М.В., Щербаков Г.И. Особенности преподавания сестринского дела в гериатрии для студентов-заочников факультета высшего сестринского образования**

Иркутский государственный медицинский университет

С введением в 1991 году в медицинских вузах России факультетов высшего сестринского образования коренным образом изменилась парадигма подготовки медицинских сестёр и их профессиональный статус. В 2004 году факультет высшего сестринского образования был организован в Иркутском государственном медицинском университете. Наряду с большими блоками медико-биологических, психолого-педагогических и управленческих дисциплин студенты этого факультета изучают сестринское дело в гериатрии.

Сестринское дело в гериатрии является базовым предметом, который направлен на обучения студента, получающего высшее медицинское образование (в данном случае академической медицинской сестры), основам обследования и ведения больного пожилого и старческого возраста.

В соответствии с последними представлениями пациенты пожилого и старческого возраста составляют одну из ключевых групп, которая имеет тенденцию к неуклонному росту. В связи с этим разработка мероприятий по уходу за больными данного возраста, формирование представлений об активном, творческом долголетии является приоритетным для здравоохранения России и многих других стран.

Для этой группы больных разрабатываются новые формы работы: стационары на дому, амбулаторные и стационарные гериатрические центры, хосписы и дома сестринского ухода. Всё это требует формирования нового специалиста.

Возникла настоятельная потребность подготовки специалистов сестринского дела, знающих не только физиологические особенности стареющего организма, но и проявления заболеваний и особенно проблем пожилых и старых людей, причин их появления, знать и уметь устранять их на практике. Новые специалисты сестринского дела должны уметь сотрудничать не только со старым человеком, но и социальными службами, представителями организаций и служб, чтобы обеспечить не просто биологическое существование пожилых и старых людей, а сделать последний этап их жизни достойным для человека. Программа подготовки по сестринскому делу в гериатрии интегрирована с программами естественнонаучных, общемедицинских и клинических дисциплин.

Курс «Сестринское дело в гериатрии» составляет 68 часов и включает лекции, практические занятия и самостоятельную внеаудиторную работу: лекции – 15 часов (кредита), практические занятия – 30 часа, экзамен – 2 часа, самостоятельная работа – 23 часа.

Преподавание проводится сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней, лекции читаются в специально оборудованной аудитории, располагающей современными средствами компьютерной техники (в том числе и мультимедийной приставкой), практические занятия проходят на базе МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска» (располагает общетерапевтическим (с пульмонологическими койками), гастроэнтерологическим, кардиологическим, ревматологическим отделениями, а также отделениями функциональной диагностики, УЗИ-исследований, эндоскопической диагностики и др.), имеется возможность самоподготовки студентов с методическими пособиями на базе кафедры.

Преподавание для студентов очно-заочного отделения ведётся на основе использования дистанционных технологий. Кроме сестринского дела в гериатрии ведётся преподавание ещё и по предметам пропедевтики внутренних болезней, теории сестринского дела, также организованы производственные менеджерские практики (Калягин А.Н. и соавт., 2005-2009).

В связи с этим было решено упорядочить работу студентов не только в период учебных сессий, но и на заочном (дистанционном) этапе. Для этой цели была избрана система дистанционного обучения студентов «ГЕКАДЕМ», разработанная в Иркутском государственном университете под руководством профессора Г.С. Курганской. Данная система уже имела большое число положительных отзывов от разных ВУЗов Российской Федерации, постоянно совершенствовалась и поддерживалась авторами. В программе «ГЕКАДЕМ» имеются возможности создания учебных курсов различной сложности и в соответствии с различными учебными программами по одному предмету, организации дифференцированных путей обучения для студентов с различным уровнем подготовки, формирование различных форм контроля (индивидуальные и групповые проекты, форумы, тесты различного уровня сложности). Необходимо отметить, что на момент написания данной статьи запущена уже 3 версия данного программного продукта.

Первоначальное обучение всех преподавателей Иркутского государственного медицинского университета взяла на себя непосредственно профессор Г.С. Курганская, с которой были налажены хорошие контакты администрацией вуза. В относительно короткий срок были разработаны дистанционные курсы для обучения студентов первого курса, а в дальнейшем поэтапно и других курсов нового факультета.

Дисциплина сестринского дела в гериатрии представляет собой гармоничный синтез теоретических и практических направлений, она преподаётся на 4 курсе. Подготовительные этапы работы включали: создание рабочей программы, дистанционного курса обучения в «ГЕКАДЕМЕ», также был реализован метод индивидуальных проектов – студенты самостоятельно готовят памятки для пожилых и старых больных по актуальным для них проблемам, подготовлены вопросы для итогового контроля (экзамен). Результаты работы по этому предмету оказались хорошими и практически не потребовали внедрения каких-либо корректив, что объясняется достаточным опытом при подготовке дистанционных образовательных курсов, накопленным кафедрой.

В качестве учебных пособий, предназначенных для подготовки студентов используется практическое руководство для медицинских сестёр «Сестринское дело в гериатрии», подготовленное под редакцией Т.В. Рябчиковой (М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрави», 2006. – 384 с.), учебное пособие «Сестринское дело в гериатрии», подготовленное авторским коллективом во главе с Е.Ю. Алексеенко (Чита, 2009. – 120 с.), а также материалы периодической печати, в частности журнала «Альманах сестринского дела».

В ходе освоения курса студентам предлагается творческое задание, которое выполняется на дистанционной этапе. Им поручается подготовить памятку для больного пожилого и старческого возраста или для его родственников по актуальным гериатрическим заболеваниям (артериальная гипертония, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, остеопороз, остеоартроз, запоры, дивертикулярная болезнь, жёлчнокаменная болезнь и т.д.). Многие памятки выполняются очень ярко и эстетично, привлекают внимание и могут использоваться в практической деятельности врачей и медицинских сестёр при работе с больными поздних возрастных групп.

Заключительный этап обучения медицинских сестёр на курсе сестринского дела в гериатрии – это курсовой экзамен. На нём студенты должны осветить общие проблемы гериатрии (организация гериатрической помощи, питание, фармакотерапия пожилых и старых людей) и частную патологию (наиболее важные заболевания геронтологических больных). Результаты освоения курса сестринское дело в гериатрии довольно высоки. Качество знаний (отличные и хорошие оценки) на протяжении всех лет обучения составляет 96%.

Таким образом, правильная организация педагогического процесса по курсу сестринского дела в гериатрии, использование дистанционных образовательных технологий позволяют добиваться высокого уровня освоения дисциплины и надеяться на улучшение организации оказания сестринской медицинской помощи этой категории больных в перспективе.

## **Капустенская Т.В., Цыренжапова В.И. Опыт фармакопунктурной коррекции кохлеовестибулярных нарушений.**

МУЗ Клинический госпиталь ветеранов войн, г. Иркутск

У больных пожилого и старческого возраста большое влияние на качество жизни имеют головокружение, шум в ушах и расстройства равновесия. В арсенале лекарственных препаратов выбор средств, влияющих на эти симптомы, недостаточно широк. В связи с этим актуальными являются альтернативные методы коррекции данных нарушений.

**Цель работы.** Оценка переносимости и эффективности фармакопунктурной коррекции кохлеовестибулярных нарушений у больных пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 пациентов с жалобами на снижение слуха, шум в ушах, головокружение и неустойчивость при ходьбе, в возрасте 72-87 лет (средний возраст 79,5 лет), из них 3 мужчин, 17 женщин. В 86% случаев установлен диагноз хронической ишемии мозга 2 стадии, умеренные кохлеовестибулярные нарушения. В 14% нарушения были более выраженные, на фоне хронической ишемии мозга 3 стадии, в том числе 1 с последствиями ишемического инсульта в бассейне левой среднемозговой артерии. Объективно определялись горизонтальный нистагм, усиливающийся при перемене положения (иногда с появлением вертикального нистагма), неустойчивость в позе Ромберга, неуверенность при выполнении пальценосовой пробы. Пациенты поделены на 2 сопоставимые по выраженности расстройств группы - 11 человек получали базовую терапию сердечно-сосудистых заболеваний и бетагистин в дозах 32-48 мг. в сутки, другие 9 человек – базовые препараты в сочетании с иглорефлексотерапией и фармакопунктурой с использованием тканевого гомеопатического препарата фирмы ОТИ (Италия) “Слуховой нерв”. Проводилось 10 сеансов ИРТ, включающих 4-6 сеансов фармакопунктуры.

**Результаты.** Во всех случаях отмечена хорошая переносимость препарата. Субъективное улучшение состояния (уменьшение выраженности и продолжительности шума, уменьшение головокружения и повышение уверенности при ходьбе) отмечалось уже после 3 сеанса у 7 пациентов. По окончании курса наблюдалось субъективное (в 100%) и объективное (в 86%) улучшение в виде уменьшения выраженности нистагма и отсутствия усиления его при перемене положения, в 3 случаях нистагм исчез. Также отмечено улучшение устойчивости в пробе Ромберга и более точное и уверенное попадание при пальценосовой пробе. Кроме того, в этой группе отмечено улучшение эмоционального фона. В группе лечения препаратами бетагистина улучшение (в 88%) наступало медленнее и не сопровождалось такой эмоциональной реакцией.

**Заключение.** Коррекция кохлеовестибулярных расстройств с применением фармакопунктуры гомеопатическими тканевыми препаратами хорошо переносится, по эффективности сопоставима с препаратами бетагистина, но дает более быстрый и эмоционально окрашенный результат, что улучшает качество жизни больных пожилого и старческого возраста.

## **Капустенская Т.В., Горяинова Н.Н. Применение общей магнитотерапии у лиц пожилого и старческого возраста при лечении неврологических заболеваний.**

МУЗ Клинический госпиталь ветеранов войн, г. Иркутск

Известно, что с увеличением возраста увеличивается количество имеющих патологий. Госпиталь оказывает помощь пациентам преимущественно пожилого и старческого возраста (средний возраст 78 лет). Имея 4-6 заболеваний у одного больного, мы сталкиваемся с проблемой полипрагмазии, крайне нежелательной для пожилого пациента. Уменьшить количество и продолжительность курса назначаемых препаратов, снизить дозу применяемых лекарств помогает использование таких процедур, как общая магнитотерапия (ОМТ), практически не имеющая противопоказаний и оказывающая воздействие на все ткани и системы

организма. Известно, что ОМТ сопровождается многими клиническими эффектами, в том числе гипотензивным, обезболивающим и противовоспалительным, противоотечным, седативным и иммуномодулирующим, улучшается микроциркуляция.

**Цель.** Оценить переносимость и эффективность ОМТ в пожилом и старческом возрасте при различной патологии.

**Материалы и методы.** 150 пациентов в возрасте 73-85 лет с различной неврологической и соматической патологией получали ОМТ. Пациенты разделены на группы по ведущей патологии на момент лечения: энцефалопатии различного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая, посттравматическая) – 35 человек. Последствия ОНМК – 41 человек. Сахарный диабет с полинейропатией – 30 человек. Полинейропатии другого генеза – 11 человек. Вертеброгенные болевые и мышечнотонические синдромы – 22 человека. Сосудистые заболевания нижних конечностей – 10 человек. Болезнь Паркинсона – 1 человек. ОМТ проводили аппаратами “Магнитор-ИНТ” и “АЛМА”, позволяющим обеспечить воздействие однородным низкоинтенсивным вращающимся магнитным полем с высокой степенью индивидуализации, по 10 сеансов продолжительностью 10-15 минут с подобранными биотропными параметрами с учетом ведущей патологии.

**Результаты.** Во всех группах отмечалась хорошая переносимость процедур, лишь в 3 случаях (2%) ОМТ отменена из-за развития артериальной гипотонии. Отчетливая положительная динамика по субъективным и клиническим данным отмечена у 127 пациентов (84,6%). У половины пациентов с отчетливым положительным эффектом ОМТ позволило снизить дозы гипотензивных препаратов. Не отметили отчетливых изменений в состоянии 20 человек (13,3%), хотя по клинико-лабораторным данным небольшая положительная динамика в виде улучшения реологических свойств крови, стабилизации АД. Наибольший эффект от ОМТ наблюдался в группах с сердечно-сосудистой патологией. У пациентов с вертеброгенной патологией эффективность была невысокой, вероятнее из-за наличия выраженных дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике, связанных с возрастом. По анамнестическим данным пациенты, получавшие ОМТ во время предыдущей госпитализации, отмечают сохранение положительного эффекта от процедуры в течение 4-6 месяцев.

**Заключение.** Метод ОМТ является эффективным преимущественно при сердечно-сосудистой (в том числе цереброваскулярной) патологии, имеет легкий анальгезирующий, противоотечный и седативный эффект, хорошо переносится пациентами пожилого и старческого возраста с полиморбидными состояниями. Проведение ОМТ позволяет снизить дозы гипотензивных средств и добиться более стойкой стабилизации АД.

## **Каретникова В.М., Петрунько И.Л. Особенности инвалидности у лиц пенсионного возраста вследствие заболеваний органов дыхания в Иркутской области**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Инвалидизация пациентов при заболеваниях органов дыхания (ЗОД) в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности, которые до настоящего времени изучены недостаточно. **Целью** работы было изучение особенности инвалидности у лиц пенсионного возраста вследствие заболеваний органов дыхания в Иркутской области

**Материалы и методы.** Анализировались статистические талоны лиц пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами за 2003-2008г.г. в ИО, при заболеваниях, включенных в X класс МКБ-10 «Болезни органов дыхания (J00-J99)»; рассчитывались интенсивные показатели первичной инвалидности (ИППИ) на 10 000 взрослого населения, и отдельно для населения трудоспособного и пенсионного возраста. Сравнивались уровни первичной инвалидности при ЗОД в ИО и в Российской Федерации (РФ). Оценен вклад отдельных бронхообструктивных нозологий в формирование первичной инвалидности населения пенсионного возраста ИО.

ЗОД в 2003-2008 года занимают 7-8 ранговое место в структуре первичной инвалидности в ИО. Доля инвалидов с патологией органов дыхания среди всех впервые признанных инвалидами (ВПИ) колебалась в 2003-2008 гг. от 3,4% и до 4%.

В ИО в группе ВПИ вследствие ЗОД с 2003 года стала нарастать доля лиц пенсионного возраста: если в 2003г. их было 51,8%, то в 2004 году - уже 55,9% , в 2005 году – 68,5% (наибольшее число за последний период). Затем отмечается некоторое снижение доли лиц пенсионного возраста среди ВПИ при ЗОД до 63.8% в 2006 и далее: в 2007 году до 54,4%, в 2008 году- до 28%. Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) у лиц пенсионного возраста в ИО в изучаемые годы при ЗОД был значимо выше, чем у лиц молодого и зрелого возраста, с наибольшим превышением в 2005 году более чем в 2 раза (18,5 в сравнении с 7,8 на 10000 населения соответственно в указанных возрастных группах). Данный скачок ИППИ стал отражением изменений законодательно - гарантированного комплекса мер социальной защиты для лиц, признанных инвалидами, и связанного с ним увеличения потока направлений пенсионеров на освидетельствование в бюро МСЭ в 2005 и 2006 годах. ИППИ среди лиц пенсионного возраста при ЗОД в нашем регионе превышает аналогичные показатели по стране во все изучаемые года не менее чем на треть, с минимальным значением в 7% превышения в 2004 году и максимальными разрывами значений – 80% в 2003 году, 72%-в 2006 году. Такие колебания ИППИ требуют сравнения с другими регионами страны и дальнейшего изучения.

Основными инвалидизирующими нозологиями среди ЗОД у лиц пенсионного возраста, также как и у лиц трудоспособного возраста, в ИО являются бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ). В период с 2004 по 2008 года возросла доля пациентов с ХОБЛ и, среди ВПИ, составила 53-56% . Бронхиальная астма - вторая по частоте причина первичной инвалидности при ЗОД (40%-44% за анализируемый период) у лиц пенсионного возраста.

Гендерная структура первичной инвалидности при ЗОД у пенсионеров имеет сходные черты с группой лиц трудоспособного возраста: среди женщин ИППИ при БА в 3 раза выше, чем у мужчин, а при ХОБЛ: мужчин-инвалидов было в три раза больше.

Таким образом, первичная инвалидность при ЗОД у лиц пенсионного возраста в ИО представлена - БА и ХОБЛ. Превышение региональных показателей инвалидности лиц пенсионного возраста при ЗОД над российскими требует дальнейшего изучения и разработки программ профилактики инвалидизации, предполагающих включение современных алгоритмов ранней диагностики, лечения и реабилитации БА и ХОБЛ.

## **Ковалева Л.П., Аюшиева С.Ц., Михалевич И.М., Мамыкина С.С. Использование дискриминантного анализа в оценке эффективности разных методов лечения двухнедельного курса курорта «Аршан»**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

**Целью** нашего исследования явилось изучение эффективности разных методов лечения двухнедельного курса курорта «Аршан» с использованием дискриминантного анализа.

**Материалы и методы** Исследования проводились на курорте «Аршан» Бурятской республики. В программу исследований включено 250 человек. Контрольную группу составили 42 практически здоровых человека. Больных хроническим холециститом (ХХ) в основной группе было 208, пролеченных двухнедельным курсом. Больные ХХ были распределены на подгруппы в зависимости от состояния моторики ЖП и методов лечения: 1.1 – ХХ с гиперкинезом, 1.2 – ХХ с гипокинезом, 1.3 – ХХ с гипокинезом, пролеченные увеличенным объемом минеральной воды (МВ) (50 мл/кг), 1.4 – ХХ с гипокинезом, пролеченные пелоидотерапией, 1.5 – ХХ с гипокинезом, пролеченные режимом 2 дня лечение, 1 –отдых. Всем больным ХХ, в т.ч. здоровым проводили опрос, сбор анамнеза, общий анализ крови (ОАК), в сыворотке крови исследовали показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантную активность (АОА) и биохимию, УЗС брюшной полости, реографию печени (РГГ).

Больные ХХ получали лечение по методикам, утвержденным Томским НИИ курортологии и физиотерапии (протокол № 3, 23 марта 2006г.).

Полученные количественные данные подверглись математической обработке при помощи программ «STATISTICA 6» на кафедре информатики и компьютерных технологий ГИДУВа.

**Результаты и обсуждение.** Дискриминантный анализ показал, что субъективные признаки с одинаковой частотой уменьшились во всех подгруппах по сравнению со здоровыми, за исключением подгруппы 1.5, где изменений не выявлено. При анализе объективных данных выявлено достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение расстояния Махаланобиса ( $D^2$ ) по отношению к здоровых во всех подгруппах больных ХХ. При анализе показателей ОАК у больных ХХ выявлено достоверное ( $p < 0,001$ ) снижение  $D^2$  в подгруппах 1.1, 1.2 и 1.3 по отношению здоровых. При сравнении  $D^2$  биохимического анализа крови не установлено достоверных ( $p < 0,05$ ) изменений по отношению здоровых. Во всех подгруппах больных, прошедших короткий двухнедельный курс при сравнении со здоровыми лицами  $D^2$  показателей системы ПОЛ-АОА достоверно увеличилось в подгруппах 1.1 ( $p < 0,001$ ), 1.3 ( $p < 0,05$ ), достоверно не изменилось – в 1.2. Это указывает на интенсивность и чрезмерность нагрузок при двухнедельном курсе. В подгруппе 1.5 при выписке  $D^2$  не имело достоверных различий со здоровыми ( $p > 0,05$ ), т.е. при снижении нагрузки бальнеолечения негативное действие двухнедельного курса достоверно снижается.

При сравнительном анализе показателей УЗС до и после лечения в подгруппах 1.1, 1.2 и 1.5 после лечения относительно здоровых достоверных изменений  $D^2$  не прослежено. В подгруппах 1.3 и 1.4 после лечения  $D^2$  достоверно ( $p < 0,05$ ) относительно здоровых уменьшилось, при этом более всего в подгруппе 1.4. Следовательно, на параметры УЗС оказывают влияние увеличенный объем МВ «Аршан» и пелоидотерапия.

**Итак,** по данным проведенного дискриминантного анализа на субъективную и объективную симптоматику все сравниваемые методики лечения двухнедельного курса влияют одинаково, за исключением прерывистого курса, где прослежено положительное влияние только на объективную симптоматику, на параметры ОАК положительное действие выявлено у больных ХБХ с гипер- и гипокинезом, получавших обычный и увеличенный объемы МВ «Аршан». Негативное действие на систему ПОЛ-АОА прослеженное при двухнедельном курсе, нивелируется при режиме: два дня лечение, один – отдыха. Более эффективно из всех методик на параметры УЗС ЖП оказывают влияние прием увеличенного объема МВ «Аршан» и применение пелоидотерапии. Таким образом, проведенный дискриминантный анализ позволил сравнить различные режимы приема и лечения МВ «Аршан», что помогает врачу в выборе более эффективной индивидуальной программы лечения больного ХХ на курорте «Аршан».

## **Ковалева Л.П., Аюшиева С.Ц., Михалевич И.М., Мамыкина С.С. Анализ реогепаатографии у больных хроническим холециститом, пролеченных на курорте «Аршан» с помощью дискриминантного анализа.**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

При хроническом холецистите (ХХ) всегда страдает гемодинамика печени, не последнюю роль в ее диагностике играет реогепаатография (РГГ).

**Целью** нашей работы было оценить кровоток в печени под влиянием лечения на курорте «Аршан» у больных ХХ, пролеченных различными по продолжительности курсами в сравнении с медикаментозным лечением и плацебо.

**Материал и методы.** Исследования проведены на климатобальнеологическом, таежном и питьевом среднегорном курорте «Аршан» Бурятской республики. В программу исследований включено 488 человек, в том числе контрольная группа, которую составили 42 здоровых лица. Всего больных ХХ было 446, средний их возраст – 57 лет. В зависимости от срока лечения больные ХХ были разделены на две группы: I – классический (трехнедельный) курс, II – короткий (двухнедельный). Далее все группы в соответствии классификации Я.С. Циммермана (1992) были распределены на подгруппы в зависимости от состояния моторики

ЖП. Было набрано две сравнительных группы: медикаментозная терапия и плацебо. Реографию печени (РГГ) регистрировали на реографе 4РГ-1А, версия 5,0, медиком МТД 1996-1999 гг. Больные ХХ, поступившие на курорт «Аршан» получали лечение по методикам, утвержденным Томским НИИ курортологии и физиотерапии (протокол № 3, 23 марта 2006г.). Полученные количественные данные подверглись математической обработке при помощи программы «STATISTICA 6» на кафедре информатики и компьютерных технологий ГИДУВа. Для определения различимости подгрупп больных ХХ был применен дискриминантный анализ.

**Результат и обсуждение.** На параметры РГГ у больных дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) с гипер-кинезом равнозначно действовали как трех-, так и двухнедельный курсы, за исключением ДЖВП с гипокинезом, где эффективней был трехнедельный курс. У больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гиперкинезом на параметры РГГ более всего оказывает действие трехнедельный курс, затем двухнедельный, а оба курса не имели различий в действии с медикаментозным лечением. При ХБХ с гипокинезом на параметры РГГ более всех действовал короткий двухнедельный курс, равнозначное, но менее значимое действие оказывали классический трех- и двухнедельный с пелоидотерапией, а все они превосходили медикаментозный. У больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) санаторно-курортный курс, как трех-, так и двухнедельный превосходили медикаментозный по действию на параметры РГГ. В начале процесса (ДЖВП и ХБХ с гиперкинезом) наиболее изменяемыми параметрами были величины, характеризующие тонус и эластичность сосудов, при утяжелении процесса (ХБХ с гипокинезом и ХКХ) – величины, отвечающие за крове-наполнение и пол. У всех больных ХХ, пролеченных на курорте «Аршан» значимым был возраст.

После проведенного лечения на курорте «Аршан» по данным РГГ у больных ХХ, пролеченных как классическим, так и двухнедельным курсами прослежена нормализация систолического притока крови в печени, что говорит об улучшении кровоснабжения печени. Зарегистрированное облегчение венозного оттока печени косвенно указывает на снижение застоя в печени. Пониженный до лечения на курорте «Аршан» тонус как пре-, так и посткапиллярного русла достоверно возрастал, а повышенное кровенаполнение крупных, средних и мелких артериальных стволов печени – снижалось. Влияние на тонус сосудов, прослеженное на курорте «Аршан» можно объяснить влиянием среднегорья и включением механизмов адаптации, которые включают сдвиги в гуморально-гормональных системах, что сопровождается усиленным выделением тропных гормонов и повышением секреторной деятельности эндок

---

## **Кожевникова Н.В., Сайфутдинов Р.Г., Галиуллина Т.Н., Исхаков Т.Д. Влияние Таспира на фракцию выброса по эхокардиоскопии у больных ИБС.**

Кафедра терапии ГОУ ДПО КГМА Росздрава, РКБ №3, г. Казань

**Цель исследования.** Сравнительная оценка влияния АСК без янтарной кислоты и АСК с янтарной кислотой на сократительную способность у больных ИБС.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 пациентов с ИБС (средний возраст  $65 \pm 7,5$  лет) препаратом, содержащим АСК и янтарную кислоту (лекарственная форма – таспир. Утверждена Фармакопейным Государственным комитетом ФСП 42-0015-1670-01), и препаратом, содержащим АСК без янтарной кислоты - УПСАРИН-УПСА (Франция). Критериями включения в исследование были пациенты, имеющие ИБС, стабильную стенокардию напряжения (СН) со сниженной фракцией выброса по ЭХОКС, функциональный класс (ФК) II-III. Критериями исключения из исследования были пациенты с острым коронарным синдромом, с повышенной чувствительностью к АСК. Для оценки влияния АСК с янтарной кислотой на агрегационную активность тромбоцитов пациенты были разделены на 2 группы: 1 - пациенты,



принимающие УПСАРИН-УПСА, 2 - Таспир. Оценку сократительной способности миокарда проводили методом эхокардиоскопии до и через 14 дней терапии.

**Результаты.** В группе больных, принимающих препарат УПСАРИН-УПСА, фракция выброса увеличилась на  $3,2 \pm 1,23\%$ . В группе больных, принимающих комбинированный препарат, фракция выброса увеличилась на  $9,5 \pm 1,37\%$  ( $p < 0,01$ ).

#### **Заключение.**

1. Результаты исследования обосновывают возможность использования ацетилсалициловой кислоты совместно с янтарной кислотой в качестве кардиопротективного средства дополнительно к антиангинальной терапии у больных ИБС со сниженной фракцией выброса.

2. Применение комбинированного препарата Таспир позволяет улучшить результаты и прогноз у больных с ИБС со сниженной фракцией выброса.

### **Ленденева И.Л., Психологический анализ нарушений сна у пожилых пациентов, пути коррекции.**

ГУЗ Областной гериатрический центр, Иркутск

Важность проблемы сна связана с ее отношением к качеству жизни человека. Тревогу вызывает рост потребления снотворных средств. Нарушение сна – частая жалоба людей пожилого и старческого возраста. К основным психологическим причинам нарушений сна у лиц этой возрастной группы по нашим наблюдениям можно отнести следующие:

1. стрессы:
  - отсутствие четкого жизненного ритма
  - сужение сферы общения
  - отход от активной трудовой деятельности, изоляция
  - ощущение или факт одиночества
  - «уход в себя», самоизоляция, формирование «замкнутого пространства»
  - геронтофобия
2. невроты, невротические состояния
3. депрессию, депрессивные состояния
4. тревожные расстройства
5. психосоматические расстройства

Наиболее часто расстройства сна являются симптомом депрессивных состояний различного генеза. При этом даже неглубокие депрессии, как правило, сопровождаются диссомнией. Встречаются депрессии, при которых расстройство сна является ведущим симптомом и определяет клиническую картину состояния, в то время как собственно депрессивные симптомы выявляются только при тщательном расспросе. Депрессивные больные часто жалуются на бессонницу: при расспросе выявляются трудности засыпания, тревожное беспокойство, тягостное душевное состояние, формирующийся /или устойчивый/ навязчивый страх.

Расстройство сна в пожилом возрасте имеет весьма разнообразную этиологию и требует дифференциальной диагностики для выбора адекватных путей коррекции.

За период 2006- 2008 гг. /28 месяцев/ нами было обследовано 885 чел. пожилого возраста /60-74 гг./ на базе стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска, жителей Иркутской области, с целью изучения особенностей психики, характерной для этой возрастной группы, и конкретно, имеющих нарушения сна. Для выявления психо- эмоциональных причин диссомнии использовались следующие психологические методы:

1. опросники
2. беседа
3. анкетирование
4. компьютерные диагностические методики /Люшер, Сонди/

Результаты обследования представлены в табл. 1

Таблица 1

## Особенности психики пожилых людей /60-74 гг./

| Симптом \ Возраст        | 60 – 64 лет | 65 – 69 лет | 70 – 74 лет | Всего        |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Депрессия                | 63          | 113         | 138         | 314 – 35,5 % |
| Состояние одиночества    | 4           | 8           | 18          | 30 – 3,4 %   |
| Страх, тревога           | 97          | 171         | 180         | 48 – 50,6 %  |
| Хронический стресс       | 15          | 27          | 31          | 73 – 8,2 %   |
| Психосомат. расстройства | 66          | 146         | 126         | 338 – 38,2 % |
| Поведенческие нарушения  | 0           | 1           | 2           | 3 – 0,3 %    |
| Агрессия                 | 52          | 122         | 118         | 292 – 33,0 % |
| Аутоагрессия             | 5           | 9           | 14          | 28 – 3,2 %   |
| Конфликтность            | 46          | 100         | 112         | 258 – 29,1 % |
| Переутомление            | 6           | 20          | 9           | 35 – 3,9 %   |
| Неврастенические реакции | 50          | 108         | 84          | 242 – 27,3 % |
| Навязчивые состояния     | 20          | 25          | 24          | 69 – 7,8 %   |
| Лабильность поведения    | 81          | 155         | 162         | 398 – 45,0 % |
| Суицидальные мысли       | 0           | 5           | 8           | 13 – 1,5 %   |
| Всего осмотрено (чел)    | 194         | 354         | 337         | 885          |

Как следует из табл.1, признаки депрессии выявляются у более чем трети пациентов /35,5 %/. С учетом того, что такие состояния, как агрессивность /33,0 %/, повышенный уровень тревоги /50,6 %/ могут являться следствиями депрессии, фактическая ее распространенность среди пожилых гораздо значительнее.

Психологическое консультирование пожилых пациентов показало широкие возможности психотерапевтического лечения их, даже при наличии у них значительного спектра органических заболеваний и другие возрастные изменения. Консультирование в данной ситуации предполагало не психологическую коррекцию личности, а облегчение симптомов болезни и содействие в адаптации к изменившейся жизненной ситуации. Использовались следующие психологические методики:

- кататимно - имагинативная терапия
- беседа
- аутотренинг, релаксация
- целенаправленная терапия

Объем и задачи, а также методы психологического консультирования варьировались в зависимости от характера психологического расстройства, состояния пациента.

В ходе работы / 2-3 недели, период пребывания в стационаре/ у пациентов наблюдалось снижение тревожной симптоматики, улучшение психоэмоционального состояния, повышение уровня жизнелюбия, улучшение настроения и на этом фоне улучшение сна отметили все без исключения пациенты. Следует отметить быструю отзывчивость пожилых людей на психотерапевтическое воздействие.

Полученные результаты достигнуты на фоне комплексного медицинского лечения больных. Учитывая, что современная медицина, в том числе и гериатрия, несет огромную нагрузку, часть ее с обоснованной надеждой на эффект можно разделить с психологией как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах лечения.

## **Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Костромина М.А., Пустозеров В.Г. Опыт применения Кардионата в геронтологической клинике.**

Клинический госпиталь ветеранов войн

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Количество лиц пожилого и старческого возраста прогрессивно увеличивается во всём мире. По мере старения населения вопросы оказания своевременной и эффективной медицинской помощи этому контингенту приобретают всё большую актуальность. По данным ВОЗ в мире ежегодно умирает от сердечно-сосудистых проблем около 12 млн. человек. Согласно российской статистике большую часть больных ИБС. составляют пожилые люди, причём, более чем в 50% случаев смерть лиц старше 65 лет наступает именно от осложнений ИБС. В этой связи становится понятным, что знание особенностей течения заболевания, диагностики и лечения пожилых пациентов приобретает принципиальное значение. Известно, что с возрастом частота сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается, учитывая возрастные изменения в фармакодинамике и фармакокинетике большинства лекарственных препаратов у пожилых, в их применении возникает довольно много сложностей. Особые затруднения вносит в процесс лечения сердечно-сосудистых заболеваний, характерная для пожилых возрастная полиморбидность. Наличие нескольких заболеваний влечёт за собой вынужденное, одновременное назначение нескольких препаратов, и выбор рациональной комбинации в этой ситуации становится особенно актуальным.

В работах кафедры геронтологии и гериатрии МГМСУ (Лазебник Л.Б.) «Ишемическая болезнь сердца и возраст», неоднократно подчеркивалась роль миокардиальной цитопротекции в лечении ИБС, так как какими бы ни были структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у пожилых, значительная роль среди причин ишемического повреждения миокарда принадлежит метаболическим нарушениям. В связи с этим определённые перспективы связывают с применением препаратов с метаболическим механизмом действия в лечении больных стабильной стенокардией. Отсутствие влияния на параметры системной гемодинамики у миокардиальных цитопротекторов, их высокая клиническая и биологическая переносимость, представляют особый интерес в лечении пожилых пациентов с ИБС.

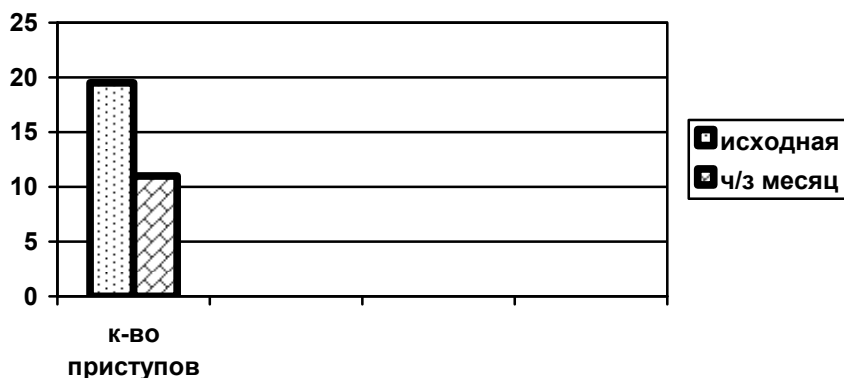
Нами исследована клиническая эффективность препарата Кардионат в комплексной терапии лиц пожилого и старческого возраста с хроническими формами ИБС.

**Цель исследования.** Оценить влияние Кардионата на эффективность антиангинальной терапии у пожилых пациентов с д-зом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 111 ФК.

В исследование включены 30 пациентов, с подобранной на момент начала работы антиангинальной терапией. Всем пациентам дополнительно к базовой терапии назначался Кардионат в дозе 1000 мг./сут. на протяжении 4-х недель. Средний возраст больных составил 74,8 года. Из сопутствующих заболеваний 80% страдали АГ111ст., 5 пациентов Сахарным диабетом 2-го типа, у 3-х ОНМК в анамнезе. Все больные получали комплексное лечение, включающее б-блокаторы Иапф, Аспирин, диуретики. На этом фоне был назначен Кардионат в дозе 1000 мг/сут. Всем пациентам до и после месячного курса лечения, проводились общеклинические исследования, ЭКГ, ЭХО-КГ, оценивалась толерантность к ФН, путём проведения теста с 6 мин. ходьбой.

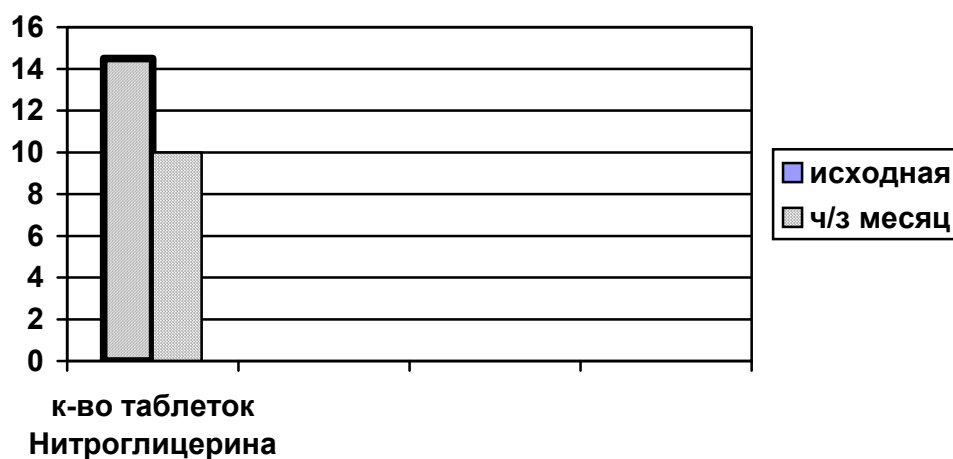
Анализ полученных данных свидетельствует о том, что Кардионат на фоне комплексного лечения у 59% пациентов положительно влияет на клиническую симптоматику у больных с хроническими формами ИБС. Было отмечено улучшение общего самочувствия, в ряде случаев прекращение ангинозных болей. Как видно из рисунка 1 количество приступов стенокардии на фоне приёма Кардионата сократилось с 19,5 до 11, что составляет 43.5%. Так же достоверно уменьшилось количество принимаемых табл. нитроглицерина с 17.5 до 10тб., что составляет 42.8 %.(см. рисунок 2).

Рисунок 1



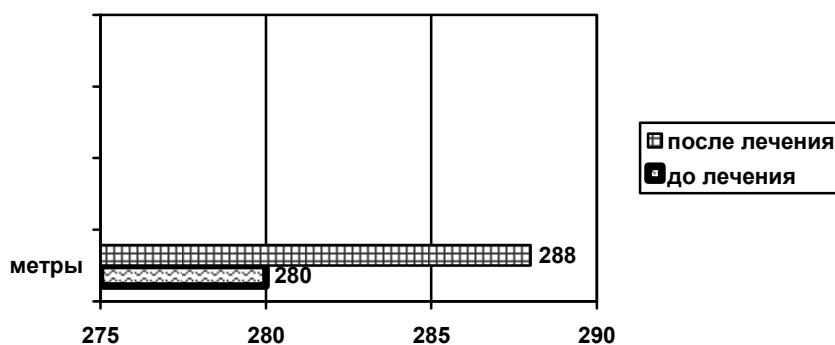
Отмечалось уменьшение одышки при прежних темпах физической нагрузки, по сравнению с ранее получаемой терапией без применения Кардионата. 30% больных отмечают улучшение качества жизни (оценка проводилась по Минесотскому опроснику).

Рисунок 2



Достоверно сократилось число ангинозных приступов в течение суток, их продолжительность, интенсивность, а так же потребность в нитроглицерине, что сопровождалось достоверным повышением толерантности к физической нагрузке, улучшением показателей теста с 6 –мин. ходьбой, в начале лечения – в среднем-280 м, по окончании терапии-288 м. (см. рисунок 3).

Рисунок 3



У 56% больных, включенных в исследование имело место уменьшение степени депрессии интервала –ST. Клинический эффект применения препарата проявлялся на 5-7 сутки от начала лечения и достигал максимума к концу 3 недели.

Для более достоверной оценки функции левого желудочка (КСР, КДР, ФВ), необходимо более длительное применение препарата-(3-4мес.).

Среди нежелательных явлений, во время применения препарата, было отмечено развитие синусовой тахикардии у двух пациентов (6.6%) ,что привело к отмене препарата, в 3-х случаях(10%) синусовая тахикардия перешла в нормокардию на фоне уменьшения дозы препарата до 750 мг. в сутки. Так же у 3 – пациентов (10%) уменьшились диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита) при уменьшении суточной дозы до 750мг.

Отмеченные положительные эффекты применения Кардионата, отсутствие влияния на центральную гемодинамику, позволяют рекомендовать его в качестве дополнительного средства при лечении пожилых больных со стабильной стенокардией, особенно в тех ситуациях, когда имеется непереносимость основных групп лекарственных препаратов или противопоказания к их назначению.

## **Онучина Е.В., Брикова С.И., Романенко Н.Д., Бродач Л.Н. Внепищеводная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста**

Иркутский государственный медицинский университет

Клинический госпиталь ветеранов войн

Клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) многообразна. Согласно концепции Монреальского консенсуса для нее характерно сочетание пищеводных - типичных и внепищеводных - атипичных симптомов (Vakil N., et al., 2006). В старших возрастных группах проблема последних особенно актуальна. Из-за высокой фоновой полиморбидности врачи часто недооценивают их проявления, что становится причиной диагностических ошибок и, как следствие, неэффективного лечения, ухудшающего течение не только ГЭРБ, но и ассоциированных с ней заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой систем, ЛОР органов и полости рта. Несмотря на значительное число публикаций, посвященных внепищеводной форме ГЭРБ, таковые у лиц пожилого и старческого возраста единичны и фрагментарны (Raiha I., et al., 1991, Richter J.E., 2000, Barden E., et al., 2006). В доступной литературе мы не обнаружили комплексных исследований по изучению внепищеводных проявлений заболевания в старших возрастных группах.

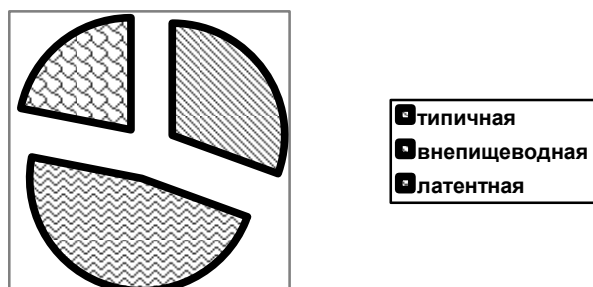
**Цель исследования.** Изучить частоту бронхопульмональных, кардиальных оториноларингофарингеальных и стоматологических проявлений ГЭРБ у лиц пожилого и старческого возраста. Определить факторы, влияющие на их появление.

**Методы исследования.** Обследовали 1100 стационарных больных ГЭРБ пожилого, старческого возраста. Диагностику ГЭРБ осуществляли на основании рекомендаций Монреальского консенсуса (Vakil N., et al., 2006). Частоту и выраженность типичных пищеводных и атипичных внепищеводных жалоб определяли по 5 бальной шкале Likert. Степень повреждения слизистой пищевода устанавливали по Лос-Анджелесской классификации (Lundel L.R., et al., 1999). Для диагностики внепищеводных проявлений ГЭРБ использовали: сбор анамнестических данных путем анкетирования, анализа амбулаторной карты, выписок из историй болезни; физикальное обследование; тест с ИПП (Zheng J., et al., 2008, Frye J.W., et al., 2008); по показаниям - ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ, ХМ, рентгеноскопию органов грудной клетки, спирографию, пробу с бронхолитиками, консультации кардиолога, пульмонолога, ЛОР, стоматолога. Статистическую обработку производили с применением прикладных программ Microsoft Excel 2003 и Statistica 6.0. Для сравнения средних значений анализируемых показателей применяли U-критерий Манна-Уитни, категориальных показателей - хи-квадрат-тест.

В модели логистической регрессии определяли отношение шансов (ОШ) и доверительный интервал (ДИ). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Внепищеводную форму ГЭРБ диагностировали у 47,5% больных, типичную у - 30,5%, латентную у - 22,0% (рисунок 1).

Рисунок 1



Соотношение между внепищеводной, типичной и латентной формами ГЭРБ у больных пожилого и старческого возраста.

Средний возраст 523 больных с внепищеводной формой заболевания составил  $76,1 \pm 6,0$  лет, из них женщин 60,4%. Доминирующим типом внепищеводных проявлений было сочетание двух форм (43,0%), из них чаще встречали комбинацию: бронхопульмональная + оториноларингофарингеальная. Моноформу патологии установили у трети обследованных (32,3%). При этом не зависимо от пола кардиальную форму выявляли чаще остальных. Бронхопульмональная форма преобладала у мужчин, оториноларингофарингеальная - у женщин. Одновременное присутствие трех форм выявили у каждого пятого, чаще у мужчин, преимущественно в сочетании: кардиальная + бронхопульмональная + оториноларингофарингеальная. Квадроформу – наличие бронхопульмональных, оториноларингофарингеальных, стоматологических и кардиальных проявлений ГЭРБ у одного больного регистрировали крайне редко (5,0% случаев).

В модели логистической регрессии проанализировали независимые факторы риска развития внепищеводной формы заболевания (таблица 1).

Таблица 1.

| Показатели       | Внепищеводная форма<br>n=523 |             | Типичная и латентная<br>формы<br>n=577 |                | ОШ (95%ДИ),<br>P         |
|------------------|------------------------------|-------------|--|----------------|--------------------------|
|                  | Признак есть                 | Признак нет | Признак<br>есть                        | Признак<br>нет |                          |
| Мужской пол      | 207                          | 316         | 190                                    | 387            | 0,9 (0,5-1,5)<br>0,02    |
| Женский пол      | 316                          | 207         | 387                                    | 190            | 1,3 (0,1-1,5)<br>0,02    |
| Ночная<br>изжога | 156                          | 367         | 115                                    | 462            | 1,7 (0,9-2,2)<br>0,00001 |
| Запоры           | 310                          | 213         | 309                                    | 268            | 1,3 (1,0-2,3)<br>0,05    |
| НЭРБ             | 280                          | 243         | 355                                    | 222            | 0,9 (0,2-1,5)<br>0,007   |
| ЭРБ              | 204                          | 319         | 188                                    | 389            | 1,3 (0,6-1,4)<br>0,03    |
| Курение          | 220                          | 303         | 140                                    | 437            | 2,3 (1,5-2,9)<br>0,00001 |
| Алкоголь         | 130                          | 393         | 80                                     | 497            | 2,1 (1,1-2,8)<br>0,00001 |

|                          |     |     |     |     |                        |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|------------------------|
| ГПОД                     | 245 | 378 | 221 | 356 | 1,4 (0,8-1,6)<br>0,004 |
| Ожирение                 | 203 | 320 | 225 | 352 | 1,0 (0,6-1,4)<br>0,95  |
| Атрофический гастрит     | 414 | 109 | 461 | 116 | 1,0 (0,7-1,3)<br>0,76  |
| ДГР                      | 157 | 366 | 157 | 420 | 1,1 (0,3-1,8)<br>0,30  |
| Билиарная патология      | 410 | 113 | 469 | 108 | 0,9 (0,3-1,3)<br>0,23  |
| Хрогический панкреатит   | 221 | 302 | 234 | 343 | 1,1 (0,4-1,8)<br>0,57  |
| Инфекция <i>H.pylori</i> | 54  | 469 | 57  | 520 | 1,1 (0,9-1,2)<br>0,80  |
| ОНМК в анамнезе          | 69  | 454 | 87  | 480 | 0,9 (0,4-2,4)<br>0,31  |
| СД                       | 82  | 441 | 92  | 485 | 1,0 (0,4-2,4)<br>0,90  |

Вопрос влияния возраста на появление внепищеводных симптомов ГЭРБ не однозначен. По данным Jaspersen D., et al., (2003) возраст являлся фактором риска присутствия кашля (OR=1,4 (CI:1,24-1,57), p<0,0001) и ларингеальных расстройств (OR=1,14 (CI:1,01-1,30), p<0,04). Мнение Garscia-Compean D., et al., (2000) противоположно. Однако с последним трудно согласиться. Обследуя молодых и пожилых добровольцев Barden E., et al., (2000) установили негативное влияние возрастного фактора на функцию верхнего пищеводного сфинктера. Aviv J.E., et al., (1997) обнаружили прогрессивное инволютивное снижение гортанной, глоточной и субглоточной чувствительности, также способное иметь значение для развития аспирации рефлюксата и реализации ваго-вагального рефлекса – патогенетических механизмов бронхопульмональных и оториноларингофарингеальных проявлений ГЭРБ.

Большинство исследователей единодушны в вопросе влияния тяжести эзофагита на появление внепищеводной формы заболевания. Так, Raiha I., et al., (1991) кашель и першение в горле чаще наблюдали у больных эрозивным эзофагитом, чем катаральным (57% против 33%). В известном исследовании ProGERD, включившем 6215 больных средним возрастом 54 года, Jaspersen D., et al., (2003) внепищеводные проявления выявили у 34,9% эрозивной формой рефлюксной болезни (ЭРБ) и достоверно реже при неэрозивной форме (НЭРБ) (30,5%, p<0,0002).

Kahrilas P.J., (2001) считает, что грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) может вносить важный вклад в развитие внепищеводных симптомов. Изменяя геометрию пищеводно-желудочного перехода, она способствует нарушению структуры и функции нижнего пищеводного сфинктера, являясь значимым фактором риска появления более тяжелого эзофагита: OR 12,2 (CI:5,0-29,9), p<0,001 (Chen TS, Chang FY., 2007).

Табакокурение повышает частоту и выраженность кислого рефлюкса, уменьшает клиренс пищевода. Eslick GD, Talley NJ. (2009) рассматривают курение в качестве независимого предиктора ЭРБ.

Гастроэзофагеальный рефлюкс во время сна - важный механизм развития респираторных проявлений ГЭРБ (Fass R., et al., 2004). Наиболее значимым клиническим маркером такового является ночная изжога.

Есть сообщения о большей частоте внепищеводных симптомов у представительниц женского пола (Raiha I., et al., 1992; El-Serag H.B., et al., 2001).

Нам не удалось найти литературных данных относительно связи алкоголя и запоров с внепищеводными проявлениями ГЭРБ. Можно предположить, что оказывая прямой повреждающий эффект на слизистую пищевода, снижая тонус нижнего пищеводного сфинктера и

продолжая время освобождения желудка алкоголь повышает вероятность возникновения эрозивного эзофагита. К такому же эффекту опосредовано через повышение внутрибрюшного давления и пищеводно - желудочного градиента приводит задержка дефекации.

**Выводы.** В проведенном исследовании у лиц пожилого и старческого возраста обнаружена высокая частота внепищеводной формы ГЭРБ. Наибольший вклад в ее появление вносили (в порядке убывания значимости): табакокурение, регулярное употребление алкоголя, ночная изжога, ГПОД, женский пол, запоры, эрозивный эзофагит. Не зависимо от пола для лиц старших возрастных групп было характерно преобладание биформы внепищеводных проявлений, наиболее часто в комбинации - бронхопульмональная в сочетании с оториноларингофарингеальной.

## **Петрунько И.Л. Об инвалидности при ревматоидном артрите лиц пенсионного возраста**

Иркутский институт усовершенствования врачей  
ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области»

Ревматоидный артрит (РА) – тяжелое, часто инвалидизирующее заболевание, которое может развиваться и у граждан пожилого и старческого возрастов.

**Целью** нашей работы было изучение инвалидности вследствие РА у лиц пенсионного возраста в Иркутской области.

**Материалы и методы.** Анализировались статистические талоны ФГУ «Главное бюро МСЭ по Иркутской области» взрослых лиц, признанных инвалидами за 2001-2008 г.г. в Иркутской области при заболеваниях, включенных в МКБ-10 в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», отдельно - при РА, рассчитывались интенсивные показатели (ИП) первичной, повторной и общей инвалидности на 10 000 взрослого населения, населения пенсионного и трудоспособного возраста для сравнения.

Больных с РА пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами в Иркутской области в 2008 г., оказалось 61 чел. –52,1%, трудоспособного - 56 чел.- 47,9%, от всех впервые признанных инвалидами вследствие РА (2007 г. – по 64 чел. трудоспособного и пенсионного возрастов, т.е. по 50,0% соответственно).

Наибольшие показатели первичной инвалидности взрослого населения при РА в Иркутской области отмечены за последние 9 лет в 2005-2006 г.г. (0,94 и 0,90 соответственно), они превышали показатель 2002 г. (0,5) почти в 2 раза. У лиц пенсионного возраста максимальный подъем ИП первичной инвалидности при РА также был в 2005-2006 г.г. С 2002 г. до 2005 г. рост показателей наблюдался в 2,3 раза (с 1,06 до 2,48). У населения трудоспособного возраста ИП первичной инвалидности был намного ниже (максимальный в 2006г. - 0,57), чем у всего взрослого населения и населения пенсионного возраста. У женщин уровень первичной инвалидности при ревматоидном артрите в Иркутской области все годы был выше (в 3,5-8 раз), чем у мужчин, что объясняется большей частотой заболевания женщин.

Пиковый рост первичной инвалидности в 2005-2006 г.г. связан, прежде всего, с социальными факторами и новеллами социального законодательства, массовым обращением граждан в бюро МСЭ, когда вступил в действие Федеральный Закон от 22.08.04 № 122—ФЗ (так называемый «о монетизации» льгот). Им были введены социальный пакет, включающий бесплатное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, и ежемесячная денежная выплата инвалидам, в т.ч. пенсионного возраста, что при крайне низких трудовых, и тем более социальных пенсиях, явилось для многих очень желаемой прибавкой к пенсии.

Динамика повторной инвалидности при РА в Иркутской области по сравнению с первичной инвалидностью имеет другую особенность. Минимальный показатель отмечался в 2005 г. Максимальные показатели зафиксированы в 2007-2008 г., как у населения пенсионного возраста, так и у всего взрослого населения, что связано, вероятно, с большим количе-



ством граждан, освидетельствованных первично в предыдущие годы. ИП общей инвалидности для населения пенсионного возраста также был максимален в 2007-2008 г.г. (3,54 и 3,56 соответственно).

## **Пустозеров В.Г. Проблемы профилактики преждевременного старения и возрастной патологии**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Старение населения в последние десятилетия становится одной из важнейших социальных проблем, которая изменяет общественные отношения современного мира к лицам пожилого и старческого возраста и в частности к их здоровью. В России в связи с резким снижением рождаемости и экономическими проблемами эффекты постарения населения приобретают катастрофический характер. В соответствии с прогнозами института системного анализа РАН к 2015 году в России ожидается увеличение коэффициента демографической нагрузки на общество до величины 0,9, т.е. на одного работающего будет приходиться один нетрудоспособный. В связи с этим перед геронтологией стоит задача, с одной стороны, обеспечить максимальную продолжительность жизни человека на высоком качественном уровне, с другой, сохранить пожилых людей как активную и общественно полезную часть населения. Категория геронтов (лица пожилого и старческого возраста) существенно больше нуждается в медицинской помощи и других видах социального обеспечения. Постарение населения требует перераспределения усилий специалистов и финансовых средств, что связано с увеличением объема помощи в лечении «болезней старости» - сердечно-сосудистых, онкологических, неврологических заболеваний, артроза и остеопороза, диабета.

Актуальность медико-демографических проблем здоровья пожилых людей в России с каждым годом возрастает. Пожилые и престарелые люди, инвалиды нуждаются в особых медицинских подходах, имеют специфические потребности в отношении социальной защиты и здравоохранения. Уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте в 6 раз выше, чем среди людей молодого возраста. Более 70% этой категории лиц имеют 4-5 хронических заболеваний, более 50% пенсионеров оценивают свое здоровье как неудовлетворительное.

Характер и объем медико-социальной помощи престарелым определен программой Всемирной Ассамблеи ООН . Утвержден 37 Генеральной Сессией ООН. В соответствии с этой программой забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что связано лишь с медицинской стороной вопроса. Она предполагает обеспечение их общего благосостояния, принимая во внимание взаимосвязь физических, психических и социальных факторов. Усилия здравоохранения в этой области должны быть направлены на достижение возможностей вести независимый образ жизни в своей семье и обществе. Вопросы профилактики преждевременного старения предусмотрены Федеральной целевой программой «Старшее поколение». Она предусматривает проведение специализированной профилактической работы в отношении заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Увеличение объемов и повышение качества медицинской помощи, изучение вопросов рационального питания, разработку новых геропротекторов, развитие системы оздоровительных мероприятий, поддержание активности и способности к самообслуживанию.

Старение это процесс возникновения и развития признаков старости. По сути это физиологический, нарастающий с возрастом универсальный, эндогенный разрушительный процесс, который ведет к снижению адаптационных возможностей организма и проявляется повышением вероятности смерти. Признаками старости считаются необратимые расстройства физиологических систем организма. Старение требует изменения стереотипа жизни и жизненных привычек. Продолжительность жизни зависит от сочетанного участия в старении биологических (генетических) и социальных факторов, т.е. условий жизни. У каждого вида существует свой предел жизни – мышь живет 2 года, слон 100 лет. У человека видовая продолжительность жизни составляет 90 лет. Границы пожилого возраста 60-74 года, старческо-

го 75-90 лет, более 90 лет – долгожители. Старение может протекать двумя путями – естественным (физиологическое старение) и патологическим (ускоренное, преждевременное старение). Физиологически стареет всего лишь 3-5% населения. К ускоренному старению приводят условия жизни современного общества, патологические заболевания свойственные старению (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные опухоли и др.). Наиболее частыми признаками ускоренного старения являются: быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, раннее снижение памяти, изменение эмоциональной сферы, снижение репродуктивной способности, снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, иммунной и др. систем. Раннее обнаружение и предупреждение болезней геронтогенеза, является важным профилактическим моментом преждевременного старения. Преждевременное старение приводит к одряхлению, инвалидности, ранней смерти и является главным препятствием к достижению массового долголетия. Особенности патологии пожилого возраста являются полиморбидность (3-6 заболеваний), вынужденный прием множества лекарств – полипрогмазия, хроническое течение болезней, стертость клинической картины и остроты процесса, поздняя обращаемость за медицинской помощью, фармакомания. В 1995г. была создана новая врачебная специальность – ГЕРИАТР. В номенклатуре учреждений здравоохранения появились гериатрические больницы и гериатрические центры.

Помощь, оказываемая пожилым, укладывается в рамки медико-социальной помощи. Совершенно очевидно, что она должна быть единой. Вместе с тем, имеется ведомственная разобщенность в помощи пожилым по линии здравоохранения и социального обслуживания, с различными законодательными актами. На сегодняшний день отсутствует единая идеология всех учреждений и подразделений гериатрических служб. Имеется масса ведомственных проблем тормозящих развитие гериатрии: несовершенство правовой базы геронтологической службы, отсутствие информации о потребностях в различных типах медицинских и социальных учреждений (подразделений) служб, отсутствие информации о потребности в специалистах геронтологов и гериатров высшего и среднего звена, отсутствие стандартов в социальном и медицинском обеспечении лиц пожилого и старческого возраста, отсутствие организации гериатрической службы в сельской местности, отсутствие платных услуг в системе медико-социального обеспечения пожилых. Есть ли возможности у социальной и медицинской службы для реальной совместной работы не только на уровне федерального министерства, но и на уровне регионов? Вероятно, есть, но для этого нужно знать: структуру, формы работы и возможности друг друга. На сегодняшний день нужно дальнейшее совершенствование гериатрической службы, поиск возможных источников финансирования медико-социальных программ, реализация разработанной концептуальной модели организации гериатрической службы Иркутской области.

Помимо организационных проблем на сегодняшний день назрела необходимость формирования нового научного направления под названием - «Профилактика преждевременного старения». Одним из ключевых вопросов геронтологии является вопрос о выяснении роли генетических факторов в старении. Лишь одна треть в общей смертности обусловлена генетическими факторами, все остальное связано с факторами окружающей среды. Наиболее популярными моделями увеличения продолжительности жизни, являются модели, в которых используются антиоксиданты. К основным эндогенным факторам антиоксидантной защиты относятся ферменты и витамины. В опытах на животных была доказана эффективность бета-каротина, витаминов Е и С, рутина, глюконата цинка, селенита натрия (Газиев А.П. и др., 1997) В пожилом возрасте практически все испытывают витаминную недостаточность, поэтому следует 2 раза в год принимать комплексы поливитаминов. Высокое содержание полифенольных антиоксидантов находится в красном вине. На продолжительность жизни оказывают влияние мелатонин и пептидные препараты эпифиза (Анисимов В.Н., 2000) При старении функция эпифиза снижается, что проявляется снижением ритма секреции мелатонина. В 1971 г. были выделены пептидные биорегуляторы из гипоталамической области мозга, эпифиза, тимуса и сосудистой стенки в последствии их назвали цитомедины.

Пять препаратов из числа цитомединов были разрешены к медицинскому применению, это эпиталамин, тималин, простатилен, кортексин и ретиланамин. Геропротекторное действие тималина и эпиталамина было изучено в 2 ведущих гериатрических центрах Украины и России. Применение этих препаратов способствовало нормализации основных функций организма, улучшение показателей сердечно-сосудистой, эндокринной и иммунной систем, гомеостаза и метаболизма (Хавинсон В.Х. и др. 2002). Группа пациентов получавших тималин в сочетании с эпиталамином ежегодно в течении 6 лет имела снижение смертности в 4,1 раза по сравнению с контрольной группой. Восстановление гомеостаза сопровождалось снижением заболеваемости ОРЗ в 2,5 раза, уменьшением частоты проявлений ИБС, гипертонической болезни, остеоартроза и остеопороза. В настоящее время синтезированы искусственные пептидные биорегуляторы: эпиталон – регулирующий функцию эпифиза и вилон – регулирующий функцию тимуса. На сегодняшний день доказано, что существуют вещества которые способны усиливать неспецифическую сопротивляемость организма к факторам внешней среды – адаптогены. Самые известные и исследованные адаптогены - экстракты из растений элеутерококка и женьшеня, которые в эксперименте увеличивали продолжительность жизни животных на 15-20%. Большинство адаптогенов входит в состав биологических активных добавок (БАД). В последнее десятилетие во всем мире наблюдается бум, связанный с выбросом на рынок огромного количества препаратов занимающих промежуточное положение между продуктами питания и лекарствами. В то же время только в развитых странах появилась возможность получать стандартизированные пищевые добавки. При неграмотном применении могут возникать и возникают серьезные проблемы со здоровьем. Агрессивная реклама далеких от медицины людей во многом является вредной. Большинство БАД фальсифицированы и не стандартизированы. Мы должны предостеречь пожилых людей от бездумного приобретения этих препаратов, объяснить им, что это не лекарства и ждать помощи от них не стоит. Имеются данные о положительном влиянии на продолжительность жизни энтеросорбентов, пищевых волокон обладающих свойствами энтеросорбентов. Причем они выполняют не только роль геропротекторов, но и антиканцерогенов. Много работ было проведено по изучению положительного влияния на процессы старения мозга ноотропов. Огромное значение в борьбе с преждевременным старением и возрастной патологией имеет рациональное питание в пожилом и старческом возрасте. На характер питания у пожилых влияют возрастные изменения органов и систем, материальное обеспечение, образ жизни, окружающая среда, хронические заболевания. В рекомендациях экспертов ВОЗ по калорийности пищи для людей разных возрастных групп отмечено, что в старческом возрасте нужно на 30% снизить калорийность пищи по сравнению с уровнем 20-30 летних. В экспериментах на животных было показано, что калорийно ограниченная диета (КОД) увеличивает среднюю продолжительность жизни на 38,7%, а максимальную на 47% по сравнению с животными имевшими свободный доступ к пище (Нагорный В.Н., 1960). Снижение калорийности пищи следует считать адаптационной потребностью в старости. Проспективное 12-ти летнее исследование в Гарварде (США) показало положительное влияние физической активности на продолжительность жизни. Смертность у пожилых снижалась по мере увеличения энергетических затрат от 500 до 3500 ккал. в неделю. Расход дополнительных 2000 ккал. в неделю в среднем соответствует прибавке 2 лет жизни (Paffenbarger R.S. et al, 1993). Одним из факторов геропротекции в отношении преждевременного старения и возрастной патологии является осознание того, что жизнь продлевается всякий раз, когда предотвращается возможная смерть, а это подразумевает профилактические осмотры и своевременное лечение выявленных заболеваний. В заключении следует отметить, что потенциально перспективными в качестве геропротекторов являются следующие классы средств: низкокалорийная полноценная диета, физические упражнения, средства коррекции психического статуса, антиоксиданты, энтеросорбенты и гормонозаместительная терапия.

Таким образом, здоровье лиц пожилого и старческого возраста зависит от личного отношения пациента к своему здоровью, профессиональных навыков медицинского работника и от участия медико-социальных структур современного общества.

## **Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Маслова Е.Г. Применение дибикора у больных пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью.**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – частая причина смерти у пожилых людей. Риск внезапной смерти у больных с ХСН в 5 раз выше, чем в популяции. В России более 3 млн. больных с тяжелой ХСН. Количество госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН составляет 43,6-45,4% (исследование ЭПОХА-ХСН 2006г.) На фоне полиморбидной патологии ХСН значительно снижает качество жизни больных и имеет тенденцию к увеличению распространенности у лиц пожилого и старческого возраста.

**Целью** исследования явилось изучение эффективности таурина (дибикор) являющегося уникальным корректором метаболических процессов. Нами дибикор применялся в комплексном лечении пожилых больных с ХСН. Была обследована группа больных с ХСН 40 человек (1 группа) в возрасте от 60 до 94 лет (27 женщин и 13 мужчин). Средний возраст больных с ХСН 1,11,111 стадии составил  $74,2 \pm 2,4$  года. Дибикор назначался по 0,5 г. два раза в сутки, в течение 1 месяца. Результаты сравнивались с группой больных (2 группа) репрезентативной по полу и возрасту, получавших базисную терапию ХСН. Всем больным в 1 и 2 группах до и после лечения проводились ЭКГ, ЭхоКГ, тест с физической нагрузкой (6 минутной ходьбой), ХМЭКГ у больных с нарушением сердечного ритма, исследовались общеклинические и биохимические анализы крови. В 1-й группе больных получавших дибикор было отмечено улучшение субъективного и объективного состояния. Стадия ХСН была достоверно изменена в сторону снижения у 9 больных 22,5% ( $P < 0,05$ ). В контрольной группе стадия ХСН была снижена у 6 больных 15%. Динамика ЭхоКГ показала достоверное увеличение фракции выброса (ФВ) у больных с 1-11 функциональным классом (ФК) с  $43 \pm 3,1\%$ , до  $51 \pm 2,2\%$  ( $P < 0,05$ ). В контрольной группе ФВ увеличилась соответственно с 46,7% до 48,3%. Было отмечено увеличение ударного объема и сердечного индекса. У больных с 111, 1V ФК достоверного снижения ФВ отмечено не было. На фоне приема дибикора не было отмечено достоверного снижения липидов крови. Тест с физической нагрузкой (6 минутной ходьбой) в 1-й группе увеличился на 39 метров (11,4%) с 342 до 381 метра. В контрольной группе соответственно на 21 метр (6,2%) с 339 до 318 метров. На фоне приема дибикора больные с ХСН отмечали уменьшение одышки дневное и ночное время, снижение утомляемости, периферических отеков, повышение толерантности к физической нагрузке, снижение сонливости и астении, повышение устойчивости к стрессам.

**Вывод.** Применение дибикора у пожилых в комплексе с базисной терапией улучшает метаболические процессы в миокарде. Улучшает гемодинамику и параметры сократимости миокарда при ХСН. Улучшает качество жизни у больных пожилого и старческого возраста с ХСН. Дибикор может быть использован в комплексном лечении ХСН пожилых больных, как вспомогательное лекарственное средство

## **Сайфутдинов Р.Г., Трифонова Э.В. Оценка на мышах, крысах и собаках острой токсичности МТБЭ**

ГОУ ДПО КГМА Кафедра терапии № 1 Росздрава г. Казань

МСЧ ОАО «Татнефть» г. Альметьевска

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. На настоящий момент ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования.** Определить показатели острой токсичности МТБЭ у мышей, крыс и собак.

**Материалы и методы.** МТБЭ вводили *per se* белым мышам и крысам обоего пола внутрижелудочно (в/ж) по Литчфилду-Уилкоксоу. Расчеты средних летальных доз проводили по В.Б. Прозоровскому. Дозирование осуществляли на массу вещества, учитывая его плотность  $0,74 \text{ г/см}^3$ , и выражали в мг/кг веса тела животных. Собакам самцам и самкам МТБЭ вводили в/ж через короткие интервалы времени в течение 6 часов в общей дозе до 5000 мг/кг. Исследование осуществляли совместно с ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА России (Санкт-Петербург). Наблюдали 14 дней. Летальность, время гибели, симптоматика отравления осуществляли до введения, на 7 и 14 дни наблюдения, вскрытие и макроскопическое исследование всех погибавших и выживших животных - в конце исследования.

**Результаты.** МТБЭ при остром введении мышам, крысам и собакам оказывает слабое токсическое действие, обусловленное наркотическим эффектом. Величины ЛД<sub>50</sub> у мышей и крыс – 3000-5000 мг/кг. В/ж введение собакам в дозе 5000 мг/кг не вызывает каких-либо существенных изменений общего состояния, поведения и структуры внутренних органов. Результаты токсикометрии, данные некропсии и наблюдений за животными в постинтоксикационном периоде острого отравления позволяют отнести МТБЭ к малотоксичным лекарственным веществам.

**Заключение.** В соответствии с ГОСТ 12.1.007-76 МТБЭ относится к 4 классу опасности (малоопасные вещества). По механизму действия - угнетает ЦНС и вызывает наркоз.

## **Сайфутдинов Р.Р. Оценка состояния больных с ИБС и повышенным уровнем антител к фосфолипидам.**

ГОУ ДПО КГМА Кафедра терапии №1 Росздрава, г. Казань

**Актуальность проблемы.** В настоящее время антитела к фосфолипидам (аФЛ) изучаются не только при антифосфолипидном синдроме, но и их влияние на тромбозы при развитии другой сосудистой патологии. В последнее время стало уделяться внимание роли аФЛ при заболеваниях сердца, но представляет интерес и дальнейшее наблюдение пациентов с повышенным уровнем аФЛ и ишемической болезнью сердца. Немногочисленные литературные данные говорят, что наличие высокого уровня аФЛ приводит в дальнейшем к более тяжелому течению ишемической болезни сердца (ИБС). Так А. Hamsten, R. Norberg, M. Bjorkholm (1986) обнаружили увеличение концентрации аФЛ у 21% больных. В течение 36—64 месяцев наблюдения у 2/3 больных с аФЛ отмечались такие сосудистые осложнения, как инсульт, тромбоз артерий нижних конечностей, повторный инфаркт миокарда (ОИМ), тромбоэмболия легочной артерии и тромбоз глубоких вен голени.

**Цель работы.** Изучить уровень аФЛ у мужчин больных ИБС и наличие осложнений у них через 2 года.

**Материалы и методы.** В начале был изучен уровень аФЛ у 86 мужчин с ИБС (средний возраст  $58,3 \pm 1,02$  лет), куда входили больных со стенокардией напряжения (36) и ОИМ (49). Кровь забирали утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам (нг/мл) определяли на иммуноферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуноферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия). В последующем через 2 года был проведен опрос обследованных пациентов, отклик составил 75%.

**Результаты.** У всех обследованных пациентов были обнаружены аФЛ: у пациентов со стенокардией напряжения IgG  $14,4 \pm 2,27$  нг/мл, у пациентов с ОИМ IgG  $17,13 \pm 6,31$  нг/мл (норма  $8,8 \pm 0,3$  нг/мл). Ретроспективный анализ показал, что тяжесть осложнений на прямую зависит от уровня титра аФЛ. У больных со стенокардией напряжения с высоким титром IgG 10% больных впоследствии умерло и у 55% развился повторный ОИМ. В то время как у больных с ОИМ, имеющих изначально высокий уровень титра IgG в крови умерло 18,2%.

### **Выводы.**

1. Тяжесть осложнений на прямую зависит от величины титра IgG в крови пациентов;
2. Чем выше уровень аФЛ, тем серьезнее осложнения ожидается у пациента;
3. При наличии невысокого уровня титра IgG в крови осложнения бывают редки.

## **Сайфутдинов Р.Р. Изучение компонентов антифосфолипидного синдрома у пациентов с инфарктом миокарда и стабильной стенокардией.**

ГОУ ДПО КГМА Кафедра терапии № 1 Росздрава, г. Казань

**Актуальность проблемы.** Одним из частых кардиологических признаков антифосфолипидного синдрома (АФС) является поражение клапанов сердца, которое варьирует от минимальных нарушений, выявляемых только при эхокардиографическом исследовании (небольшая регургитация, утолщение створок клапанов), до тяжелых пороков сердца (стеноз или недостаточность митрального, реже аортального или трикуспидального клапанов). У некоторых больных быстро развивается очень тяжелое поражение клапанов с вегетацией, обусловленной тромботическими наслоениями, неотличимыми от инфекционного эндокардита. Тромбоз коронарных артерий является одной из возможных локализаций артериального тромбоза, связанного с синтезом антител к фосфолипидам (АФЛА). Другой формой коронарной патологии при АФС является острый или хронический рецидивирующий тромбоз мелких внутримиекардиальных коронарных сосудов, развивающийся в отсутствие признаков воспалительного или атеросклеротического поражения основных ветвей коронарных артерий. Полагают, что этот процесс может вести к патологии миокарда, напоминающей кардиомиопатию с признаками регионарного или общего нарушения сократимости миокарда и гипертрофией левого желудочка.

В связи с небольшим количеством работ посвященных исследованию ИБС и связи ее с АФС была проведена следующая работа.

**Цель работы.** Оценить наличие титров антител к фосфолипидам у пациентов со стабильной стенокардией и больных, перенесших инфаркт миокарда в первые 24 часа от начала болевого синдрома и сопоставить их с клиникой, лабораторными и инструментальными методами исследования.

**Материалы и методы.** Изучены титры антител к фосфолипидам у 30 больных со стабильной стенокардией II-III ФК и острым инфарктом миокарда (средний возраст  $61,8 \pm 2,2$  лет). Выделены 2 группы пациентов: 1 (15 человек) – перенесшие острый инфаркт миокарда в первые 24 часа с момента начала болевого синдрома; 2 (15 человек) – пациенты со стабильной стенокардией напряжения, не переносившие ранее инфаркта миокарда. Кровь забирала утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам (нг/мл) определяли на иммуноферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуноферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия).

**Результаты.** При анализе полученных данных выявлено повышение только АФЛА во фракции IgG без повышения фракции IgM. IgG выявлены у 5 больных перенесших острый инфаркт миокарда и у 4 больных со стабильной стенокардией; примерно одинаковые титры IgG как у пациентов с острым инфарктом миокарда, так и пациентов со стабильной стенокардией.

### **Выводы.**

1. У пациентов с ишемической болезнью сердца в 30% определяется повышенное содержание антител к фосфолипидам;
2. Выявляется повышение только IgG;
3. У пациентов с инфарктом миокарда повышение IgG выявляется несколько чаще, чем у пациентов со стабильной стенокардией.

## Сайфутдинов Р.Р Исследование уровня антител к фосфолипидам у здоровых людей.

ГОУ ДПО КГМА Росздрава, г. Казань

**Актуальность проблемы.** В настоящее время антитела к фосфолипидам (аФЛ) изучаются не только при антифосфолипидном синдроме (АФС), но и их влияние на тромбозы при развитии другой сосудистой патологии. Появились работы по изучению АФС в кардиологии, неврологии, гематологии, нефрологии и гастроэнтерологии. Так же, представляет определенный интерес встречаемость антител к фосфолипидам и у здоровых людей. В основном они изучались в акушерской патологии и касались волчаночного антикоагулянта (ВА) и антител к кардиолипину (аКЛ). Какова ситуация по встречаемости аФЛ у мужчин? В наше поле зрения попала только одна работа (El-Roeiy A., Gleicher N., 1988), посвященная данной проблеме. Авторы выявили аКЛ у здоровых мужчин во фракциях IgG, IgM и IgA в 1,8%, 1% и 2,2% случаях, соответственно.

**Цель работы.** Оценить наличие и встречаемость антител к фосфолипидам у здоровых мужчин.

**Материалы и методы.** Изучено наличие аФЛ у 30 здоровых мужчин (средний возраст  $53,8 \pm 3,9$  лет). Кровь забирали утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам определяли на иммуноферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуноферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия).

**Результаты.** Выявлено, что в 26,7% случаев определялись аФЛ во фракции IgG в титре  $8,2 \pm 0,7$  нг/мл, а IgM у 16,7% лиц в титре  $6,1 \pm 0,4$  нг/мл. Как видно, аФЛ во фракции IgM встречаются почти в 2 раза реже, чем во фракции IgG. Также нужно отметить, что и титр их ниже.

### Выводы.

1. аФЛ определялись не у всех обследованных;
2. аФЛ во фракции IgM встречаются реже, чем во фракции IgG.

## Севрюкова О.В., Работа отделения функциональной диагностики в условиях гериатрического приема.

Областной гериатрический центр, Иркутск

**Цель работы.** Проанализировать стиль работы ОФД в условиях гериатрического приема, определить его особенности, если таковые окажутся. Можно предположить, что на работу ОФД оказывают влияния такие особенности контингента как, пожилой и старческий возраст пациентов (в связи с этим возникают технические трудности в проведении процедуры обследований и манипуляций); полиморбидность пациентов (по данным стационара ОГЦ у одного пациента выявляется от 7 до 9 заболеваний); выраженность сердечнососудистой, бронхолегочной и нервной патологии со склонностью к частым обострениям.

Анализ деятельности ОФД ОГЦ проводился за период с 2007-2009 гг. В табл. 1 представлена половозрастная структура обследуемого контингента.

Таблица 1

Половозрастной состав пациентов ОФД ОГЦ 2007-2009 гг.

|                | <b>60-74</b> | <b>75 и старше</b> | <b>Всего</b> |
|----------------|--------------|--------------------|--------------|
| <b>Женщины</b> | 4147         | 1705               | 5852         |
| <b>Мужчины</b> | 1749         | 1428               | 3177         |
| <b>Всего</b>   | 5896         | 3133               | 9029         |

Как видно из табл. 1 преобладают лица пожилого возраста (65,3%) и женщины (70,3%), что соответствует половой структуре, как госпитализированных в ОГЦ пациентов, так и демографическим особенностям (соотношение мужчин и женщин по Иркутской области 1:1,72, 2005г.)

Таблице 2

Деятельность ОФД в период с 2007-2009 гг.

| Вид исследований | 2007 г. |        | 2008 г. |        | 2009 г. |        |
|------------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
|                  | Стац.   | Пол-ка | Стац.   | Пол-ка | Стац.   | Пол-ка |
| ЭКГ              | 2100    | 3538   | 2051    | 3949   | 2032    | 3688   |
| ВЭМ              | 1       | 17     | 1       | 14     | 2       | 9      |
| Спирография      | 128     | 87     | 75      | 137    | 94      | 56     |
| ХМ – ЭКГ         | 58      | 128    | 45      | 152    | 86      | 155    |
| СМАД             | 11      | 53     | 7       | 26     | 11      | 39     |
| ЭхоКГ            | 506     | 192    | 426     | 257    | 433     | 248    |
| РЭГ              | 307     | 65     | 174     | 127    | 264     | 109    |
| ЭЭГ              | 102     | 72     | 95      | 80     | 98      | 52     |
| М-эхо            | 39      | 22     | 40      | 17     | 23      | 15     |

Анализ важности и приоритетности каждого из предлагаемых отделением методов функциональной диагностики для пожилых и старых пациентов с целью выявления и дифференциальной диагностики заболеваний, их обострений, подбора терапии и оценки её эффективности привели к следующим выводам:.

Большая часть методов функциональной диагностики адаптирована и с успехом применяется в комплексном обследовании и ведении пациентов пожилого возраста за счёт массовости, относительной простоты проведения исследований, неинвазивности, безвредности для пациентов. В первую очередь это касается такого метода, как **ЭКГ**. Как видно из табл. 2 в годы исследований он являлся наиболее массовым: на 1 стационарного пациента приходится 1,85 ЭКГ. Использование ЭКГ с дополнительными отведениями позволяет более точно отслеживать топическую диагностику и закономерность динамики патологического процесса в миокарде; использование лекарственных проб позволяет проводить дифференциальную диагностику изменений процессов реполяризации миокарда, оценивать проводящую систему сердца, выявлять особенности вегетативной регуляции ССС, устойчивость к психоэмоциональному воздействию. **Пробы с дозированной физической нагрузкой (ДФН)** используются как в оздоровительных целях (для определения толерантности к ФН, определения уровня двигательного режима), так и для диагностики сердечнососудистых заболеваний (с целью установки диагноза, определения ФК ИБС, контроля за эффективностью лечебных мероприятий, подбора лекарственных средств).

Использование **СМАД** имеет ряд преимуществ перед традиционным (клиническим) измерением АД и методом самоконтроля, особенно в условиях гериатрического центра: значительно большее число измерений, возможность получения профиля АД в привычных для



пациента условиях и без контакта с медперсоналом, возможность оценки проводимой терапии, назначение препаратов для адекватной коррекции АД.

**Метод ХМ-ЭКГ** позволяет проводить диагностику заболеваний ССС (ИБС, в т.ч. безболевой ишемии, вариантной стенокардии; нарушений ритма, в т.ч. асимптоматических). Широкое применение в гериатрическом центре данного вида исследования (в т.ч. и за счёт его бесплатности для пациентов старше 60 лет, поступивших в стационар и наблюдающихся амбулаторно) дало возможность своевременно выявлять дисфункции синусового узла, СССУ и другие нарушения ритма и проводимости, требующие хирургического вмешательства. В центре наблюдается более 60 пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами. Неврологическим больным широко используется в диагностическом плане **РЭГ, М-ЭХО, Электроэнцефалография (ЭЭГ)** – метод регистрации биоэлектрической активности головного мозга, который позволяет оценить функциональное состояние центральной нервной системы, выявить признаки очаговой патологии, эпилептиформную активность и оценить некоторые интегративные показатели в сравнении с возрастной нормой. Биоэлектрическая активность головного мозга является информативным показателем местных и общих патологических и физиологических перестроек функционального состояния и уровня метаболических и гемодинамических процессов в центральной нервной системе. Биоэлектрическая активность мозга при старении выражается замедлением основных ритмов ЭЭГ и перераспределение их пространственной топографии. У лиц старше 60 лет (без клинических признаков патологических отклонений в деятельности нервной системы) наблюдается замедление частоты ритмов, гиперсynchronизация альфа-ритма с появлением веретенообразных волн, возрастание числа медленных волн и некоторое снижение реактивности электроэнцефалограммы. Снижение частоты ритмов ЭЭГ, после 70 лет связано с общим снижением уровня функциональной активности центральной нервной системы. Таким образом, среди возрастных изменений ЭЭГ наиболее стабильным является замедление частоты альфа-ритма и усиление медленной активности. Первое обычно связывают с нарушением метаболических процессов, а второе — с гемодинамическими изменениями. Данные ЭЭГ позволяют уже до появления клинических симптомов проводить мероприятия по профилактики старческой деменции.

**Эхокардиография (ЭхоКГ)** один из наиболее информативных методов диагностики заболеваний сердца и сосудов. Визуализация и количественная оценка степени изменений клапанного аппарата, определение размеров камер сердца и толщины миокарда желудочков, диагностика острого инфаркта миокарда и хронических форм ИБС, количественная оценка систолической и диастолической функций левого и правого желудочков, определение давления в легочной артерии, диагностика заболеваний перикарда и наличия внутрисердечных образований, характеристика кровотока в крупных сосудах – вот далеко неполный перечень возможностей современного ультразвукового исследования сердца и сосудов. Метод активно используется в гериатрии для профилактических мероприятий по развитию ХСН.

**Спирография (СГ)**- графическая регистрация изменений объема легких во время дыхания. Метод, позволяющий получить информацию об изменениях объема легких во времени. Болезни органов дыхания занимают 3 место в структуре пролеченных больных в стационаре ОГЦ за отчетный период. При анализе данных потребность в проведении спирографии составляет 19-20 исследований на 100 больных, основные показания для нее - уточнение причины бронхообструктивного синдрома, исключение рестриктивных изменений и оценка эффективности лечения.

Анализируя деятельность ОФД, можно проследить следующее: и стационарные, и поликлинические показатели (ЭКГ, ЭхоКГ) незначительно варьирует без тенденции к какой-либо динамике. Данные исследования, согласно медицинских стандартов проводятся у 100 % пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями. Стабильны показатели в отношении ЭЭГ, М-эхо, ВЭМ, СМАД, РЭГ. Это объясняется рационально налаженной в поликлинике работе с диспансерными пациентами и адекватным планированием графика проведения исследований в соответствии с формализованными протоколами медицинских стандар-

тов. Увеличение количества спирометрий в 2007-2008 гг. обусловлено рамками реализации областных и муниципальных программ по профилактике и лечению БА и ХОБЛ.

Как видно из результатов исследования: спрос на услуги ОФД остается высоким, требуются все исследования, так как пациенты ОГЦ отличаются полиморбидностью, со склонностью к частым обострениям. Одной из особенностей работы ОФД в условиях гериатрического приема является то, что, регламентированные приказом №283 МЗ РФ от 30.11.93 г., 10 минут за 1 условную единицу рабочего времени, для проведения многих исследований пожилым пациентам на практике оказываются недостаточными и реальные затраты времени значительно выше.

## **Тарнуев В.А., Есаулова И.Н. Лечение больных бронхиальной астмой методами восточной медицины**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Бурятский филиал

Нами проведено сравнительное изучение эффективности различных вариантов сочетания методов восточной и современной медикаментозной терапий. В исследование включены 150 больных с диагнозами атопическая бронхиальная астма и эндогенная неаллергическая бронхиальная астма, которые разделены на 5 групп по 30 человек. В каждой группе было 15 больных с аллергической и 15 больных с неаллергической формой бронхиальной астмы.

Больным первой группы в комплекс фармакотерапии были включены традиционные фитосборы, составленные по рекомендациям тибетской медицины. Больным второй группы на фоне фармакотерапии ежедневно проводилась акупунктура. Больным третьей группы на фоне фармакотерапии в 1 и 10 дни курса проведено две процедуры баночного кровопускания. Больным четвертой группы был назначен весь комплекс изучаемых традиционных методов (фитосборы ежедневно, баночные кровопускания в 1 и 10 дни курса, акупунктура – в остальные дни).

Получаемые результаты контрольных исследований первых четырех групп сравнили с показателями пятой группы больных, которым с первого дня курса дозы антиастматических препаратов назначили в соответствии с рекомендациями «Международного консенсуса пульмонологов».

При анализе полученных данных было выявлено, что к концу курса лечения во всех группах получены практически одинаковая достоверная положительная динамика основных показателей в качестве жизни больных.

Увеличение бронхиальной проходимости за курс лечения по приросту среднего показателя ОФВ1 во всех группах было более 15%. Средняя величина ОФВ1 по окончании курса лечения в 1, 4 и 5 группах было более 80 %.

Анализ динамики суточных доз лекарственных препаратов показал, что относительно величины до начала лечения среднесуточной дозы «Беротека» во всех группах были снижены более, чем 80%. Дозы эуфиллина после курса лечения снижены в 1, 3 и 4 группах более, чем 70 %, во 2 группе более, чем на 30% и в 5 - на 50 %.

Дозы преднизолона в 1 группе, получавшей фитосборы, у больных аллергической и неаллергической астмой увеличены в среднем на 12 и 20 % соответственно, в 5 группе, получавшей только фармакотерапию, увеличены на 75% и 142% соответственно, во 2 группе, где применялась акупунктура снижены в среднем на 38% и 50%, в 3 группе, где проводилось кровопускание, снижены в среднем на 83% и 61%, а при применении всего комплекса традиционных методов снижены на 38% и 71%.

Во всех группах лечение было наиболее эффективным, когда кортизол в крови до начала лечения был равен или приближался к средним значениям у здоровых людей, по мере снижения исходного кортизола наблюдалось снижение эффективности лечения. При сниже-

нии значения кортизола ниже 190 нмоль/л. лечение акупунктурой и кровопусканием было не эффективно.

При курсовом лечении бронхиальной астмы средней тяжести акупунктура была эффективна у 23,33% больных, баночное кровопускание – у 33,33% больных, комплекс тибетские фитосборы + акупунктура + кровопускание – у 43,33% больных, включенных в исследование. Следовательно, комплексное лечение указанными методами является наиболее эффективным при лечении данной категории больных.

## **Шаманова Н.В., Зоркальцева Е.Ю. Эффективность лечения больных туберкулёзом с различными типами течения шизофрении**

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Наибольший уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него отмечается у социально-дезадаптированных групп населения, в том числе имеющих психические отклонения различной степени выраженности (Рогачева М.Г., 2002). Среди психически больных людей туберкулёз встречается чаще, чем в общей популяции (Амлаев К.Р., Баронова О.Д., 2008). Сочетание этих двух тяжёлых и социально значимых страданий ведет к формированию хронических, распространённых форм туберкулёза, утяжелению течения психического заболевания (Галынина Е.Ю., 2006; Зубова Е.Ю., Яицкий Ю.А., 2007).

Наиболее часто среди психических заболеваний у больных туберкулёзом встречается шизофрения (Колотилин Г.Ф., Галынина Е.Ю., 2003; Эйсмонт Н.В., 2002; Юдина И.Э., 2000). Доля её среди другой психической патологии у больных туберкулезом составляет от 48% до 60% (Борзенко А.С., Зубова Е.Ю., Яицкий Ю.А., 2007; Негай А.П., 2003). Смертность от туберкулёза среди больных шизофренией существенно превышает таковую у остального населения.

В Иркутской области в 2006 году было зарегистрировано 3090,0 психических заболеваний на 100 тыс. населения, из них 447,8 случаев шизофрении (Линчук А.Д., 2005). В структуре психиатрического коечного фонда в Иркутской области 160 коек предназначено для психических больных с сопутствующим туберкулёзом, что составляет 4,02% от всего коечного фонда.

Следовательно, проблема туберкулёза у психических больных актуальна, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации в Иркутской области необходимо совершенствование диспансерного наблюдения и лечения больных сочетанной патологией, в том числе больных шизофренией и туберкулезом.

**Цель исследования.** Изучить взаимное влияние туберкулёза и шизофрении, особенности течения и эффективность лечения туберкулёза в зависимости от формы течения шизофрении.

**Материалы и методы.** Проведено исследование больных с сочетанием туберкулёза и шизофрении, находившихся на лечении в психо-туберкулезных отделениях Иркутской областной психиатрической больницы №3 в 2007-2008 гг. Большинство из них страдало параноидной формой шизофрении - 96 человек (85,7%); другими формами шизофрении – 16 (14,3%). Больные с параноидной шизофренией были разделены на две группы, в зависимости от типа течения шизофрении. Первая группа - 63 пациента (65,6%) с непрерывнотекущей параноидной шизофренией (т.е. более тяжёлое течение шизофрении, при котором отсутствуют периоды ремиссии); вторая группа - 33 (34,4%) с приступообразно-прогредиентным типом течения (т.е. приступы заболевания возникают периодически, между приступами больные находятся в состоянии неполной ремиссии).

Больные получали лечение по I и IIa режиму химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, этамбутол в стандартных дозировках, в соответствии с режимами). Препараты были произведены ОАО «Фармасинтез».

Проведено сравнение клинических проявлений туберкулёзного процесса у этих двух групп пациентов. Все больные были анкетированы с помощью специально разработанной

анкеты, обследованы с помощью общеклинических, микробиологических и рентгеномографических методов исследования.

По длительности течения шизофрении на момент выявления туберкулёза, больные распределялись следующим образом. Для пациентов первой группы характерно выявление туберкулёза на фоне длительно текущей и более прогрессивной шизофрении (более 10 лет). Среди пациентов данной группы выше удельных вес лиц пожилого возраста ( $P < 0,05$ ), указанная тенденция наиболее характерна для женщин. Для пациентов второй группы – меньшая длительность течения шизофрении, предшествующая заболеванию туберкулёзом и выявление его до манифестного начала психического заболевания.

В первой группе туберкулёз был выявлен при профилактическом осмотре у 50 (79,4%) больных, при обращении с соответствующими жалобами у 13 (20,6%). Бессимптомное начало туберкулёза отмечено у 35 (55,6%), острое у 9 (14,3%), подострое у 19 (30,1%).

Во второй группе туберкулёз был выявлен при профилактическом осмотре у 25 (81,8%) больных, при обращении с жалобами у 6 (18,2%). Бессимптомное начало туберкулёза у 13 (39,4%), острое у 6 (18,2%), подострое у 14 (42,4%).

Пациенты первой группы чаще поступали с рецидивами и реже с вновь выявленным туберкулёзом, чем больные второй группы (54,0% и 66,7% соответственно), что отражает отрицательное влияние непрерывнотекущей шизофрении на течение туберкулезной инфекции.

Из таблицы 2 видно, что в клинической структуре туберкулёза в двух клинических группах нет статистически достоверных различий, преобладающей клинической формой в обеих группах был инфильтративный туберкулез легких.

У подавляющего большинства пациентов обеих групп длительность основного курса противотуберкулёзной химиотерапии составила 12 месяцев, продление основного курса химиотерапии определялось динамикой процесса.

Таблица 2

Характеристика туберкулезного процесса у больных с разными типами шизофрении

| Клинические формы туберкулёза | Больные туберкулёзом лёгких и параноидной шизофренией |                                       |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|
|                               | Непрерывнотекущая<br>N=63                             | Приступообразно-прогрессивная<br>N=33 |
| Очаговый                      | 12,7%   | 18,2%                                 |
| Инфильтративный               | 82,5%   | 75,8%                                 |
| Фиброзно-кавернозный          | 3,2%  | 6,0%                                  |
| Туберкулезный плеврит         | 1,6%  | -                                     |
| <b>Наличие распада</b>        | 52,4%   | 63,6%                                 |
| <b>Бактериовыделение</b>      | 17,5%   | 18,2%                                 |

Для оценки эффективности лечения туберкулёза были взяты только больные с вновь выявленным туберкулёзом лёгких: 34 пациента первой группы и 22 пациента второй группы.

В первой группе в течение первого года противотуберкулёзного лечения значительной положительной динамики удалось достичь у 22 (64,7%) пациентов, из них в III группу диспансерного учёта переведены 5 (14,7%) человек.

Незначительная положительная динамика была достигнута у 11 (32,4%) больных, у 1 (2,9%) больного динамика была отрицательная.

Полости распада закрылись у 6 (35,3%) пациентов с деструкцией лёгочной ткани, бактериовыделение прекратилось у 2 (40%) бактериовыделителей.

При дальнейшем наблюдении у 7 пациентов (20,6%) на фоне лечения отмечались периодические улучшения и обострения туберкулезного процесса (в процессе лечения один

пациент стал выделять МБТ при ранее отрицательных посевах, у двоих сформировался фибринозно-кавернозный туберкулёз).

Во второй группе в течение первого года значительной положительной динамики под действием лечения удалось достичь у 18 (81,8%) больных, из них в III группу диспансерного учёта переведены 3 (13,6%) человека.

Незначительная положительная динамика достигнута только у 2 (12,1%) больных, у 1 (4,55%) больного была отрицательная динамика. Один (3%) больной умер вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Полости распада закрылись у 5 (33,3%) пациентов с деструкцией лёгочной ткани, бактериовыделение прекратилось у всех бактериовыделителей.

При дальнейшем наблюдении только у 1 (4,5%) пациента на фоне лечения наблюдалось обострение туберкулёза лёгких.

Побочные реакции на химиопрепараты выявлены в 4 (6,5%) случаев в первой группе, и в 6 (18,8%) случаев во второй группе. Побочные реакции носили устранимый характер, не привели к длительной отмене препаратов, лечение было продолжено на фоне гастропротекторов, гепатопротекторов, десенсибилизирующей терапии по показаниям.

Таким образом, в результате проведения основного курса химиотерапии препаратами основного ряда (I и IIa режимы химиотерапии) у 71,4% больных туберкулезом в сочетании с шизофренией удастся достичь выраженной положительной динамики, несмотря на отрицательное влияние психического заболевания.

У пациентов 1 группы выраженной положительной динамики удастся добиться в меньшем числе случаев, чем у больных 2 группы (67,6% и 81,8% соответственно). По окончании первого года диспансерного наблюдения в III группу переводится 13,6 – 14,7% больных. В 1 группе значительно чаще, чем во 2 группе, наблюдается торпидное течение туберкулёза ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы:**

1. Для пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией характерно выявление туберкулёза на фоне длительно текущей и более прогрессивной шизофрении (более 10 лет). Для пациентов с приступообразно-прогрессивной шизофренией – меньшая длительность течения шизофрении, предшествующая заболеванию туберкулезом и выявление его до манифестного начала психического заболевания.
2. Бессимптомное начало туберкулёза характерно в основном для пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией, острое и подострое – для пациентов с приступообразно-прогрессивной шизофренией.
3. Пациенты с непрерывнотекущей параноидной шизофренией чаще поступают с рецидивами туберкулёза, чем больные с приступообразно-прогрессивным течением эндогенного психического заболевания.
4. В результате проведения основного курса химиотерапии препаратами основного ряда в соответствии с I и IIa режимами химиотерапии у 71,4% больных туберкулезом в сочетании с шизофренией удастся достичь выраженной положительной динамики, несмотря на отрицательное влияние психического заболевания.