

**Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования**
Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению
администрации г. Иркутска
Иркутский областной гериатрический центр
Госпиталь ветеранов войн

Практическая гериатрия



Иркутск
16 февраля 2012 года

УДК 573.7.017.6

ББК 52.5

Б43

Практическая гериатрия: материалы III конференции, 16 февраля 2012 года, Иркутск / под ред. Ф.И.Белялова, В.Г.Пустозерова. Иркутск, 2012. 100 с.

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

УДК 573.7.017.6

ББК 52.5

© ИГМАПО, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ.....	6
Абрамович С.Г., Машанская А.В. Типологические особенности показателей микроциркуляции у здоровых людей и больных артериальной гипертонией.	6
Абрамович С.Г. Физиотерапия в кардиологии: проблемы и перспективы.....	8
Бараш Л.И., Машанская А.В., Абрамович С.Г., Мелешко Т.И. Суточное мониторирование артериального давления у больных артериальной гипертонией под влиянием лечения электростатическим вибромассажем	9
Бараш Л.И., Машанская А.В., Абрамович С.Г., Мелешко Т.И. Гемодинамические эффекты лечения артериальной гипертонии электростатическим вибромассажем.....	12
Власова И.А., Крючкова С.М., Бугрякова Н.М. Функциональное состояние организма пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца по результатам теста с 6–минутной ходьбой	14
Гурьева П.В., Гурьев В.А., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Тетерина Л.Р. Характеристика типов личности среди пациентов с хронической сосудистой патологией головного мозга.....	15
Донирова О.С., Дониров Б.А., Гылыков Л.Э. Факторы сердечно–сосудистого риска у пожилых больных, перенесших операции коронарного шунтирования	18
Донирова О.С., Дониров Б.А., Исаева Т.А. Когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста: взгляд кардиолога	21
Игнатьева Т.Г., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Психологические особенности личности больных, перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе реабилитации.	26
Кришнапрасад Башьял, Соловьева А.В. К вопросу о клинико–функциональных особенностях констриктивного перикардита.....	27
Левина Т.В., Краснова Ю.Н. Табакокурение и функциональные параметры сердечно–сосудистой системы.....	29
Машанская А.В., Абрамович С.Г., Денисенко Н.В., Зубрей С.А., Плужников А.В. Качество жизни здоровых людей и показатели суточного мониторирования артериального давления у больных артериальной гипертонией под влиянием пелоидотерапии.....	29
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	31
Алексеева С. И., Жданова С. Н. Туберкулез легких у лиц старше 50 лет, пораженных микобактериями различных генотипов	31
Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Клинико–рентгенологические особенности пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста.	35
Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Особенности лучевой диагностики в гериатрической практике.	37
Борисенко Г.Н. К методике лечения хронических синуситов у лиц пожилого и старческого возраста	38

Борисенко Г.Н. Особенности возрастных изменений функционального состояния слизистой оболочки носа и влияние на нее психотропных препаратов.....	39
Горшкова И.Ю., Пугачева С.В., Зоркальцева Е.Ю. Современные особенности туберкулеза у детей в Иркутской области.....	40
Краснова Ю.Н., Михалевич И.М. Значение клинических симптомов и данных анамнеза при диагностике хронической обструктивной болезни легких.....	45
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	45
Агапитова С.Т. Гидроколлотерапия.....	45
Борисенко С.М., Егорова Л. С., Гурьева П.В., Тетерина Л. Р. Диетические рекомендации для пациентов с ГЭРБ пожилого и старческого возраста.	47
Онучина Е.И. , Брикова С.И., Романенко Н.Д., Бродач Л.Н. Оптимальная симптоматическая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых.....	49
Радаева Е.В., Чистякова М.В., Суворова Т.В. Нарушения и вариабельность ритма сердца у больных хроническим вирусным гепатитом по данным суточного мониторирования ЭКГ.	53
БОЛЕЗНИ ОПОРНО–ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	54
Агапитова С.Т. Комплексное лечение болей в спине у пожилых больных.....	54
Зырянова Н.Ю., Особенности течения и лечения остеоартроза коленных суставов у пациентов областного гериатрического центра.....	55
Хитров Н.А. Поражение мягких параартикулярных тканей плеча – диагностика и лечение.	57
Хитров Н.А. Полиморфизм боли при остеоартрозе, купирование болевого синдрома.....	62
БОЛЕЗНИ ЗУБОВ, ПОЛОСТИ РТА И ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ..	67
Алекаева Л.Н., Коляда О.П., Ермакова Т.С. Восстановление контактного пункта зубов с помощью системы секционных матриц Palodent у лиц старших возрастных групп.....	67
Алекаева Л.Н., Григорьева Л.Н., Профилактика в стоматологии. Галитоз: устраняем запах изо рта.....	68
Пустозерова О.В, Алексеева Е А., Пустозеров В.Г. Особенности стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста.	70
Саблина Г.И., Соболева Н.Н., Татарина Е.Н. Состояние пародонта при утрате жевательной группы зубов.	72
Соболева Н.Н., Саблина Г.И., Татарина Е.Н. Проблемы восстановления жевательной функции у лиц пожилого возраста.	73
БОЛЕЗНИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ	74
Бутырин О.М., Особенности ультразвукового гинекологического исследования у пациенток пожилого и старческого возраста.	74
Зими́на Т. М. Исследование гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста в г. Иркутске.	75
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	77

Власова И.А. Количественная оценка функционального состояния организма в пожилом возрасте.....	77
Власова И.А., Губин Г.И. Экономический анализ сохранения трудоспособности пожилых лиц.....	79
Власова И.А. Скорость старения людей старшего поколения.....	80
Егорова Л.С., Пустозеров В.Г., Борисенко С.М., Гурьева П.В., Тетерина Л.Р. Гериатрический оценка пациента по материалам стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска.....	81
Зайцева О.И., Капустенская Ж.И., Дворяшина Е.М. Особенности клеточного звена регуляции у лиц, находящихся в посттрудовом периоде.....	83
Пустозеров В.Г., Зырянова Н.Ю. Совершенствование гериатрической службы Иркутской области.....	85
Пустозеров В.Г. Профилактики преждевременного старения и возрастной патологии.....	86
Платицина В.В. Десять лет оздоровительным группам в областном гериатрическом центре.....	91
Саютина С.Б., Максимов О.Г. Проблемы стартовой дофаминергической терапии при дебюте болезни Паркинсона в пожилом возрасте.....	93
Саютина С.Б., Блохина И.А. Особенности клинического течения болезни Паркинсона при позднем ее дебюте.....	94
Тетерина Л.Р., Борисенко С.М., Егорова Л.С., Гурьева П.В. Питание- составной фактор долголетия.....	95
Холмогоров Н.А., Абрамович С.Г. Опыт применения «сухих» углекислых ванн на Иркутском курорте «Ангара» у больных пожилого возраста.....	99
ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ.....	100

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Абрамович С.Г., Машанская А.В. Типологические особенности показателей микроциркуляции у здоровых людей и больных артериальной гипертонией.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Целью данной работы явилось изучение типологических особенностей микроциркуляции (МЦ) у здоровых людей и больных артериальной гипертонией (АГ) методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Методы исследования. Всего обследовано 60 человек, которых мы разделили на 2 группы. Первая (основная) группа была представлена 32 больными эссенциальной АГ 2-ой стадии и 2-ой степени (18 женщин и 14 мужчин) с высоким риском развития осложнений в возрасте от 23 до 69 лет, средний возраст $55,7 \pm 2,9$ года. Длительность заболевания колебалась от 4 до 22 лет. Во вторую группу (сравнения) были включены 28 здоровых людей в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $51,2 \pm 3,3$ года).

Для изучения МЦ использовался метод ЛДФ с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-02». Оценивали следующие показатели МЦ: среднеарифметическое значение показателя МЦ (М, перф. ед.); средние колебания перфузии (СКО, перф. ед.); коэффициент вариации (Кв, %). Анализ амплитудно-частотного спектра (АЧС) колебаний кожного кровотока производился на основе использования математического аппарата Фурье-преобразования и специальной компьютерной программы цифровой фильтрации регистрируемого ЛДФ-сигнала. Изучались следующие показатели амплитудно-частотного спектра: очень низкочастотные (эндотелиальные, VLF), низкочастотные (вазомоторные, LF), высокочастотные (дыхательные, HF1 и HF2) и пульсовые (кардиальные, CF1 и CF2) колебания кожного кровотока. Рассчитывался индекс эффективности МЦ (ИЭМ) – интегральный показатель, характеризующий соотношение механизмов активной и пассивной модуляции кровотока.

Статистическую обработку результатов проводили путём вычисления среднего значения исследуемых величин (М), средней ошибки (m) для каждого показателя. Оценка достоверности различий между данными, полученными в исследуемых группах, проводилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. Полученные данные показали, что показатели перфузии М, СКО и Кв имели значительный разброс в обеих группах, что связано с индивидуальными особенностями МЦ русла. Это послужило основанием для проведения анализа тканевого кровотока с учётом характерных гемодинамических типов МЦ, которые выявляются не только у больных, но и у здоровых. Было выделено 3 типа ЛДФ-грамм с различным характером колебаний. Первый тип характеризовался высокоамплитудными аperiodическими колебаниями: СКО и Кв были максимальными. К этому типу относилось 28,6 % обследованных здо-

ровых лиц и только 12,5 % больных АГ. Второй вариант ЛДФ–грамм характеризовался монотонным характером колебаний кожного кровотока с низкой перфузией и сниженными показателями СКО и Кв. К этому типу были отнесены большинство обследованных: 42,8 % здоровых (показатель перфузии в среднем $2,5 \pm 0,2$ перф. ед.) испытуемых и 68,7 % больных АГ (показатель перфузии в среднем $2,6 \pm 0,3$ перф. ед.). Третий тип МЦ характеризовался монотонным характером колебаний кожного кровотока с высокой перфузией, но низкими значениями СКО и Кв. Он был обнаружен у больных АГ в 18,8 % случаев (показатель перфузии в среднем $6,3 \pm 0,5$ перф. ед.), а в группе сравнения в 28,6 % случаев (показатель перфузии в среднем $5,8 \pm 0,4$ перф. ед.).

Апериодическая ЛДФ–грамма у здоровых людей характеризовалась нормальными значениями перфузии, но высокими значениями флакса $1,2 \pm 0,09$ перф. ед., отображающего активность колебательных процессов, и Кв $24,4 \pm 3,0$ %, характеризующего преимущественный вклад активных механизмов модуляции микрокровотока. Данный тип можно характеризовать высокой сбалансированностью регуляторных механизмов. Это подтверждается высоким значением ИЭМ, который составил в данной группе $2,6 \pm 0,3$. Апериодическая ЛДФ–грамма среди больных АГ была обнаружена на 16,1 % реже, чем у здоровых людей, но ей были свойственны все вышеназванные особенности кровотока, присущие здоровым людям с подобным типом МЦ.

Второй тип ЛДФ–граммы у здоровых людей характеризовался снижением перфузии ($2,5 \pm 0,2$ перф. ед.) и монотонным характером колебаний, что подтверждается уменьшением СКО ($0,4 \pm 0,08$ перф. ед.) и Кв, который у испытуемых данного типа составил $13,7 \pm 2,2$ %. Спектральные характеристики для данного типа в группе сравнения отличались самым высоким значением вклада очень низкочастотных колебаний ($1,8 \pm 0,3$ перф. ед.), что на 20,0 % больше, чем VLF–компонент у испытуемых с аperiодическим типом, и на 28,6 % больше, чем у обследованных с монотонным типом с высокой перфузией. Умеренный вклад вазомоторного и дыхательного компонентов свидетельствует о преобладании симпатических влияний, что приводит к некоторой констрикции микрососудов, а увеличение жёсткости сосудистой стенки обуславливает низкие показатели флакса и Кв, что, вероятно, и является причиной невысокой перфузии. В отличие от здоровых людей, больные АГ с монотонным типом ЛДФ–граммы с низкой перфузией составили большинство среди обследованных пациентов (68,7 %). У них, в отличие от представителей группы сравнения с аналогичным вариантом ЛДФ–граммы, существенно ниже оказались: амплитуда VLF (на 55,6 %, $p < 0,01$), LF (на 42,8 %, $p < 0,05$). В то же время у них наблюдалось снижение амплитуды дыхательной волны (HF2) на 50,0 % ($p < 0,05$) и более высокие значения CF2 ($p < 0,05$) и особенно CF1 ($p < 0,001$). Это обусловило значительное снижение ИЭМ ($1,5 \pm 0,2$), что на 28,6 % меньше ($p < 0,05$), чем у здоровых. Такое перераспределение характеристик АЧС у больных АГ свидетельствует об отсутствии адекватной перфузии тканей за счёт снижения эластичности сосудистой стенки, повышения периферического сосу-

дистого сопротивления при отсутствии нарушений оттока крови из МЦ русла. Данный тип ЛДФ–граммы характеризуется увеличением сосудистого тонуса и соответствует спастическому, типу микрогемодинамики.

Третий тип ЛДФ–граммы у здоровых людей характеризовался высокой перфузией $5,8 \pm 0,4$ перф. ед., показатель которой был в среднем в 2 раза выше, чем у испытуемых двух предыдущих групп и монотонными флаксмоциями, обуславливающими относительно низкий уровень флакса ($0,5 \pm 0,08$ перф. ед.) и незначительные колебания K_v ($19,1 \pm 2,0$ %). Значительный вклад пульсовых амплитудных значений в структуре ритмических колебаний, на фоне высокого значения эндотелиального компонента в общей мощности спектра свидетельствует о повышенном притоке периферической крови, что обуславливает как повышенный приток со стороны артериол, так и несколько затруднённый отток со стороны венул. Монотонная ЛДФ–грамма с высокой перфузией среди больных АГ была обнаружена на 9,8 % реже, чем в группе сравнения, но ей были свойственны все вышеназванные особенности кровотока, присущие здоровым людям с подобным типом МЦ. Исключение составило умеренное снижение вклада очень низкочастотного эндотелиального (на 12,5 %) и дыхательных ритмов (HF1 на 37,5 %, $p < 0,05$; HF2 на 75,0 %, $p < 0,02$). Такое перераспределение характеристик АЧС у больных АГ свидетельствует о сбалансированности активных и пассивных колебаний на модуляцию тканевого кровотока. Это обусловило достаточно высокое значение ИЭМ ($2,0 \pm 0,5$), сопоставимое со здоровыми испытуемыми при аналогичном варианте ЛДФ–граммы.

Заключение. Таким образом, с помощью метода ЛДФ можно определить тип тканевого микрокровотока, что позволяет осуществлять поиск наиболее адекватных способов коррекции микроциркуляторных нарушений. У здоровых людей наиболее сбалансированным следует считать аperiодический тип ЛДФ–граммы. У большинства больных АГ при ЛДФ наблюдается монотонный характер колебаний с низкими показателями перфузии, что свидетельствует о повышенном тонусе резистивных микрососудов, значительной активности симпатических адренергических волокон, снижении вазомоторной активности микрососудов, соответствующий спастическому типу микрогемодинамики.

Абрамович С.Г. Физиотерапия в кардиологии: проблемы и перспективы
Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

В настоящее время применение физиотерапии в кардиологии ограничивается отсутствием классификации природных и преформированных физических факторов на основе их влияния на ключевые патогенетические звенья сердечно–сосудистых заболеваний. В практическом здравоохранении нашла положительный отклик первая попытка формирования синдромно–патогенетической классификации физических методов лечения. Её позитивное значение для клинической физиотерапии очевидно, однако необходимо подчеркнуть, что любая

классификация должна рассматриваться как рабочий инструмент для правильного использования физических методов и обязательно должна динамично развиваться за счёт появления новых знаний о механизмах их действия.

В лечении артериальной гипертонии мы используем разработанную нами классификацию физических методов, с помощью которой практический врач имеет возможность выбрать наиболее адекватную в конкретной клинической ситуации методику с учётом состояния центральной гемодинамики, диастолической функции миокарда, гуморального статуса регуляции артериального давления, почечной гемодинамики, микроциркуляции и мозгового кровообращения. Выбор метода физиотерапии при ишемической болезни сердца определяется его возможностью уменьшить потребности миокарда в кислороде за счёт урежения сердечного ритма; снизить периферическое сосудистое сопротивление и напряжение стенки сердца (преднагрузку и постнагрузку); оказать влияние на центральную гемодинамику в виде тренирующего действия на сердечно – сосудистую систему; нормализовать коронарное кровообращение через механизмы стимуляции микроциркуляции, аэробных энергетических процессов и антиоксидантных систем.

Именно такой подход в назначении методов физиотерапии позволит более рационально и эффективно использовать в практической кардиологии богатый арсенал природных и преформированных лечебных физических факторов. В настоящее время клиницисты отводят лечебным физическим факторам роль вспомогательных средств терапии артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. С этим трудно согласиться, так как в последние годы появились высокоэффективные методы физиотерапии и доказательства о реальных возможностях их влияния на патогенетические механизмы данной патологии.

Сегодня медикаментозное лечение современными средствами – наиболее эффективный путь вторичной профилактики осложнений и снижения смертности населения от сердечно – сосудистых заболеваний, однако, одна лекарственная терапия не должна брать на себя ответственность в решении всего спектра сложных задач. Природные и преформированные физические факторы при комплексном их использовании могут усилить действие лекарственной терапии, создать более благоприятный фон, а при решении профилактических и реабилитационных задач приобрести самостоятельное значение.

Бараш Л.И., Машанская А.В., Абрамович С.Г., Мелешко Т.И.
Суточное мониторирование артериального давления у больных
артериальной гипертонией под влиянием лечения электростатическим
вибромассажем

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

Артериальная гипертония (АГ) является одной из главных причин инвалидности и летальности лиц трудоспособного возраста, что придаёт проблеме

не только медицинское, но и социальное значение. Несмотря на успехи в лечении этого заболевания, риск развития тяжёлых осложнений остаётся достаточно высоким. В связи с этим, разработка эффективных мероприятий по лечению и вторичной профилактике АГ является актуальной задачей современной кардиологии и физиотерапии.

В лечении АГ необходимо внедрение новых медицинских технологий, дефицит которых в практическом здравоохранении ощущается достаточно остро. К таковым можно отнести физиотерапевтический аппарат «НIVAMAT–200» фирмы Physiomed Electromedizin AG (Германия), который позволяет проводить электростатический вибромассаж пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем (ПНДПЭП).

Известно, что измерение артериального давления (АД) при АГ не отличается большой точностью. В клинической практике суточное мониторирование артериального давления (СМАД) чаще используется в диагностических целях, а также для оптимизации медикаментозной терапии. Исследования по мониторингу АД у больных АГ в динамике лечения физическими факторами немногочисленны.

Целью нашего исследования было изучение у больных АГ динамики показателей, характеризующих суточный профиль АД, при лечении пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем.

Методы исследования. Обследовано 52 больных в возрасте от 32 до 65 лет, которых разделили на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, основным клиническим проявлениям заболевания и структуре сопутствующей патологии. У них была определена АГ 2 стадии с высокой степенью риска развития осложнений.

В первую группу вошли 30 больных, в лечении которых применялось ПНДПЭП. Курсовое лечение состояло из 10 ежедневных процедур продолжительностью 12 минут. Применялась частота 100 Гц, интенсивность 50%, режим 1:2. Описание процедуры: врач руками, облачёнными в специальные виниловые перчатки, выполняет в области «воротниковой» зоны медленные движения в направлении массажных линий по приёмам поглаживания, растирания и лёгкого разминания.

Вторая группа состояла из 22 больных, которым физиотерапия не была назначена. Все больные получали равноценное медикаментозное лечение.

Комплекс обследования включал изучение СМАД в начале и в конце пребывания больного в стационаре с помощью портативного аппарата «Кардиотехника–4000» с интервалами измерения АД в дневное время (с 7⁰⁰ до 23⁰⁰) – 30 минут и в ночное время (с 23⁰⁰ до 7⁰⁰) – 60 минут. Мониторирование начиналось в 7⁰⁰ и продолжалось 24 часа. Регистрация АД осуществлялась по общепринятой методике. Анализировали следующие параметры: средние показатели систолического и диастолического АД (мм рт. ст.) за день (САД_д, ДАД_д), ночь (САД_н, ДАД_н) и сутки (САД_с, ДАД_с);

степень ночного снижения систолического (СНСАД_с) и диастолического (СНСАД_д) АД, рассчитываемая по следующей формуле: $\text{СНСАД (\%)} = (\text{АД}_{\text{день}} - \text{АД}_{\text{ночь}} / \text{АД}_{\text{день}}) \cdot 100\%$, где АД_{день} и АД_{ночь} – средние величины систолического (САД) или диастолического (ДАД) АД за дневной и ночной периоды. На основании величины СНСАД больные были разделены на «найтпикеров» (< 0%), «нон–дипперов» (0–10%), «дипперов» (10–20%) и «гипердипперов» (> 20%). индекс времени систолической (ИВ САД_с) и диастолической (ИВ ДАД_с) гипертензии за сутки (%) – процент измерений АД, превышающий 140 и 90 мм рт.ст. в период бодрствования и процент измерений АД выше 120 и 80 мм рт.ст. в период сна.

Статистическую обработку материала проводили с использованием критериев Стьюдента.

Результаты. При анализе данных СМАД больных в исходном состоянии (до лечения) были обнаружены более низкие значения уровня АД, в сравнении с однократными его измерениями на приёмах у врача и данными анамнеза. У большинства обследованных (55,0 %) имела место монофазная суточная кривая с величиной СНСАД_с и СНСАД_д менее 10%. Это выражалось в преобладании среди больных «нон–дипперов» и «найтпикеров», для которых характерным было недостаточное снижение АД в ночное время. Вышесказанное подтверждают и средние значения показателя степени ночного снижения АД, который для систолического артериального давления составил $6,2 \pm 1,1$ %, а для диастолического – $7,9 \pm 1,3$ %.

Под влиянием комплексного лечения, включающего ПНДПЭП, было обнаружено снижение более чем на 15,0% систолического и диастолического АД в дневное, ночное время, а также в среднем за сутки. В группе сравнения динамика этих показателей оказалась менее значимой и, за исключением САД_д и САД_с, статистически недостоверной.

После лечения у больных первой группы отмечено увеличение СНСАД_с на 33,3% ($p < 0,05$) и СНСАД_д на 31,9% ($p < 0,05$), а также уменьшение ИВ САД_с и ИВ ДАД_с, соответственно, на 15,8% ($p < 0,05$) и 39,3% ($p < 0,02$).

Представляют интерес полученные нами сведения о нормализации суточной кривой АД у больных под влиянием лечения ПНДПЭП. Среди них к концу пребывания в стационаре увеличилось с 20,0% до 50,0% число «дипперов за счёт уменьшения количества пациентов с отсутствием или недостаточным снижением АД в ночное время. В группе сравнения подобных позитивных сдвигов обнаружено не было.

Заключение. Таким образом, можно сделать заключение, что СМАД имеет большое значение для объективизации выводов об эффективности лечебных физических факторов при АГ. Наиболее простым и прогностически важным показателем следует считать степень ночного снижения АД. По нашим данным курсовое комплексное лечение, включающее пульсирующее низкочастотное двухфазное переменное электрическое поле аппарата «НИВАМАТ–200», достоверно увеличивало степень ночного снижения АД у больных АГ и

нормализовало суточный профиль АД по сравнению с традиционной медикаментозной терапией.

Бараш Л.И., Машанская А.В., Абрамович С.Г., Мелешко Т.И.
Гемодинамические эффекты лечения артериальной гипертензии электростатическим вибромассажем

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

Арсенал методов физического лечения артериальной гипертензии (АГ) пополняется постоянно, что ставит перед исследователями задачи по изучению эффективности и механизмов действия новых технологий терапии данного заболевания. К таковым относится электростатический вибромассаж (ЭВМ) пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем (ПНДПЭП).

Целью исследования являлось изучение состояния параметров центральной гемодинамики, адренергической реактивности сосудов (АРС) и микроциркуляции (МЦ) у больных АГ в процессе лечения пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем.

Методы исследования. Обследовано 55 больных АГ 2 стадии с высокой вероятностью риска развития осложнений в возрасте от 30 до 59 лет, находившихся на лечении в дорожной клинической больнице г. Иркутска. Были выделены две группы больных.

В первую группу вошли 30 больных (средний возраст $48,9 \pm 1,2$ лет) в лечении которых применялся ЭВМ «воротниковой» зоны от физиотерапевтического аппарата «НIVAMAT–200» фирмы Physiomed electromedizin AG (Германия). В наших исследованиях курс лечения ПНДПЭП состоял из 10 ежедневных процедур продолжительностью 12 минут. Применялась частота 100 Гц, интенсивность 50%, режим 1:1.

Вторая группа являлась группой сравнения и была представлена 25 больными (средний возраст $47,2 \pm 1,9$ лет), в стационарном лечении которых физиотерапия не назначалась.

Больные обеих групп получали равноценную лекарственную терапию.

Изучение МЦ проводилось биомикроскопией и фотографированием сосудов бульбарной конъюнктивы глаза с помощью оптического блока фотощелевой лампы SL–211 фирмы Karl Zeiss. Подсчитывался общий конъюнктивальный индекс (КИ) и парциальные индексы, отражающие периваскулярные (КИ₁), сосудистые (КИ₂) и внутрисосудистые (КИ₃) изменения.

Изучение реактивности кожных сосудов проводили разработанным С.Г. Абрамовичем и соавт. (2000) гальвано–фармакологическим способом с адреналином гидрохлоридом. Оценивали пробу по продолжительности видимого местного эффекта до полного исчезновения на коже белого пятна в минутах (Р).

Центральную гемодинамику исследовали с помощью доплерэхонографа «Алока 5500». Определялся ударный объём сердца. Оценка диастолической функции левого желудочка производилась по динамике изменений соотношения пиковых скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) и периода изометрического расслабления левого желудочка (ПИР). Остальные параметры центральной гемодинамики рассчитывались по общепринятым формулам. Анализировался такой показатель, как «двойное произведение» – индекс работы сердца (ИРС), который тесно коррелирует с потреблением кислорода миокардом. Достоверность различий показателей определялась по критериям Стьюдента.

Результаты. У больных АГ лечение ЭВМ существенно изменяло МЦ. Об этом свидетельствует положительная динамика конъюнктивных индексов. Так, у представителей первой группы после курортного лечения имело место снижение КИ на 27,4%, КИ₁ – на 40,0%, КИ₂ – на 26,0% ($p < 0,05$) и КИ₃ – на 23,1%. После лечения у больных АГ в группе сравнения изменения оказались статистически недостоверными. Улучшение конечного кровотока у больных АГ происходило за счёт нормализации периваскулярных изменений, морфологических характеристик самих микрососудов – артериол, венул и капилляров и, в меньшей степени, в результате воздействия на внутрисосудистые нарушения МЦ. Наибольшие изменения коснулись таких признаков, как периваскулярный отёк, обнаружение зон запустевания капилляров, уменьшение артериоло-венулярных соотношений, неравномерность калибра микрососудов. Анализ изменений продолжительности спастической реакции кожных сосудов на адреналин при лечении ЭВМ показал его положительное влияние на АРС. Случаев ухудшения АРС в виде нарастания сосудистой гиперреактивности обнаружено не было. У больных АГ первой группы Р до лечения составил $64,1 \pm 3,0$ минуты, после курсового лечения – $54,7 \pm 2,1$ минуты (снижение данного показателя на 14,7%; $p < 0,02$). В группе контроля динамика Р была статистически недостоверной.

Изучение показателей центральной гемодинамики в процессе лечения ЭВМ показало, что в конце курса лечения у больных АГ имел место гипотензивный эффект. У них систолическое, диастолическое и среднегемодинамическое артериальное давление уменьшилось, соответственно, на 5,8% ($p < 0,001$), 8,5% ($p < 0,01$) и 7,1% ($p < 0,001$). Во второй группе имело место незначительное снижение артериального давления. Лечение электростатическим вибромассажем не оказало существенного влияния на удельное периферическое сосудистое сопротивление. Показатели, характеризующие систолическую функцию левого желудочка у больных АГ – ударный объём сердца, ударный индекс, минутный объём крови и сердечный индекс остались без изменений к окончанию физиотерапевтического лечения.

У больных АГ под влиянием ПНДПЭП отмечено снижение частоты сердечных сокращений на 8,1% ($p < 0,05$) и, как следствие, уменьшение ИРС, что свидетельствует о сокращении потребности миокарда в кислороде. После ле-

чения ЭВМ у больных АГ выявлено положительное влияние на диастолическую функцию левого желудочка в виде укорочения ПИР на 11,2% ($p < 0,001$). По окончании лечения ПНДПЭП статистически недостоверным оказалось увеличение Е/А на 9,7%. Не было обнаружено также значительных сдвигов скорости трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения и во время систолы предсердий: увеличение «Е» к концу курса физиотерапии не превысило 5,2% ($p > 0,05$), а снижение «А» составило всего 0,8% ($p > 0,05$).

В результате курсового применения данного лечебного метода отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка. Об этом свидетельствует статистически достоверное снижение периода изометрического расслабления, тенденция к увеличению наполняемости левого желудочка в раннюю диастолу в виде повышения эхо – кардиографической волны «Е» за счёт уменьшения постнагрузки на сердце, что, как известно, способствует улучшению расслабления левого желудочка. В то же время, у данной группы больных не наблюдалось благоприятного влияния лечения на диастолическое соотношение «давление – объём» (отсутствовало снижение пиковой скорости волны «А» позднего наполнения), которое реализуется за счёт уменьшения «преднагрузки» на сердце во время систолы предсердий. Следствием выше обозначенных причин незначительным оказалось и увеличение показателя Е/А. В группе сравнения значительных изменений со стороны показателей диастолической функции сердца обнаружено не было.

Заключение. Таким образом, в лечении АГ может быть использован новый метод физиотерапии: электростатический вибромассаж «воротниковой» зоны ПНДПЭП с помощью аппарата «НИВАМАТ–200». Данный метод лечения является безопасным и эффективным способом немедикаментозной коррекции нарушенной диастолической функции левого желудочка у больных артериальной гипертонией за счёт уменьшения тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, устранения адренергической сосудистой гиперреактивности и нарушений микроциркуляции.

Власова И.А., Крючкова С.М., Бугрякова Н.М. Функциональное состояние организма пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца по результатам теста с 6–минутной ходьбой

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ЗАО «Клинический курорт Ангара», Иркутск

Сердечно–сосудистая патология в старших возрастных группах занимает лидирующее положение в общей структуре заболеваемости населения. В системе ее реабилитации ведущее место принадлежит физическим тренировкам. Для составления полноценной реабилитационной программы важное значение имеют особенности функционального состояния организма, диагностика которых осуществляется в процессе нагрузочных тестирований. Однако, данная процедура достаточно трудоемка и может быть не приемлема для людей пожилого возраста в силу сопутствующих заболеваний или имеющихся противопо-

казаний. Поэтому привлекают внимание простые функциональные тесты, доступные для проведения, позволяющие оценить уровень адаптации пациента к мышечной деятельности, определиться с двигательным режимом и оценить эффективность лечебных мероприятий. Применительно к ишемической болезни сердца и учитывая пожилой возраст пациентов, одним из таких тестов, несмотря на субъективизм его эргометрических параметров, можно назвать тест с 6–минутной ходьбой.

На основании вышеизложенного **целью** работы стало исследование функционального состояния пациентов пожилого возраста с ишемической болезнью сердца с использованием теста 6–минутной ходьбы на санаторном этапе реабилитации.

Методы исследования. Средний возраст испытуемых составил $63,5 \pm 2,1$ лет. После клинического обследования и при отсутствии противопоказаний пациентам предлагалась ходьба по размеченному (интервал 1 метр) коридору в течение 6 мин. в обычном темпе. Регистрировались показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления до, и после пробы; определялось пройденное расстояние; рассчитывался показатель "двойного произведения", функциональный класс (ФК) по NYHA на основании результатов теста.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что метраж пройденного расстояния пациентами в начале реабилитационного курса в среднем составил $313,5 \pm 22,6$ метра, что соответствовало 2 ФК по NYHA. После восстановительного лечения испытуемые улучшили этот показатель, который в среднем достиг $373,4 \pm 27,1$ метра, что также укладывалось в диапазон 2 ФК по NYHA. Несмотря на один и тот же коридор функционального класса, первый и второй результаты достигались при статистически равных значениях "двойного произведения" ($90,1 \pm 4,3$ и $91,5 \pm 4,2$ ед., $p > 0,1$), что свидетельствовало об экономизации функций сердечно–сосудистой системы, поскольку большее расстояние преодолевалось при тех же сдвигах физиологических функций (частоты сердечных сокращений и артериального давления).

Заключение. Таким образом, использование теста с 6–минутной ходьбой у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и снижение степени его субъективизма за счет измерения показателей гемодинамики в процессе проведения данной пробы позволяет более тщательно оценить особенности функционального состояния сердечно–сосудистой системы, выбрать двигательный режим и определить эффективность реабилитационных процедур по "цене" напряжения физиологических функций.

Гурьева П.В., Гурьев В.А., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Тетерина Л.Р.
Характеристика типов личности среди пациентов с хронической сосудистой патологией головного мозга.

Областной гериатрический центр, Иркутск.

Проведено исследование, подтвердившее эффективность восстановления когнитивных и двигательных функций у пациентов с хроническими сосуди-

стыми заболеваниями головного мозга с помощью метода внешней ритмической стимуляции (ВРС) в качестве дополнительного способа реабилитации в комплексной терапии.

Цель: провести клинико–функциональное сопоставление когнитивного и двигательного дефицита с социальной адаптацией на основании выявления типа личности человека.

Методы исследования: в исследовании участвовало 124 пациента с хронической формой сосудистого заболевания головного мозга (нозологический диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия II–III стадии). Из них 106 женщин (85,48%) и 18 мужчин (14,51%).

Больные были разделены на две группы: с когнитивными нарушениями (n=64) и без когнитивных нарушений (n=60). Каждая из двух групп, случайным образом, была разделена на две подгруппы: в одной из них пациенты получали только курс базового сосудистого медикаментозного лечения, во второй подгруппе каждой из групп, помимо курса сосудистого лечения, в качестве дополнительного способа реабилитации, использовался метод ВРС. Метод основан на принципах биологической обратной связи, предъявлялся пациентам в виде внешних световых, звуковых, свето–звуковых стимулов.

Всем пациентам проводили стандартизированный неврологический осмотр, нейропсихологическое, нейровизуализационное обследование, клинические анализы, биохимический анализ крови, исследование липидограммы, осмотр глазного дна, ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ, РЭГ (результаты дополнительного обследования свидетельствовали о наличии сосудистого поражения головного мозга).

Двигательные нарушения дополнительно оценивались по шкале Линдмарк, когнитивные функции изучались с помощью тестов: MMSE, теста рисования часов, батареи лобной дисфункции, теста запоминания 10 слов, таблиц Шульте, качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF–36. Дополнительно рассматривался тип личности пациентов с помощью методики портретных выборов Л.Сонди и опросника В.И.Окладникова. Это дало возможность диагностировать истоки поведенческих реакций индивида, причину того или иного выбора, прогнозировать отношение к лечению, настрой на выздоровление пациента, опираясь на бессознательную деятельность человека, претерпевающую динамическое изменение структуры в течение жизни и в условиях патологии головного мозга.

Результаты: восстановление когнитивных и двигательных функций лучше происходило в подгруппах пациентов, где применялся в лечении метод ВРС, в большей степени в группе пациентов с когнитивными нарушениями

Работая с тестом определения типа личности Окладникова В.И., в задачу для каждого исследуемого входило выбрать в каждой из частей подходящий для него вариант утверждения и оценить выраженность заложенного в нем качества личности по пятибалльной шкале.

Результаты исследования дали возможность привести данные к общему знаменателю и показать характерологические особенности, проявления которых

встретились чаще других в каждой группе и в целом среди обследованных больных: в группе с когнитивными нарушениями (64 человека – 100%) – рациональный (76,56%) /эмоциональный (42,18%) /сенсорный (43,75%) /экстраверт (57,81%); в группе больных без когнитивных нарушений (60 человек – 100%) – рациональный (78,33%) /эмоциональный (50%) /интуитивный (31,66%), сенсорный (31,66%) или интуитивно–сенсорный (36,66%) /экстраверт (58,33%); в общем числе пациентов (124 человека – 100%) тип личности – рациональный (77,41%) /эмоциональный (45,96%) /интуитивный (42,74%) /экстраверт (57,25%).

Оценивая результат исследования по методу портретных выборов Л.Сонди, критерий χ^2 Пирсона не дал различий среди подгрупп по распределениям между векторами и факторами до и после лечения, в связи с чем приводим описание общей картины, характеризующей состояние исследованных пациентов.

В основной массе среди обследованных на момент поступления на лечение и в конце курса стационарного лечения отмечено распределение проявлений по всем факторам и радикалам соответствующее норме (состояние в фазе разрядки – 0, в фазе напряжения +, –).

Обращает на себя внимание состояние гипертонии по h–фактору в обоих случаях исследования: +!,+!!,+!!!, которое является проявлением напряженной нереализованной потребности в любви и внимании. По остальным факторам намечена тенденция с напряжением по (–) радикалу: s– состояние подчиненности, пассивности, неспособности принять нормы общества; e– ярость, ненависть, желание реализовать агрессию; hu– потребность утаить и оградить внутренний мир; k– подавление порывов, запрет на проявления; p– стремление быть в равенстве и единстве с себе подобными; d– потребность в удержании, материальном накоплении; m– отторжение, тенденция к разрыву отношений. Достаточно большое количество людей по каждому из факторов находилось в амбивалентном (+\–) не определившимся по типу реализации состояния.

Заключение: исследование на выявление характерного типа личности не показало достоверных различий между группами пациентов с когнитивными нарушениями и без когнитивных нарушений. Сформирован наиболее часто встретившийся тип личности среди пациентов с хронической сосудистой патологией головного мозга – рациональный / эмоциональный / интуитивный /экстраверт. Выделены основные мотивационные тенденции в проявлении личностных характеристик, главным образом, потребности во внимании к собственной личности.

Донирова О.С., Дониров Б.А., Гылыков Л.Э. Факторы сердечно–сосудистого риска у пожилых больных, перенесших операции коронарного шунтирования

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Бурятский государственный университет, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан–Удэ

Актуальность. Известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) считается верифицированной в случае наличия перенесенного инфаркта миокарда или факта коронарной реваскуляризации (коронарное шунтирование и/или чрескожное коронарное вмешательство). Как правило, ИБС – основная проблема людей старшего возраста. Смертность в результате сердечно–сосудистых заболеваний среди людей старше 75 лет составляет 70%. Главными причинами возникновения ИБС у пожилых людей (как и у молодых) являются атеросклероз, гипертензия и диабет, а основными факторами риска – гипертензия, дислипидемия, толерантность к глюкозе, курение и малоподвижный образ жизни. Однако следует учитывать, что прогностическое значение многих факторов риска среди данной возрастной группы может существенно отличаться от такового среди лиц среднего возраста (Kannel W.B., 2002). Проблема определения факторов, влияющих на прогноз и стратификацию риска у лиц с ИБС в пожилом и старческом возрасте, приобретает особую актуальность как в связи с динамикой демографических процессов, так и в связи с определенной возможностью влияния на продолжительность жизни (Волкова Э.Г., 2010).

Цель: изучить распространенность факторов сердечно–сосудистого риска у пожилых больных, перенесших операцию коронарного шунтирования.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 88 пациентов с ИБС, которым была выполнена операция коронарного шунтирования (КШ) в условиях отделения сердечно–сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Улан–Удэ в 2010 году. Средний возраст больных составил 56 (51–62) лет. Все больные разделились на 69 (78,4%) мужчин со средним возрастом 55 (51–60) лет и 19 (21,6%) женщин со средним возрастом 61 (55–66) лет.

Согласно критериям ВОЗ (1963), пожилыми считались больные в возрасте 60 лет и старше. В зависимости от возраста больные были разделены на две группы: пациенты в возрасте до 60 лет анализировались как больные I группы (n=56), пациенты пожилого возраста – как больные II группы (n=32).

При анализе нозологических форм ИБС среди пожилых пациентов достоверно преобладали прогрессирующая стенокардия ($p=0,006$) и Q–негативный инфаркт миокарда ($p=0,05$), в то время как у более молодых больных чаще встречалась стабильная стенокардия напряжения III функционального класса ($p=0,001$). В отношении других форм ИБС статистически значимой разницы между группами выявлено не было.

У всех больных измерялись артериальное давление (АД) и антропометрические показатели с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определялись

глюкоза, общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ) крови. Всем больным были выполнены электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). За критерий гипертрофии ЛЖ (левого желудочка) принимали значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 110 г/м² для женщин. Критериями систолической дисфункции левого желудочка считали конечно–диастолический размер (КДР) $>5,5$ см и/или ФВ $<50\%$. Учитывали дилатацию левого предсердия (ЛП): диаметр $\geq 4,0$ см. Диагноз сахарного диабета 2 типа устанавливался на основании данных медицинской документации согласно критериям ADA (2007).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Средние значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Статистическую значимость различий в независимых выборках определяли по Манну–Уитни. Составляли двумерные таблицы сопряженности. Меру сопряженности признаков оценивали с помощью критерия χ^2 по Пирсону.

Результаты. Средние значения возраста и распределение по полу в группах представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика групп по возрасту и полу

	Пациенты I группы, n=56	Пациенты II группы, n=32	p
Возраст (годы)	52 (49–56)	63 (62–68,5)	0,001
Соотношение мужчин/женщин	50/6	19/13	0,001*

Примечание: * – достоверность по критерию χ^2 при попарном сравнении

Таблица 2

Показатели липидного спектра у больных сравниваемых групп

Показатель, ммоль/л	Пациенты I группы, n=56		Пациенты II группы, n=32		p
	Me	ИИ	Me	ИИ	
ОХС	4,6	4,0–5,5	4,8	4,3–5,3	0,81
ЛПНП	3,0	2,6–3,5	2,8	2,6–3,2	0,17
ЛПВП	1,1	0,8–1,3	0,89	0,7–1,2	0,07
ТГ	1,6	1,2–1,8	1,5	1,5–2,5	0,002

Из таблицы видно, что разница в возрасте между группами была достоверной. По половому составу в группе более молодых пациентов достоверно преобладали мужчины, в то время как среди пожилых пациентов соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым.

Характеристика групп по средним значениям показателей липидного спектра крови представлены в табл. 2.

Из таблицы видно, что статистически значимые различия получены в отношении ТГ – среднее значение ТГ было достоверно выше среди более молодых пациентов. Однако анализ частоты нарушений липидного спектра в группах показал более высокую распространенность гипер-ТГ-емии у пожилых больных (32% в I группе и 65,6% во II группе, $p=0,002$).

Частота нелипидных факторов риска в обследованных группах представлена на рис. 1.

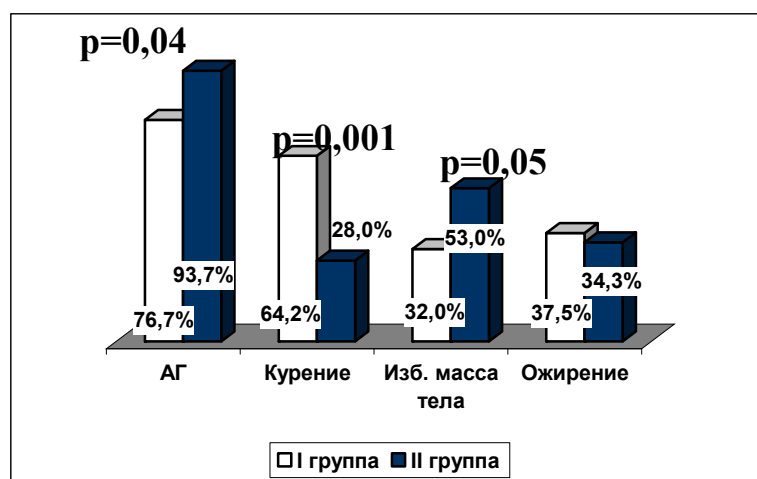


Рис. 1. Частота нелипидных факторов риска неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза в группах.

Из рисунка видно, что среди пожилых пациентов достоверно чаще встречались такие факторы риска, как артериальная гипертензия (АГ), курение и избыточная масса тела.

Показатели ЭхоКГ среди больных сравниваемых групп представлены на рис. 2.

Как видно из рисунка, среди пожилых пациентов достоверно чаще регистрировалась дилатация левого предсердия, в то время как остальные показатели в группах были сопоставимыми.

Частота летальных исходов составила 1 (1,7%) случай в I группе и 3 (9,3%) случая во II группе. Факторами, взаимосвязанными с летальным исходом, были уровень ТГ $>1,7$ ммоль/л ($p=0,02$), сахарный диабет ($p=0,03$), стенокардия напряжения III–IV функционального класса ($p=0,001$), прогрессирующая стенокардия ($p=0,04$), повторный инфаркт миокарда ($p=0,02$), стеноз коронарных артерий 50–75% ($p=0,02$) и выполнение АКШ с использованием ИК ($p=0,01$).

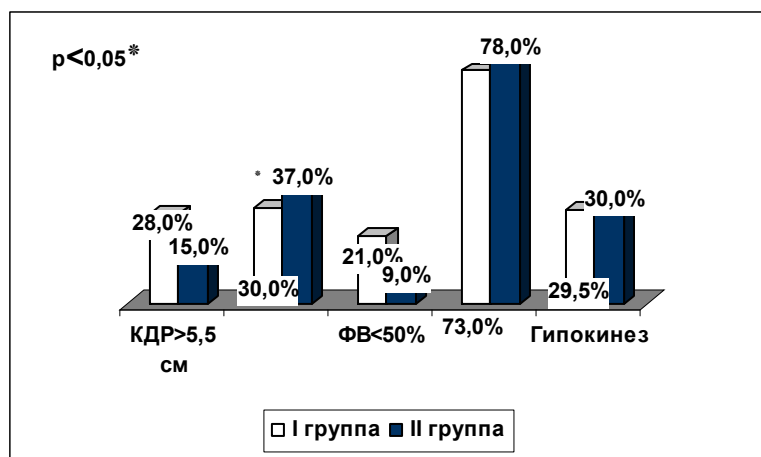


Рис. 2. Частота изменения некоторых параметров ЭхоКГ у больных сравнимых групп.

Таким образом, по результатам настоящего исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Среди пожилых пациентов мужчины и женщины одинаково часто страдали ИБС, в то время как среди более молодых пациентов достоверно преобладали мужчины.
2. Из нарушений липидного спектра среди пожилых больных достоверно чаще встречалась гипертриглицеридемия, хотя среднее значение триглицеридов было более высоким среди молодых пациентов.
3. Из нелипидных факторов риска среди пожилых пациентов чаще имели место артериальная гипертензия и избыточная масса тела.
4. Гипертрофия левого желудочка и нарушения сократительной способности в обеих группах встречались одинаково часто, однако у пожилых больных чаще имели место структурные изменения миокарда в виде дилатации левого предсердия.
5. Факторами, взаимосвязанными с летальным исходом у пожилых больных, были уровень ТГ > 1,7 ммоль/л, стенокардия напряжения III–IV функционального класса, прогрессирующая стенокардия и повторный инфаркт миокарда.

Донирова О.С., Дониров Б.А., Исаева Т.А. Когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста: взгляд кардиолога

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Республиканская клиническая больница, Бурятский государственный университет, Улан–Удэ

Актуальность. В настоящее время демографическая ситуация в мире характеризуется тенденцией к увеличению доли лиц пожилого возраста. Глобальное постарение населения вызывает повышенный интерес к проблеме когнитивных нарушений и деменции. Согласно эпидемиологическим данным, умеренные когнитивные расстройства (УКР) встречаются, по крайней мере, у 10% людей пожилого и старческого возраста, распространенность деменции среди

лиц старше 65 лет составляет от 3 до 8% (Левин О.С., 2006). Сейчас в мире проживает около 20 млн. пациентов с деменцией. Ожидается, что в ближайшем будущем их численность возрастет приблизительно вдвое (Захаров В.В., 2005). Нельзя исключить, что модификация факторов риска и лечение, начатые на более раннем этапе, могут оказаться более эффективными и позволят задержать дальнейшее ухудшение когнитивной функции у этой категории пациентов (Моисеев С.В., 2010).

Все вышеперечисленное определило актуальность и цель выполненной работы.

Цель: изучение распространенности, факторов сердечно-сосудистого риска и степени когнитивного дефицита у лиц пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. Обследовано 52 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходивших лечение в отделении сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко (г. Улан-Удэ) в 2010–2011 гг. Все больные разделились на 17 (32,6%) мужчин и 35 (67,4%) женщин. Средний возраст пациентов на момент обследования составил 75,5 (69–82) лет. Среди обследованных больных отмечен достаточно высокий уровень образования: высшее образование имели 24 (46,1%) человека, средне-специальное образование – 19 (36,5%) человек и среднее и незаконченное среднее образование имели 9 (17,3%) больных. Проживали в городе 40 (76,9%) пациентов, в селе – 12 (23,1%) больных.

У всех больных измерялись артериальное давление (АД) и антропометрические показатели с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определялись общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и креатинин крови.

За критерии впервые выявленной и неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ) принимали показатели систолического АД \geq 140 и/или диастолического АД \geq 90 мм рт.ст. Избыточной массой тела считали ИМТ \geq 25,0 кг/м², ожирением считали ИМТ \geq 30 кг/м². Курящими считали больных, выкуривающих хотя бы одну сигарету в сутки. За критерии дислипидемии (липидных факторов риска) принимали значения ОХС > 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП > 2,5 ммоль/л, ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л у мужчин и <1,2 ммоль/л у женщин, ТГ>1,7 ммоль/л. Выполнялась электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). За критерий гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) принимали значения ИММЛЖ \geq 125 г/м² для мужчин и \geq 110 г/м² для женщин. Диагноз атеросклероза артерий нижних конечностей (ААНК) устанавливали на основании данных ультразвуковой доплерометрии с определением лодыжечно – плечевого индекса (ЛПИ), дуплексного сканирования и рентгенконтрастного исследования артерий нижних конечностей с учетом клинических данных. Критерием патологии считали ЛПИ < 0,9.

Для выявления когнитивных расстройств использовали краткую шкалу нейропсихологического тестирования (КНО) и шкалу краткого обследования

когнитивной функции (Mini–Mental State Examination – MMSE). По шкале КНО умеренным когнитивным дефицитом считали наличие 14–18 баллов, деменцией – количество баллов менее 14. По шкале MMSE при количестве баллов 27–25 диагностировали умеренный когнитивный дефицит, при количестве баллов 24 и менее – деменцию.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Средние значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Статистическую значимость различий в независимых выборках определяли по Манну–Уитни. Составляли двумерные таблицы сопряженности. Мету сопряженности признаков оценивали с помощью критерия χ^2 по Пирсону. Для установления наличия и силы двух признаков осуществляли корреляционный анализ по Спирмену с вычислением коэффициента корреляции r.

Результаты. По шкале КНО выявлено 43 (82,6%) пациента с когнитивными расстройствами (КР), по шкале MMSE – 40 (76,9%) больных с когнитивным дефицитом (КД). Характеристика больных с КР по степени когнитивного дефицита в зависимости от результатов показателей шкал КНО и MMSE представлена в табл.1.

Таблица 1

Распределение больных по степени когнитивного дефицита

Степень когнитивного дефицита	n	%
Шкала КНО, n=43		
Умеренный когнитивный дефицит (14–18 баллов)	20	46,5
Деменция (<14 баллов)	23	53,5
Шкала MMSE, n=40		
Умеренный когнитивный дефицит (27–25 баллов)	18	45
Деменция (\leq 24 балла)	22	55

Таблица 2

Факторы риска у больных в зависимости от наличия когнитивных расстройств, n=52

Фактор риска	Пациенты с КР, n=44		Пациенты без КР, n=8		p
	n	%	n	%	
Абдоминальное ожирение	20	45,4	5	62,5	0,37

Избыточная масса тела	16	36,3	2	25	0,53
Ожирение	15	34	3	37,5	0,85
Курение	9	20,4	–	–	0,05
Отягощенный анамнез по ССЗ	29	65,9	2	25	0,06
Артериальная гипертензия	38	86,3	5	62,5	0,10
Сахарный диабет	11	25	–	–	0,11
Общий ХС > 4,5 ммоль/л	31	70,4	6	75	0,79
ХС ЛПНП > 2,5 ммоль/л	34	77,2	7	87,5	0,51
ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин	14	31,8	3	37,5	0,75
ТГ > 1,7 ммоль/л	7	15,9	2	25	0,53
Индекс атерогенности >5	6	13,6	3	37,5	0,10

Как видно из табл. 1, среди больных с диагностированным когнитивным дефицитом по результатам обеих шкал преобладали пациенты с деменцией. Наличие когнитивного дефицита, подтвержденного результатами обеих шкал, было выявлено у 44 (84,6%) пациентов.

Распределение больных с КР и без КР по наличию факторов риска сердечно–сосудистых заболеваний отражено в табл. 2. Из представленных данных в табл. 2 видно, что пациенты с КР чаще имели избыточную массу тела, АГ, СД и отягощенный сердечно–сосудистый анамнез, однако достоверные различия между группами получены лишь в отношении курения ($p=0,05$).

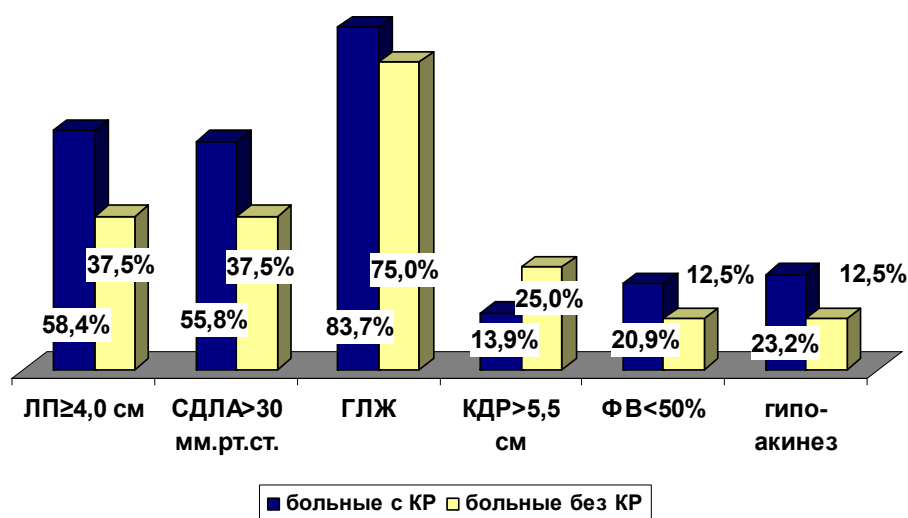


Рис. 1. Частота изменения некоторых параметров ЭхоКГ у больных в зависимости от наличия когнитивных расстройств.

Показатели ЭхоКГ у больных сравниваемых групп представлены на рис.1.

Как видно из рисунка, среди больных с КР чаще имели место дилатация ЛП, легочная гипертензия, гипертрофия ЛЖ, снижение ФВ и зоны нарушения локальной сократимости, однако эти различия недостоверны.

Характеристика больных по формам ИБС представлена на рис. 2.

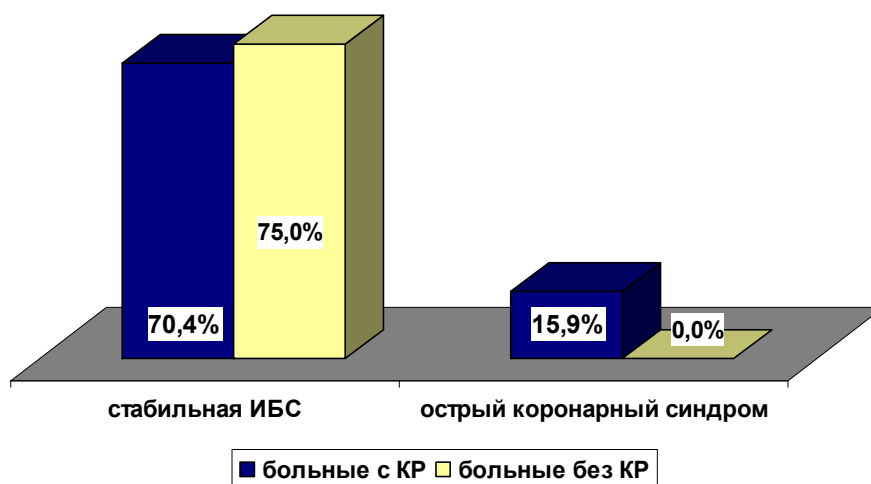


Рис. 2. Частота различных видов ИБС у больных в зависимости от наличия когнитивных расстройств.

Из рисунка видно, что среди больных с когнитивным дефицитом в 15,9% случаев имело место обострение ИБС, в то время как среди больных без КР чаще встречалась стабильная ИБС, однако эти различия также недостоверны ($p > 0,05$).

Для установления взаимосвязи развития КР с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний был проведен корреляционный анализ по Спирмену. Оказалось, что независимым фактором, ассоциированным с развитием КР, явились отягощенный сердечно-сосудистый анамнез (коэффициент корреляции 2,40, $p = 0,01$) и низкое значение фракции выброса (коэффициент корреляции – 2,31, $p = 0,02$).

Выводы:

1. Частота когнитивных расстройств среди пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, составила 84,6%.
2. Пациенты с когнитивными расстройствами чаще имели избыточную массу тела, артериальную гипертензию, сахарный диабет, отягощенный сердечно-сосудистый анамнез и положительный статус курения.
3. Среди больных с когнитивными расстройствами чаще встречалась артериальная гипертензия I степени.
4. Среди больных с когнитивными расстройствами чаще имели место дилатация левого предсердия, легочная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, снижение фракции выброса и зоны нарушения локальной сократимости.

5. Независимыми факторами риска, взаимосвязанными с развитием когнитивных расстройств, выступили отягощенный сердечно–сосудистый анамнез и низкое значение фракции выброса.

Игнатьева Т.Г., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Психологические особенности личности больных, перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе реабилитации.

Областной гериатрический центр, Государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Перенесённый инфаркт миокарда часто сопровождается изменениями психики, которые представляют собой серьёзную проблему и оказывают выраженное влияние на течение основного патологического процесса, результаты лечения и реабилитации. В основе психических изменений лежат преморбидные особенности личности больных, а также различные психологические и социальные факторы.

С использованием методики многостороннего исследования личности ММРІ (её сокращённого варианта – опросника Мини–мульти, содержащего 71 вопрос) исследовано 96 человек (мужчин – 70 чел., женщин – 26 чел.) в возрасте от 32 до 67 лет (средний возраст – 53,3 года) с ИБС в постинфарктном периоде (19 пациентов перенесли мелкоочаговый инфаркт, 77 пациентов – крупноочаговый). Пациенты наблюдались на поликлиническом этапе реабилитации на базе поликлиники МУЗ ГКБ №10 г. Иркутска в сроки от 21 дня до 1 года после перенесённого инфаркта миокарда.

Клинические профили личности больных равномерно превышали нормативный предел. Наблюдались пики по шкалам первой, второй, третьей, девятой (ипохондрии, депрессии, истерии, гипомании), которые превышали 70Т, что считается верхней границей нормальных колебаний.

На начальном этапе экспериментально–психологического исследования профили личности больных были поделены на «надёжные» (FT<70) и «сомнительные» (FT>70). Независимо от величины FT наблюдался пропорциональный подъём всего профиля без искажения его формы. Больным с FT>70 было проведено ретестирование, при котором получены аналогичные результаты. Всё это указывает на правомерность интерпретации данных профилей, являющихся выражением тревожности, внутренней напряжённости, недостаточной активности больных. Все пациенты в личностных особенностях обнаруживали наличие высокого уровня тревожности и ригидности, сужение межличностных контактов (их избирательность) и «уход» от привычного общения.

Сравнение профилей «надёжной» и «сомнительной» групп показало их близость друг другу, а также усреднённому профилю всей группы больных, что позволило оценить профиль ММРІ обобщённо. В соответствии с наличием пиков по шкалам пациенты были разделены на группы. 21,88% пациентов имели высокие оценки по шкале девятой (гипомании), 17,71% – по шкале третьей (истерии), 13,54% – по шкале первой (ипохондрии), 11,46% – по шкале второй (де-

прессии), 9,37% – по шкале шестой (паранойальности), 6,25% – по шкале седьмой (психастении), 5,21% – по шкале четвёртой (психопатии), 14,58% – имели высокие показатели по нескольким шкалам.

Пациенты с повышением профиля по девятой шкале характеризуются оптимистичностью, общительностью, способностью к высокой активности, они эффективны в деятельности, требующей широких контактов, изменения форм деятельности, переключения внимания, а также охотно берут на себя руководство, обнаруживая большую энергию и организационные способности. Количественно преобладающая группа пациентов с высокими оценками по девятой шкале может быть поставлена в связь с психологическим типом А, который наиболее часто встречается у пациентов с ИБС и служит предрасполагающим фактором к развитию инфаркта миокарда.

Повышение профиля по третьей шкале выявлено у лиц, стремящихся быть в центре внимания, они ищут признания и поддержки, добиваются этого настойчивыми действиями, все проблемы пытаются решить «уходом в болезнь».

Лица с повышением профиля по первой шкале проявляли беспокойство за состояние своего физического здоровья, возникающее на фоне высокого уровня тревоги и способствующее сердечно–сосудистым нарушениям.

Повышение профиля по второй шкале выявлено у пациентов с преобладанием депрессивных и тревожных тенденций. Это чувствительные, сенситивные лица, робкие и застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они «впадают в отчаяние».

Таким образом, в реабилитации больных инфарктом миокарда важное значение имеет их психологический статус, который, с одной стороны, определяет отношение пациента к процессу реабилитации, а с другой – существенно сказывается на течении патологического процесса. Включение в число стандартных лечебных мероприятий психологической коррекции на основе психологических особенностей личностей, полученных по данным ММРІ, может способствовать повышению качества жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Кришнапрасад Башьял, Соловьева А.В. К вопросу о клинико–функциональных особенностях констриктивного перикардита

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Промышленные и социально–экономические преобразования в последние годы привели к изменению структуры заболеваемости. Во многих странах мира среди хронических заболеваний преобладают сердечно–сосудистые. Хронический констриктивный перикардит – это редкое заболевание с определенными диагностическими трудностями в виду схожести клинической картины с рядом других болезней.

Псевдоцирроз Пика – это клинико–морфологический синдром, характеризующийся портальной гипертензией, асцитом, умеренным фиброзом печени, во многих случаях является ведущим и ранним проявлением констриктивного перикардита. Многие авторы считают, что асцит возникает при констриктивном перикардите раньше других симптомов, т.к. рубцы развиваются прежде всего в области устья нижней полой вены и месте впадения в нее печеночных вен. Другими патогенетическими механизмами асцита являются гипоальбуминемия, нарушение функции почек с задержкой натрия и воды, повышенная проницаемость капилляров. При большой давности перикардита, при необратимых дистрофических изменениях в печени и миокарде, живот бывает огромных размеров, затрудняет дыхание и передвижение пациента, а после лапароцентеза жидкость быстро накапливается. Следует отметить, что отеки нехарактерны для сдавливающего перикардита или появляются намного позже.

Для иллюстрации клинико–функциональных особенностей псевдоцирроза Пика приводим клиническое наблюдение: пациентка С., 68 лет, предъявляет жалобы на увеличение живота, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правом подреберье. Считает себя больной с 26–летнего возраста, когда появилась пастозность лица, дискомфорт в области сердца, боль в правом подреберье. При обследовании диагностирован констриктивный перикардит туберкулезной этиологии. Через 6 лет больной предложено оперативное лечение, от которого она отказалась. Через 15 лет от постановки диагноза появилась тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, артериальная гипотония, гепатоспленомегалия, асцит. Ещё через 3 года произведена операция – субтотальная перикардэктомия. После оперативного вмешательства сохранялось нарушение ритма, асцит персистировал на фоне диуретической терапии. При поступлении в клинику обращает внимание отсутствие периферических отеков, увеличение живота с расширением подкожных вен, гепатоспленомегалия, расширение перкуторных границ сердца, фибрилляция предсердий. Физикальные данные подтверждаются лабораторно–инструментальными исследованиями: гепатоспленомегалия, портальная гипертензия по данным УЗИ брюшной полости, ЭхоКГ демонстрирует дилатацию обоих предсердий (левое предсердие 6,0*8,5 см), дилатацию правого желудочка, трикуспидальную регургитацию, легочную гипертензию (давление в легочной артерии 47 мм.рт.ст.), утолщение листков перикарда, их кальцификацию. Проводимая фармакотерапия мало эффективна в лечении развившегося псевдоцирроза Пика.

Заключение. Данное клиническое наблюдение показывает особенности течения констриктивного перикардита: несвоевременную диагностику заболевания, недостаточную эффективность оперативного вмешательства из–за невозможности удаления всех рубцовых сращений перикарда, развитие псевдоцирроза Пика, ухудшающего прогноз заболевания.

Левина Т.В., Краснова Ю.Н. Табакокурение и функциональные параметры сердечно–сосудистой системы

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель. Изучить частоту артериальной гипертонии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и функциональные параметры сердечно–сосудистой системы у курящих и некурящих лиц.

Методы исследования. Обследовано 66 (33 человека курящие, 33–никогда не курили), не различающихся по полу и возрасту. Всем проводилась ЭКГ, манжеточная проба для определения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), ультразвуковое сканирование общей сонной артерии с определением толщины комплекса интима–медиа (КИМ), доплерографическое исследование трансмитрального кровотока, суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ (ХМ АД и ЭКГ).

Результаты. Частота артериальной гипертонии у курильщиков составила 39,4%, у некурящих–30,3%. Впервые выявлена ишемия у 9,1% курящих и 3% некурящих. ХСН1 установлена у 9,1% среди 1 группы и 6,1% среди 2 группы медработников. По ЭКГ гипертрофия миокарда левого желудочка выявлена у 9,1% курильщиков (корнелльское произведение>2440мс). ЭЗВД более выражена у некурящих медработников по сравнению с курящими: диаметр плечевой артерии после манжеточной окклюзии увеличивался на 10,1%(4,9–15,2) и 7,1%(3,6–10,2), соответственно, $p=0,015$. Низкий уровень вазодилатации (<10%) чаще встречался в группе курильщиков ($p=0,13$). Исследование трансмитрального кровотока показало, что у 9,1% курильщиков и 6,1% некурящих диастолическая дисфункция левого желудочка ($p>0,05$). По данным ХМ ЭКГ выявлена более высокая ЧСС за сутки и в ночное время в 1 группе по сравнению со 2 группой ($p=0,01$ и $p=0,048$, соответственно). По данным ХМ АД достоверно выше пульсовое АД у курящих по сравнению с некурящими ($p=0,01$).

Заключение. В группе курящих медицинских работников наиболее часто выявляются АГ, ИБС, ХСН.

Машанская А.В., Абрамович С.Г., Денисенко Н.В., Зубрей С.А., Плужников А.В. Качество жизни здоровых людей и показатели суточного мониторирования артериального давления у больных артериальной гипертонией под влиянием пелоидотерапии

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, санаторий «Электра», Иркутск

Изучение качества жизни (КЖ) больных артериальной гипертонией (АГ) является определяющим критерием совокупной оценки их состояния и эффективности восстановительного лечения. В санаторно–курортной терапии АГ сегодня широко применяется пелоидотерапия.

Целью исследования было сравнительное изучение качества жизни и показателей суточного мониторирования артериального давления у больных АГ под влиянием пелоидотерапии.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 58 больных АГ и 36 здоровых лиц. Больные АГ были в возрасте от 35 до 79 лет (средний возраст $55,2 \pm 2,0$ года), страдали АГ 1 стадии, 1 и 2 степени, с низким и средним риском развития осложнений. Все обследованные были разделены на три группы. В первую группу вошли 30 больных АГ в возрасте от 35 до 74 лет (средний возраст $53,9 \pm 2,2$ года), которые в комплексе восстановительного лечения получали аппликации слабосульфидной среднеминерализованной иловой грязи месторождения Киран Кяхтинского района Республики Бурятия на «воротниковую» зону с температурой 38 градусов и продолжительностью 12 минут. Вторая группа (сравнения) была сформирована из 28 больных АГ (средний возраст $56,6 \pm 1,9$ лет), которым в санатории грязелечение назначено не было. Третья группа представлена 36 здоровыми людьми (16 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 30 до 59 лет (средний возраст $50,1 \pm 1,2$).

У больных первой и второй групп до и после санаторно-курортного лечения выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Изучалась также частота сердечных сокращений (ЧСС) и индекс работы сердца (ИРС).

Больным АГ 1 и 2 групп (до санаторно-курортного лечения и сразу после его окончания), а также здоровым людям (однократно) проведено изучение КЖ с помощью компьютеризированной версии опросника «SF-36 Health Status Survey».

Для проведения статистической обработки фактического материала использовали пакеты прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты. КЖ по всем шкалам SF-36 у больных АГ оказалось достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Самые низкие показатели при АГ, не превышающие 40 баллов, отмечались по шкалам общего состояния здоровья, ролевого физического и эмоционального функционирования. На 45,1% ($p < 0,001$), 39,6% ($p < 0,001$) и 34,2% ($p < 0,001$) ниже, чем у здоровых людей оказались также показатели КЖ по шкалам социального функционирования, телесной боли и жизненной активности. Недостаточно высокий показатель, характеризующий психическое здоровье был обнаружен у обследуемых обеих сравниваемых групп.

У больных АГ метод аппликационного грязелечения оказался эффективным: снизились средние суточные, дневные и ночные значения систолического артериального давления (АД). После проведенного лечения пелоидотерапией средние показатели систолического АД за день, ночь и сутки уменьшились на 7,5% ($p < 0,05$), 7,2% ($p < 0,05$) и 7,9% ($p < 0,05$) соответственно. Во 2-ой группе обследованных после санаторно-курортного лечения изменений параметров СМАД выявлено не было.

Значимых различий ЧСС в динамике лечения у представителей 1–ой группы, и 2–ой группы обнаружено не было. У больных после грязелечения отмечено снижение ИРС на 15,1% ($p < 0,05$), что свидетельствовало о повышении функциональных резервов миокарда и уменьшении его потребности в кислороде. В группе сравнения значимых различий в динамике этого показателя выявлено не было.

У больных 1–ой группы после лечения имело место повышение параметров КЖ, характеризующих «психологический компонент здоровья», на 32,5% ($p < 0,05$), тогда как в группе сравнения эти показатели увеличились только на 15,5% ($p > 0,05$). В обеих сравниваемых группах в одинаковой степени отмечено повышение по шкалам, представляющих «физический компонент здоровья» (шкалы общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого физического функционирования, телесной боли).

Заключение. Таким образом, КЖ больных АГ имеет более низкий уровень, чем КЖ здоровых людей, что обусловлено негативным влиянием симптомов заболевания на разные стороны жизнедеятельности больных. Это подтверждается показателями таких шкал анкеты SF–36, как ролевое физическое и эмоциональное функционирование, социальное функционирование, телесная боль и общее состояние здоровья. Пелоидотерапия способствует снижению АД и повышает уровень КЖ пациентов с АГ за счёт повышения их жизненной активности, психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного физическим и, особенно, эмоциональным состоянием. Это определяет целесообразность использования грязелечения в комплексной терапии больных АГ в условиях санатория.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Алексеева С. И., Жданова С. Н. Туберкулез легких у лиц старше 50 лет, пораженных микобактериями различных генотипов

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, институт эпидемиологии и микробиологии НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск

Результаты анализа заболеваемости туберкулезом свидетельствуют о том, что туберкулез может развиваться в любом возрасте. Пожилые (60-74 года) и старые (75-89 лет) люди, составляющие значительную долю среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких, имеют ряд особенностей течения заболевания. Отмечается высокая частота различных сопутствующих заболеваний среди этой возрастной группы. Впервые выявленный туберкулез легких у лиц пожилого и старческого возраста отличается острым или подострым началом с выраженной клинической симптоматикой, поэтому большинство из них выявляются при обращении в медицинские учреждения.

Эффективность лечения туберкулеза у лиц старше 60 лет была ниже по сравнению с больными других возрастных групп, что объясняется запущенностью и распространенностью процесса, наличием лекарственной устойчивости, отказом от оперативного лечения и плохой переносимостью препаратов. Лечение больных в условиях стационара должно быть длительным из-за сопутствующих заболеваний и возрастных особенностей легочной ткани, которая в значительной мере теряет эластичность и способность образования грануляционной ткани (Шпрыков А.С., Мишанов Р.Ф., 2011).

Современная эпидемиология туберкулеза в Сибири имеет все характерные черты эпидемической ситуации в России, однако основные эпидемиологические показатели (заболеваемость, смертность) значительно превышают общероссийские – в 1,6 и 1,9 раза (Мурашкина Г. С. и соавт., 2011). Иркутская область – одна из территорий Сибирского федерального округа с наиболее напряженной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу. Разумеется, что отрицательные тенденции основных эпидемиологических показателей в Иркутской области с начала 90-х годов, связанных с распадом СССР и ухудшением условий жизни населения, являются сходными с таковыми, в целом, по стране. На фоне сложившихся социально-экономических условий, растет и широко распространяется устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Одной из причин данного неблагополучия, является распространение штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) генотипа Beijing (Тунгусова О.С., Марьяндышев О.А., 2004).

В Иркутской области около 50 % штаммов возбудителя туберкулеза принадлежит к семейству Beijing (Огарков О.Б., Медведева Т.В., 2007). Вследствие агрессивного характера этого доминирующего «пекинского» генотипа обуславливается высокая заболеваемость распространенными формами туберкулеза, тяжесть течения заболевания, низкая эффективность лечения.

На категорию лиц пожилого и старческого возраста особенно остро влияют неблагоприятные изменения условий жизни, социальные причины, также возникновению болезни способствуют процессы возрастной инволюции, различные сопутствующие заболевания, вызывающие иммунодефицитные состояния.

Цель исследования. Изучить особенности туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от разновидностей генотипов МБТ.

Методы исследования. Проведено комплексное обследование 200 больных туберкулезом органов дыхания в возрасте от 15 до 86 лет, находившихся на стационарном лечении в Иркутском областном противотуберкулезном диспансере в 2004-2005 гг. и в 2008-2011 гг. Для сравнительного анализа из общего числа обследованных выделены возрастные группы: от 50 до 86 лет (44 человека, 22%) и от 15 до 49 лет (156 человек, 78%).

Результаты. Из культур МБТ, полученных от указанных больных, выделена ДНК микобактерий. Определение генотипов МБТ проводили на основании

полиморфизма MIRU-VNTR-повторов (Mazars E. et al, 2001). Принадлежность исследованных MIRU-VNTR паттернов к известным семействам туберкулезных штаммов определяли по алгоритмам предложенным (Огарков О. Б., др., 2007).

Результаты исследования. Среди обследованных: 22% (44 человека) - лица 50 лет и старше, 78% (156 человек) – это молодые люди (от 15 до 30 лет) и лица среднего возраста (от 30 до 49 лет), относящиеся к категории самого работоспособного населения. Частота встречаемости разных генотипов микобактерий у данных возрастных категорий представлена в таблице.

Таблица

Частота встречаемости разных генотипов микобактерий

Генотипы	Возраст от 50 до 86 лет		Возраст от 15 до 49 лет	
	Абс.	%	Абс.	%
Beijing	34	77,3	126	80,8
LAM	2	4,5	9	5,8
URAL	5	11,4	8	5,1
Другие	3	6,8	13	8,3

Из таблицы видно, что удельный вес МБТ семейства Beijing самый высокий у обеих возрастных категорий, поэтому в каждой из них определили 2 группы с принадлежностью к «пекинскому» и «не пекинскому» генотипам. Для старшей возрастной группы имеет значение уровень выделенного генотипа URAL, который, более чем в 2 раза превышает этот показатель у лиц молодого и среднего возраста, однако различия статистически не значимы ($P > 0,05$).

По территориальному признаку удельный вес разновидностей генотипов микобактерий в старшей возрастной группе распределился следующим образом: «пекинский» генотип был зафиксирован в 61,8% случаев у городских жителей (в т. ч. у жителей г. Иркутска), а другие известные семейства МБТ (URAL, LAM и другие) чаще встречались у районных жителей – у 80%.

По данным исследования, примечательно, что микобактерии штамма Beijing поражают чаще пожилых и старых людей, т. е. от 60 лет и старше, тогда как «не пекинские» генотипы зарегистрированы только у лиц от 50 до 60 лет.

Характерно, что у старшей категории численность впервые выявленных больных и контингентов примерно одинакова для групп, пораженных микобактериями Beijing и «не пекинскими» генотипами и составляет 70% и 30% соответственно. Также не отмечается разницы у лиц молодого среднего возраста: процент впервые выявленных и хронических форм туберкулеза - 73,8% и 26,1%, соответственно, в группе с МБТ семейства Beijing, а для «не пекинских» генотипов – 76,7% и 23,3%, соответственно.

По половому признаку имеется следующее соотношение: преимущество мужчин в обеих возрастных категориях с МБТ «пекинского» генотипа – 88,2%

и 65,9%, а число женщин – 11,8% и 34,1% соответственно ($P < 0,05$). «Не пекинские» штаммы МБТ в указанных возрастных категориях составили 90% и 73,3% мужчин, а женщин – 10% и 26,7% соответственно. Примечательно, что для молодых женщин, у которых выделен «не пекинский» штамм возбудителя заболевания, по данным исследования, типичны только диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез.

Статус инвалидности не имел значимых различий: в категории от 50 до 86 лет инвалидность определена у 38,6% (17 больных), а среди лиц моложе 50 лет у 33,3% (52 человека).

Среди старшей возрастной категории число пациентов, проходивших флюорографическое обследование 5 и более лет назад – 18,2%, среди молодых лиц – 18,6%, что указывает на недостаточный охват флюорографическим обследованием всех возрастных слоев населения.

Естественен тот факт, что в силу временного аспекта, у больных туберкулезом пожилого и старческого возраста процент диагностики рецидивов заметно выше и составляет 27,7%, чем у молодых – 5,1% ($P < 0,05$). Следует отметить, что в старшей возрастной группе возникновение рецидивов вызывают, в основном, «не пекинские» микобактерии туберкулеза – в 40 % случаев, против 17,7 % рецидивов, вызванных МБТ генотипа Beijing ($P < 0,05$).

Отличительной чертой категории больных пожилого и старческого возраста является то, что клиническая структура представлена только фиброзно-кавернозным, инфильтративным, диссеминированным формами туберкулеза, причем отчетливо превалирует фиброзно-кавернозный туберкулез – 54,5% (24 человека), по сравнению с молодой группой – 30% (47 человек, $P < 0,05$), что в свою очередь, объяснимо развитием с возрастом разнообразной сопутствующей патологии, замедленной положительной динамики, менее низкой эффективности лечения.

Диссеминированный туберкулез с большим преимуществом регистрировался у молодой группы больных и составил 19,9% (31 человек) против 6,8 % (3 человека) пожилого возраста ($P < 0,05$), что подчеркивает факт роста заболеваемости диссеминированными процессами в результате ВИЧ-инфекции, в основном, у наркозависимых, что характерно для молодых людей. Развитие диссеминированной формы туберкулеза в старшей возрастной категории обеспечивали «не пекинские» генотипические семейства МБТ.

Инфильтративная форма туберкулеза для обеих категорий имеет достаточно высокие цифры: 38,6% (17 человек) из старшей группы и 40,4% (63 человека) - из молодой. Для всех возрастных групп характерны двусторонние полисегментарные поражения легких – 90,9% и 84%, соответственно, а малые и ограниченные формы малочисленны, 9% и 16%, соответственно.

Показатели множественной лекарственной устойчивости, которая развивается, чаще у пациентов с «пекинским» генотипом МБТ, для обеих обследованных категорий одинаково высоки: у больных пожилого возраста – 20,5% и у молодых пациентов – 32,0%.

Выводы.

1. Лица пожилого и старческого возраста среди заболевших туберкулезом составляют 22%.
2. В клинической структуре среди лиц пожилого и старческого возраста встречаются, в основном, фиброзно-кавернозный (54,5%), инфильтративный и редко – диссеминированный туберкулез легких.
3. У больных туберкулезом пожилого и старческого возраста процент рецидивов заметно выше и составляет 27,7% (у молодых – 5,1%), причем, в 40% случаев причиной рецидива являются «не пекинские» микобактерии туберкулеза.

Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Клинико–рентгенологические особенности пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста.

Иркутская государственная академия последипломного образования, Иркутск

В настоящее время особенности демографических процессов ведут к росту численности населения старших возрастных групп. Пневмонии занимают одно из ведущих мест среди причин смерти лиц пожилого и старческого возраста. В зависимости от класса риска летальность может варьировать от 0,1 до 31,1%. Трудности в диагностике пневмоний возникают из-за свойственными старческому возрасту стертой клинической картины и полиморбидностью, когда многочисленные фоновые заболевания размывают клинические ориентиры. Пневмонии у лиц старше 60 лет обычно развиваются на фоне серьезной предшествующей патологии, такой как хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность, новообразования, сахарный диабет, циррозы печени, хроническая почечная недостаточность. Острое начало заболевания отмечается примерно у половины больных пожилого и старческого возраста. Постепенно болезнь развивается обычно у лиц, страдающих хроническим бронхитом и застойной сердечной недостаточностью. В клинической практике нередко гипердиагностика пневмоний. Частыми причинами клинической гипердиагностики пневмоний являются неправильная трактовка лихорадочного синдрома и ошибочная интерпретация данных аускультации. Наличие лихорадки, как правило, приводит к ошибкам, когда не диагностируются внелегочные инфекции или новообразования. Обнаружение влажных хрипов, особенно если они выслушиваются локально, считается настолько патогномичным, что ошибочный диагноз пневмонии выставляется даже при отсутствии других симптомов. Напротив, выраженный плевральный болевой синдром чаще уводит от диагноза пневмонии. Болевой синдром склоняет к ошибочному диагнозу сосудистой или хирургической катастрофы – инфаркту миокарда, перфоративной язве, почечной колике, холециститу, кишечной непроходимости. Кроме ошибок, связанных с интерпретацией болевого и лихорадочного синдромов, у лиц старше 60 лет при пневмонии иногда выставляется ошибочный диагноз инсульта. Это связано с быстрой декомпенсацией дисциркуляторной энцефалопатии при развитии

пневмонии и появлением спутанности сознания, обусловленной гипоксией и интоксикацией. Но еще более опасны ситуации, когда пневмония не диагностируется. В этих случаях необоснованно задерживается проведение адекватной терапии, при назначении которой следует учитывать, что 30–40% пневмоний у пожилых лиц вызываются ассоциациями бактерий, причем 3/4 этих ассоциаций представлены сочетанием грамположительной и грамотрицательной флоры. Наиболее частые клинические проявления болезни, такие как: повышение температуры тела, кашель, отделение мокроты не являются клиническими особенностями больных пожилого возраста, так как обнаруживаются с такой же частотой и у молодых лиц. Примерно у 5% больных старческого возраста кашель и отделение мокроты отсутствует на всем протяжении болезни. Укорочение перкуторного звука, как правило, выявляется при долевых пневмониях и парапневмоническом плеврите. Аускультативно чаще всего выслушиваются локальные влажные хрипы, сухие хрипы, ослабленное дыхание, реже – бронхиальное дыхание и крепитация. Достоверно чаще у лиц старше 60 лет отмечается одышка, длительная астенизация, нарушения ритма сердца, периферические отеки, спутанность сознания. Спутанность сознания по времени совпадает с периодом интоксикации и, видимо, во многом ею и обусловлена наряду с гипоксией и сосудистой недостаточностью. Появление нарушений ритма сердца и периферических отеков представляется связанным с интоксикацией и декомпенсацией кровообращения на фоне острого инфекционного процесса.

Данные рутинных лабораторных исследований не имеют особенностей при пневмониях у пожилых лиц. Характерны лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле. Прогностически неблагоприятна лейкопения с нейтрофильным сдвигом при массивных пневмониях. Одним из наиболее доказательных признаков пневмонии является определяемая на рентгенограммах инфильтрация легочной паренхимы. В первые часы заболевания, а также при дегидратации и лейкопении (нейтропении) этот характерный признак может не определяться. Типичные долевые, многодолевые и гомогенные очаговые инфильтрации характерны для распространенных бактериальных пневмоний и заболеваний, вызванных таким внутриклеточным агентом, как легионелла. Негомогенные инфильтрации и интерстициальные изменения более типичны для вирусов, микоплазмы, хламидий. Множественные перибронхиальные абсцессы обычно развиваются при стафилококковых пневмониях, а единичные крупные абсцессы характерны для пневмоний, вызванных клебсиеллой. Необходимо помнить о том, что рентгенологически определяемая пневмония в сочетании с лимфаденопатией средостения может оказаться туберкулезом легких, грибковым поражением, микоплазмозом, хламидиозом. У пожилых пациентов нередко определяется лишь инфильтрация, не сопровождающаяся лихорадкой и лейкоцитозом. Интерпретация рентгенологических данных сама по себе может быть затруднена, потому что следует дифференцировать собственно пневмонию и другие причины уплотнения легочной паренхимы, такие например, как рак легкого. На практике гораздо реже пневмонии приходится дифференциро-

вать с туберкулезом легких, лекарственными альвеолитами, поражением легких при коллагенозах.

Таким образом, пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста широко распространены, сложны в диагностике, отличаются тяжелым течением и высокой летальностью. Необходимо учитывать особенности развития и течения заболеваний у пожилых и старых людей, обусловленные новыми качествами стареющего организма, что весьма важно для правильной постановки диагноза, рациональной терапии и профилактики болезней у них.

Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Особенности лучевой диагностики в гериатрической практике.

Иркутская государственная академия последипломного образования, Иркутск

По мере старения населения в лечебных учреждениях увеличивается число пациентов пожилого возраста. Несмотря на тщательный сбор анамнеза и клинико–лабораторное обследование у этой группы населения, для правильной и своевременной постановки диагноза все большую роль приобретают специализированные методы лучевой диагностики. Лучевая диагностика в гериатрической практике имеет свои особенности. Информацию, полученную с помощью различных методов визуализации необходимо тщательно анализировать, чтобы дифференцировать возрастные изменения от хронических и дегенеративных изменений, которые часто встречаются у лиц после шестого десятилетия. Кроме этого, в виду частых физических и психических нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, пристальное внимание необходимо уделять пациентам и во время проведения процедур, сделав их по–возможности более комфортными. Лучевые диагностические исследования, в особенности с применением контрастных препаратов должны быть тщательно продуманы и безопасны для каждого конкретного пациента в отдельности. Для оценки радиологической безопасности первостепенное значение имеет возраст пациента. По статистике люди старше 60 лет в 2 раза чаще подвергаются радиационным методам исследования, чем более молодые группы населения. У пожилых людей восстановительные процессы замедляются, протекают менее эффективно, что и определяет повышенную их радиопоражаемость. Поэтому обязательно следует принимать во внимание возрастную радиочувствительность тканей и органов. Особое значение в пожилом возрасте приобретает интервенционная радиология. Интервенционные радиологические процедуры становятся все более важными в лечении или паллиативном лечении пожилых пациентов, имеющих несколько сопутствующих заболеваний и высокий риск развития пери– и постоперационных осложнений. Они могут служить как первичная, минимально инвазивная терапией, так и дополнением к традиционному хирургическому лечению.

Борисенко Г.Н. К методике лечения хронических синуситов у лиц пожилого и старческого возраста

Ивано–Матренинская детская клиническая больница, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Актуальность изучения проблемы лечения синуситов у лиц пожилого и старческого возраста объясняется тем, что выходит за рамки оториноларингологии. Основными формами развития хронического воспаления околоносовых пазух у лиц пожилого и старческого возраста, на фоне инволюционных процессов в слизистой оболочке носа, являются атрофические и вялотекущие синуситы, проявляющиеся тягостными для пожилых людей симптомами: затрудненным носовым дыханием, сухостью в полости носа, патологическими выделениями и корками в полостях носа и носоглотки, головной болью. Причинами являются проникновение инфекции из полости носа в просвет параназального синуса, застой секрета, нарушение аэрации и дренирования околоносовых пазух. Кроме того, проблема патологических изменений в полости носа и околоносовых пазух у пожилых людей связана с прогрессирующим ухудшением массы качественных факторов: обоняния, эмоций, ассоциаций, нарушение роли пищевой функции, обеспечивающей ориентировочные вкусовые реакции.

Цель исследования – изучение влияния ирригационной терапии на состояние слизистой оболочки носа на основании данных эндориноскопии, функциональных исследований обоняния и активности мерцательного эпителия.

Методы исследования. Обследовано 30 больных лиц пожилого и старческого возраста (средний возраст составил 64,3 лет) с атрофическим риносинуситом, получающих ирригационную терапию. Значимые различия по полу и возрасту в группах сравнения и в основной группе отсутствовали ($p > 0,05$). В качестве контроля были использованы результаты, полученные при обследовании тех же людей до лечения.

Результаты. Получены положительные результаты при использовании назального спрея «Долфин» у пациентов пожилого возраста. Пациенты отмечали улучшение качества жизни: свободное дыхание через нос, улучшении идентификации запахов, вкуса пищи, уменьшение ощущений сухости в полости носа. Положительная динамика состояния слизистой оболочки носа по данным эндориноскопии после ирригационной терапии отмечалась у большинства (90%) . Время мукоциллиарного транспорта у больных, до лечения превышало значение соответствующего показателя в группе обследованных, после получения ирригационной терапии ($p < 0,01$). У большинства обследованных больных на фоне применения ирригационной терапии патологические изменения в полости носа сопровождались уменьшением порогов восприятия запахов ольфакторного действия в среднем на 8,7%.

Заключение. Таким образом, методы активной санации полости носа и околоносовых пазух, дополненных к стандартным методикам лечения улучшают качество субъективных ощущений у лиц пожилого и старческого возраста.

та, объективно стабилизируют функциональное состояние слизистой оболочки носа. С учетом основных звеньев патогенеза хронического риносинусита определены основные принципы лечения его у лиц пожилого и старческого возраста: антибактериальная терапия; коррекция и активизация местного кровообращения; увлажнение и ирригация слизистой оболочки носа.

Борисенко Г.Н. Особенности возрастных изменений функционального состояния слизистой оболочки носа и влияние на нее психотропных препаратов

Ивано–Матренинская детская клиническая больница, Иркутский государственный медицинский университет

Широкое применение психотропных средств (ПС) в геронтологической практике определяет целесообразность изучения особенностей влияния их побочных действий на различные системы организма. Одним из наименее исследованных аспектов проблемы являются вопросы, связанные с оценкой воздействия ПС на функциональные механизмы слизистой оболочки носа (СОН). Вместе с тем, отрицательные эффекты ПС связаны, в частности, с их α -адреноблокирующим и антихолинергическими свойствами, возникновением нейрохимических нарушений и вторичными метаболическими сдвигами в СОН.

Цель исследования – изучение влияния длительного приема ПС на состояние слизистой оболочки носа на основании данных функциональных исследований обоняния, чувствительности, калориферности и активности мерцательного эпителия СОН.

Методы исследования. Обследовано 50 больных пожилого возраста (средний возраст 64,6 лет) 27 из которых, на момент обследования проходили длительное курсовое лечение ПС и 23 пациента не получали данные препараты более 2–х недель. В качестве контроля были использованы результаты, полученные при обследовании детей (30 человек) – средний возраст 14,6 лет, имелись значимые различия по полу и возрасту в группах сравнения и в основной группе.

Оценка функционального состояния СОН, включала использование функциональных методов исследования обоняния (объективной импульсная ольфактометрия №2005120495/22(023169) и рефлекторной чувствительности (воздействие импульсных токов определенной силы на слизистую оболочку носа) с параллельной регистрацией пупиллярного рефлекса на то или иное пороговое воздействие, определении времени мукоцилиарного транспорта и температуры слизистой оболочки носа.

Результаты. У большинства обследованных больных на фоне применения ПС патологические изменения в полости носа сопровождалось повышением порогов восприятия запахов ольфакторного действия в среднем на 8,7%. Время мукоцилиарного транспорта у больных, получавших ПС ($35,1 \pm 1,0$ мин.) превышало значение соответствующего показателя в группе обследованных, не

получавших эти препараты ($30,8 \pm 1,5$ мин., $p < 0,01$). У большинства больных принимавших курсовое лечение психотропными препаратами пороги рефлекторной чувствительности слизистой оболочки носа были в 1,5 раза выше, чем в группе пациентов лечебные назначения которых не предусматривали их применение. У них так же чаще регистрировались минимальные (в диапазоне 30–32°C) значения температуры слизистой оболочки носа ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, при интерпретации данных объективного тестирования следует учитывать особенности лечения пожилых людей. Более выраженные изменения обоняния, мукоцилиарной активности, чувствительности и калориферной функций слизистой оболочки носа регистрируются у пациентов, имеющих более длительный «стаж» курсового лечения психотропными препаратами. Перечисленные изменения могут быть источником патологических субъективных ощущений оказывающих отрицательное влияние на возрастные психологические аспекты.

Горшкова И.Ю., Пугачева С.В., Зоркальцева Е.Ю.
Современные особенности туберкулеза у детей в Иркутской области

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Областная детская туберкулезная больница, Иркутск

На протяжении последних 8-10 лет ситуация в отношении туберкулеза у детей в Российской Федерации относительно стабильная. Следует отметить, однако, тенденцию к увеличению удельного веса распространенных и осложненных форм туберкулеза, что свидетельствует о сохранении эпидемиологической напряженности. В Иркутской области, одной из «проблемных» территорий Сибирского Федерального округа, прослеживается рост заболеваемости туберкулезом детского населения с ежегодным темпом прироста в среднем 7,2% (Кощеев М.Е. и соавт., 2011).

Цель исследования: проанализировать эпидемиологическую ситуацию среди детского населения в Иркутской области и выявить факторы, на нее влияющие, для совершенствования организации противотуберкулезных мероприятий.

Методы исследования. Проанализированы статистические отчетные формы противотуберкулезных учреждений Иркутской области (1990 – 2010 гг.), комплексно обследовано 263 ребенка, больных туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в 2008 - 2010 гг. Среди них: 1 группа – дети из контакта с больными активным туберкулезом – 178 человек (68%), 2 группа - дети с неустановленным туберкулезным контактом - 85 человек (32%).

Результаты. Установлено, что эпидемиологическая обстановка по детскому туберкулёзу неблагоприятная. Заболеваемость туберкулёзом детей в 2010 г. в Иркутской области составила 40,3 на 100 000 детского населения, что превышает показатель 2009 года в 1,5 раза, 1990 года – в 4,8 раза. Уровень заболеваемости взрослого населения вырос с 1990 года в 3,6 раза. Показатели детской и взрослой заболеваемости туберкулеза находятся в тесной взаимосвя-

зи (коэффициент корреляции $r = 0,82$). Распространенность туберкулеза среди взрослого населения также характеризовалась стабильным ростом и составила 395,8 на 100 000 населения в 2010 году.

Следует отметить, что удельный вес деструктивных и бациллярных форм составил в 2010 году, соответственно, 57,0% и 49,3%. На протяжении рассматриваемого периода, несмотря на колебания показателей, прослеживалась тенденция к росту. Очевидно, что указанные показатели зависят не только от своевременности выявления, но и от состояния микробиологической службы и возможностей лучевого обследования на территории области.

Еще один важный показатель – охват госпитализацией впервые выявленных (78,2%) и бациллярных (63,9%) больных туберкулезом взрослых. С ростом заболеваемости и распространенности туберкулеза среди взрослых сформировался значительный дефицит коечного фонда, достигающий, по разным подсчетам, более 1000 коек. Охват госпитализацией ежегодно снижается, что создает угрозу развития заболевания у контактных лиц, особенно у детей.

В 2010 году в области взято на учет по IV группе 2139 ребёнка, заболело из контактов 44 ребёнка, показатель заболеваемости контактных составил 9,9 на 100 000 детского населения, а при расчете на 100 000 контактных он в 50 раз превышает заболеваемость туберкулезом детей в области. На протяжении последних 10 лет охват химиопрофилактикой детей из контакта составил в среднем 92,0%. Высокий показатель заболеваемости контактных детей при формально удовлетворительном охвате указывает на отсутствие контроля за приемом препаратов и связан с определенными сложностями в организации контролируемой химиопрофилактики (отсутствие противотуберкулезного санатория для детей). В целом можно заключить, что заболеваемость детского населения тесно связана с резервуаром туберкулезной инфекции среди взрослого населения, постоянно пополняющегося впервые выявленными больными.

Установлено, что в 2010 г., как и в предыдущие годы, основной процент заболевших, составляют дети из контакта с больными туберкулезом (77 детей - 66% - в 2010 г., 50 детей - 69% - в 2009 г., 51 ребенок - 70% - в 2008 г.). Из них основной удельный вес приходится на семейные очаги туберкулезной инфекции: в 2010 г. из тесного семейного контакта выявлено 59 (50%) заболевших детей, в 2009 г. - 45 (61%), в 2008 г. – 40 детей - (55%).

При этом выявлены значительные различия в возрастной структуре данных групп. Так, в группе детей, находящихся в контакте с больными туберкулезом, высокий удельный вес составляет возрастная группа до 4 лет 55 детей (31%), в то время как в группе с неустановленным контактом таких детей выявлено 17 (20%) (табл. 1).

Таблица 1

Возрастная структура детей, заболевших туберкулезом в группах установленного и неустановленного контакта

Возраст, лет	Дети, заболевшие туберкулезом из контакта		Дети, заболевшие туберкулезом с неустановленным контактом	
	Абс.	%	Абс.	%
0-4	55	31,0%	17	20,0%
4-7	58	33,0%	21	25,0%
7-14	65	36,0%	47	55,0%
Всего	178	100,0%	85	100,0%

Химиопрофилактику получили только 92 ребенка (51%) из числа находившихся в контакте. Только 39 заболевших детей (21%) получили профилактическое лечение необходимой длительности. Отсутствие химиопрофилактики при наличии показаний или некачественное ее проведение способствовали развитию туберкулеза.

Сохраняется высокий уровень выявления заболевания по обращаемости [7]. Мы рассмотрели методы выявления туберкулеза у детей (табл. 2, 3).

Из представленных таблиц видно, что в 2010 г. значительно увеличилась доля детей из контакта, выявленных по обращению. В рассматриваемый период стабильно высоким был удельный вес детей, выявленных при обследовании по контакту (от 37% в 2010 г. до - 52% в 2009 г.).

Таблица 2

Выявление туберкулеза у детей, не имеющих в анамнезе туберкулезного контакта

Выявление	2010 г.		2009 г.		2008 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
По обращению	11	27,5	10	43,0	8	36,0
Вираз туберкулиновых проб	3	7,5	1	4,3	1	4,5
Гиперергическая реакция на туберкулин	7	17,0	2	17,2	1	4,5
Нарастание туберкулиновой чувствительности	2	5,0	4	8,6	-	-
Положительная проба Манту	16	43,0	6	26,0	10	45,0
Всего:	39	100,0	23	100,0	20	100,0

Таблица 3

Выявление туберкулеза у детей, имеющих в анамнезе туберкулезный контакт

выявление	2010 г.		2009 г.		2008 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
По обращению	17	22,0	1	2,0	5	10,0
Виразж туберкулиновых проб	8	10,0	8	16,0	6	12,0
Гиперергическая реакция на туберкулин	15	19,0	7	14,0	8	15,0
Нарастание туберкулиновой чувствительности	1	1,3	-	-	1	2,0
Положительная проба Манту	7	10,7	8	16,0	9	18,0
Обследование по контакту	29	37,0	26	52,0	22	43,0
Всего:	77	100,0	50	100,0	51	100,0

Количество детей, выявленных при обследовании по виражу туберкулиновых проб в первой группе, значительно превышает число детей, выявленных из 2 группы ($P < 0,001$). При этом в указанный период показатель охвата туберкулинодиагностикой в Иркутской области остается стабильно высоким и составляет 95-99%. На наш взгляд, это свидетельствует о неэффективности проводимой туберкулинодиагностики.

В клинической структуре на протяжении последних лет лидирующие позиции занимает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и составляет в среднем за три последних года 80%. Остальные 20% приходятся на другие формы легочной локализации и внелегочной туберкулез. Обращает на себя внимание, что в группе детей, находящихся в контакте с туберкулезом, процент туберкулеза внутригрудных лимфоузлов достигает 90% (154 ребенка), остальные формы легочного туберкулеза - 10% (24 ребенка). В период 2008 - 2010 гг. в группе контактных детей не было выявлено ни одного случая туберкулеза внелегочной локализации.

Напротив, в группе детей, не состоящих в контакте с больными взрослыми, туберкулез внутригрудных лимфоузлов в клинической структуре составил 62% в среднем за 3 последних года. На долю внелегочного туберкулеза пришлось 10%. Хотелось бы отметить, что отличительной особенностью 2010 г. стало преобладание туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в обеих группах – 68 детей (88,3%) из 1 группы и 33 ребенка (82,5%) из 2 группы, что,

на наш взгляд, свидетельствует об активизации работы по раннему выявлению туберкулеза у детей.

Выявление туберкулеза у детей в фазе инфильтрации в группе контактных составляет в среднем за три последних года 46%, в то время как в группе неконтактных своевременно выявленный туберкулез зарегистрирован только в 27% случаев. В группе 0-4 лет выявление в фазе инфильтрации было преобладающим и составило 40 детей (73%) из контакта и 88% (15) в группе детей с установленным контактом. В других возрастных группах достоверного различия обнаружено не было.

Выявляемость детей с кальцинатами в Иркутской области остается на стабильно высоких цифрах, и в среднем за 3 последних года составляет 15,75% (48 детей). Особенно высок процент несвоевременного выявления в группе неустановленного контакта в возрастной группе 4-7 лет 4 ребенка из первой группы (7%) против 6 детей во второй группе (28%) ($P < 0,001$).

В период эпидемиологического неблагополучия на территории области в клинической структуре у детей отмечается стабильно высокий показатель удельного веса осложненных форм туберкулеза. Осложненные формы преобладают у детей из группы неустановленного контакта - 26 человек (35%) осложненных форм, против 46 (20%) у имеющих туберкулезный контакт. Отмечено, что осложненные формы у детей 0-4 лет встречаются одинаково часто в обеих группах: 17 детей в первой группе (31%) и 6 детей во второй группе (35%). В возрасте 7-14 лет осложненные формы встречаются достоверно чаще в группе неустановленного контакта 15 детей (32%), против 18 (21%) в группе с установленным контактом.

Выводы:

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детского населения напряженная и в значительной мере определяется высокой распространенностью туберкулеза среди взрослого населения.

2. В Иркутской области сохраняется высокий уровень выявления заболевания туберкулезом у детей при обращении за медицинской помощью и при обследовании по поводу контакта с больными туберкулезом, что является свидетельством недостаточной работы по раннему выявлению туберкулеза у детей.

3. В клинической структуре преобладает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В группе детей, не состоящих в контакте с больными туберкулезом, доля ограниченных форм туберкулеза ниже, здесь же регистрируются случаи внелегочного туберкулеза.

4. Высок процент несвоевременного выявления детей с кальцинатами в группе неустановленного контакта, осложненных форм туберкулеза в возрастной группе 7-14 лет, что свидетельствует о неблагополучии эпидемиологической обстановки и недостаточной работе по раннему выявлению туберкулеза среди школьников.

Краснова Ю.Н., Михалевич И.М. Значение клинических симптомов и данных анамнеза при диагностике хронической обструктивной болезни легких

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель. Оценить вклад клинических симптомов и данных анамнеза при диагностике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы исследования. В рамках одномоментного выборочного эпидемиологического исследования (cross-sectional study) по изучению распространенности ХОБЛ обследовано 3100 человек (проведено анкетирование для выявления респираторных симптомов, спирометрия). В соответствии с критериями GOLD у 144 человек выявлена ХОБЛ. Средний возраст пациентов с выявленной ХОБЛ – 66 (53;72) года. Среди больных ХОБЛ – 78% пациентов – мужчины, 22% – женщины. ОФВ1/ФЖЕЛ в группе пациентов с ХОБЛ составило – 62 (54; 66)%, ОФВ1 – 66 (48;78) %. Для оценки вклада отдельных симптомов в диагноз ХОБЛ применяли регрессионный анализ с использованием R^2 – коэффициента множественной детерминации, который позволяет оценить степень соответствия регрессии имеющимся эмпирическим данным. Он определяет общее рассеивание значений, обусловленное изменчивостью факторов влияния.

Результаты. При выявлении у пациента хронического кашля вероятность ХОБЛ составляет – 4,8%, продукции мокроты – 9%, одышки – 10,9%, свистящих хрипов – 23,6%, курения – 27%. При сочетании у пациента наличия свистящих хрипов и анамнеза курения вероятность выявления ХОБЛ составляет – 50,7%. Выявление у курящего пациента свистящих хрипов, кашля с мокротой и одышки в 75,4 % позволяет верифицировать ХОБЛ.

Заключение. Результаты позволяют сформировать группы лиц, которым показана спирометрия, вследствие высокой вероятности наличия у них ХОБЛ. При невозможности проведения спирометрии выявление у курильщика свистящих хрипов, кашля с мокротой и одышки диагноз ХОБЛ следует рассматривать как высоковероятный.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Агапитова С.Т. Гидроколонтерапия

Областной Гериатрический центр, Иркутск

Издревле было известно очищение толстого кишечника водой, растворами трав, с помощью клизм лечился ряд хронических заболеваний.

В наше время из-за недостаточного содержания клетчатки в рационе питания, употребления жирной, консервированной пищи, именно в толстом кишечнике скапливаются яды и токсины, слизь, шлаки, которые не могут самостоятельно покинуть человеческий организм. Эти яды по системе кровообращения распространяются по всему телу и, вскоре патологический процесс вовлекаются другие системы организма. Возникают заболевания толстой кишки

(спастический колит, хронический запор, синдром раздраженной кишки, полипоз кишечника, онкопатология толстой кишки) и следующие за этим вегето – сосудистые изменения, астено – депрессивные состояния, нарушение сна, иммунодефициты, синдром хронической усталости.

Сегодня имеется современная аппаратура для проведения процедуры мягкого безболезненного и эффективного орошения толстой кишки – гидроколонтотерапии.

Эта гидротерапевтическая процедура проводится с целью очищения кишечника от отторгшегося эпителия, слизи, шлаков, токсинов, экскретов и гнилостных анаэробных бактерий. Она восстанавливает нормальное соотношение микроорганизмов кишечной микрофлоры, которые расщепляют питательные вещества, обуславливают естественный иммунитет, синтезируют витамины группы В и другие биологически активные вещества. Эта процедура способствует усилению местного кровотока слизистой толстой кишки и восстанавливает нарушенное при болезни всасывание газов и минеральных веществ в кровь. Поступающая жидкость корригирует метаболический ацидоз и соотношение электролитов в интерстиции. В процессе лечения наблюдается восстановление моторной и секреторной функции толстого кишечника.

Гидроколонтотерапия проводится с использованием недорогих одноразовых ректальных наборов, что позволяет сделать процедуру безопасной и общедоступной.

Процедура проходит в течение 45 минут. После процедуры пациент чувствует себя хорошо и можно сразу приступить к работе.

Многочисленно проанализировано около 350 результатов лечения. Наиболее часто обращаются люди страдающие заболеваниями : запоры различной этиологии, диарея, диспепсические явления (вздутие живота, изжога, отрыжка), явления аутоинтоксикации (головные боли, немотивированная слабость, снижение работоспособности, неприятный запах от тела), дискинезия толстой кишки, паразитические инфекции, подготовка к обследованию толстой кишки, хронический гастрит, заболевания печени и желчевыводящих путей, болезни обмена веществ (подагра, диабет, диатезы, экзогенно конституциональное ожирение), признаки нарушения функции иммунной системы (частые респираторные заболевания, дерматиты неясной этиологии, псориаз, аллергические состояния), подготовка к оперативному вмешательству.

После процедуры пациенты отмечают улучшение самочувствия, повышается работоспособность, улучшается состояние кожи, уменьшается вес, решаются проблемы желудочно – кишечного тракта, аллергии, проходят запоры. Курсы гидроколонтотерапии можно повторять 2–3 раза в течение года, что даст возможность стойкого сохранения компенсаторных возможностей организма и приведет к полноценному иммунному ответу при любой патологии. Процедуры лучше проводить через день в количестве 1 – 3 – 5 сеансов.

Борисенко С.М., Егорова Л. С., Гурьева П.В., Тетерина Л. Р. Диетические рекомендации для пациентов с ГЭРБ пожилого и старческого возраста.

Областной гериатрический центр, Иркутск.

В настоящее время под термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) следует понимать комплекс симптомов и/или воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и осложнений, возникающих вследствие заброса в пищевод желудочного содержимого.

Актуальной классификацией ГЭРБ сейчас можно считать Монреальскую, которая делит проявления заболевания на пищеводные и внепищеводные. Первые, в свою очередь, подразделяются на клинические синдромы: типичный симптомокомплекс рефлюкса и боли в грудной клетке, и синдромы с наличием повреждения слизистой оболочки пищевода: рефлюкс – эзофагит, пептическая стриктура, пищевод Баррета и аденокарцинома. Такие внепищеводные проявления как кашель, ларингит, астма, эрозии эмали зубов классифицируются как несомненно связанные с желудочно – пищеводным рефлюксом, в то время как синусит, легочный фиброз, фарингит, отит – вероятно связанные с ГЭРБ.

Если применяется термин «неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (НЭРБ), то имеется ввиду наличие типового симптомокомплекса в отсутствие эндоскопических проявлений эзофагита или при наличии только катарального эзофагита. Неэрозивную рефлюксную болезнь можно рассматривать как фазу ГЭРБ и как одну из форм ГЭРБ. Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании типичной клинической картины с учетом данных, полученных при дополнительных методах исследования (рН–метрическом, импедансометрии, манометрическом, рентгенологическом, проведении лекарственных проб). В общей популяции пациентов с ГЭРБ лица с типичным симптомокомплексом рефлюкса без эрозивного поражения слизистой оболочки пищевода составляют более 60%. НЭРБ следует дифференцировать с функциональной изжогой, которая подразумевает отсутствие патологического желудочно – пищеводного рефлюкса и, таким образом, не отвечает определению ГЭРБ. Пациенты с функциональной изжогой представляют гетерогенную группу с различными механизмами развития симптомов.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. Формирование стриктур пищевода отмечено у 7 – 23% больных эрозивно – язвенным эзофагитом, возникновение кровотечений – у 2% пациентов. Среди лиц старше 80 лет с желудочно – кишечными кровотечениями эрозии и язвы пищевода были их причиной в 21% случаев.

Лечение пациентов должно быть направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюката, улучшение пищеводного клиренса и защиту слизистой оболочки пищевода. В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ можно считать следующие: необходимость назначения больших доз антисекреторных препаратов и проведения длительной основной (не менее 4 – 8 недель) и поддерживающей (6 – 12 месяцев) терапии. При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень вы-

сока. Исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что более чем у 80% пациентов, не получающих адекватного поддерживающего лечения, рецидив развился в течение ближайших 26 недель, а в течение года вероятность рецидива составляет 90 – 98%. Из этого следует обязательная необходимость поддерживающего лечения.

Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ, особенно пожилого и старческого возраста. В первую очередь, необходимо снизить массу тела, если она избыточна, и прекратить курение.

Больных нужно предупредить о побочном действии препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также могут сами явиться причиной воспаления (нестероидные противовоспалительных средства, доксициклин, хинидин).

Следует отказаться от редких и обильных приемов пищи, исключить очень горячую или очень холодную пищу, не принимать жидкость в промежутках между едой. После приема пищи избегать наклонов туловища вперед и не ложиться в течение 2 часов, не стягивать живот тугим поясом. Следует принимать пищу не позже, чем за 2 – 3 часа до сна.

В таблице перечислены основные группы продуктов, разрешенных и запрещенных у пациентов пожилого и старческого возраста с проблемами ГЭРБ.

Таблица

Основные группы продуктов, разрешенных и запрещенных у пациентов пожилого и старческого возраста с проблемами ГЭРБ

Разрешено		Разрешено
Хлеб пшеничный вчерашний или немного подсушенный, сухой бисквит, сухое печенье, не сдобные булочки, печеные пирожки с яблоками, отварным мясом или рыбой, яйцами, джемом, ватрушки с творогом	Хлеб и мучные изделия	Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из слоеного теста
Мясные, рыбные, овощные, молочные	Супы	Крепкие бульоны, окрошка
Не жирные, без сухожилий и кожи, в отварном, паровом и тушеном виде, в виде котлет, биточков, зразов, суфле	Мясо, птица, рыба	Жирные и жилистые сорта мяса и птиц, консервы, копчености
Молоко, сливки, не кислые кефир и простокваша, ацидофилин, йогурт, свежий не кислый творог и сметана, не острый сыр, сливочное масло, все блюда из творога (сырники,	Молочные продукты	Острые и соленые сыры, молочные продукты с высокой жирностью

запеканка, вареники, пудинги, суфле)		
Всмятку, омлет	Яйца	Вкрутую, жареные
На воде или молоке манная, рис, гречневая, овсяная, вермишель, макароны	Крупы	Кукурузная, бобовая
Отварной или тушеный картофель, морковь, свекла, цветная капуста, тыква, кабачки, томаты, огурцы, сладкий перец, укроп, петрушка. Рафинированные растительные масла в блюде. Соленые овощи и грибы – ограниченно.	Овощи	Белокочанная капуста, репа, брюква, редька, щавель, шпинат, лук, чеснок, квашеные и маринованные овощи, хрен, бобовые
Сладкие ягоды и фрукты в свежем и любом другом виде (варенье, компоты, массы, желе, кисели и т.д.)	Фрукты	Кислые и не достаточно спелые, виноград
Овощные, мясные, рыбные салаты, печеночный паштет, вареная колбаса, нежирная ветчина, буженина, шейка, заливная рыба, икра осетровых рыб, вымоченная нежирная сельдь	Закуски	Острые, соленые, копчености, кетчуп, горчица
Сахар, мед, пастила, зефир, сливочный крем	Сладкие блюда	Шоколад
Чай, какао и кофе с молоком, сладкие соки из фруктов и ягод	Напитки	Черный кофе, газированные напитки, квас, алкоголь (особенно сухое вино и пиво)

Онучина Е.И., Брикова С.И., Романенко Н.Д., Бродач Л.Н. Оптимальная симптоматическая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

С позиций доказательной медицины базисной группой препаратов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определены ингибиторы протонной помпы (ИПП) (Katz P.O., Zavala S., 2010; Johnson D.A., Levy V.H., 2010). Однако начало их клинического эффекта в зависимости от применяемого препарата может быть отсрочено от 1 до 7 дней (Tytgat G.N., et al., 2008). Есть данные о возможности использования в этот период антацидов и

альгинатов (Маев И.В., Самсонов А.А., 2005; Бордин Д.С., и др., 2009), но методы медикаментозного лечения не всегда могут быть прямо воспроизведены в старших возрастных группах. У пожилых больных уменьшается инактивация в печени и замедляется выведение лекарственных средств, способствуя увеличению концентрации и продолжительности действия препарата, повышается вероятность межлекарственных взаимодействий и токсического воздействия медикамента. Опубликованные работы, выполненные в этой возрастной категории по лечению ГЭРБ, ограничиваются описанием эффективности ИПП (Гончаренко А.Ю., и др., 2005; Pilotto F., et al., 2007). Сведений о возможности применения альгинатных и антацидных препаратов для ранней симптоматической терапии у пожилых больных ГЭРБ в доступной литературе мы не обнаружили.

Цель: сравнить клиническую эффективность применения альгинатного препарата Гевискон и алюмомагниевого антацидного препарата для симптоматической терапии на 3 и 7 дни исследования у пожилых больных ГЭРБ.

Методы исследования. Проведено открытое, продольное, рандомизированное исследование в параллельных группах. В исследование включили 60 больных ГЭРБ средним возрастом $79,0 \pm 6,8$ лет. Среди них мужчин: 17 (28,3%), женщин – 43 (71,7%). Средняя длительность заболевания составила $3,23 \pm 2,81$ года. Критерии включения в исследование: «А» степень эрозивной формы рефлюксной болезни (ЭРБ). Критерии исключения из исследования: выраженные мнестико–интеллектуальные расстройства, иные заболевания пищевода, оперативные вмешательства на органах ЖКТ (кроме холецистэктомии, эндоскопической полипэктомии, аппендэктомии), прием ИПП, H_2 –гистаминоблокаторов, антацидов, альгинатов, прокинетиков более недели в течение 4 недель до начала исследования. Все больные, соответствовавшие критериям включения, в течение первых 12 часов пребывания в стационаре методом «закрытых конвертов» случайным образом были разделены на две равные группы сравнения. Первую составили лица, получавшие 3 раза в день: альгинатный препарат – Гевискон форте в дозе 10 мл. Вторую – лица, получавшие 3 раза в день: алюмомагниевый антацидный препарат в дозе 1 пакетик. Продолжительность исследования составила 7 дней, после его завершения всем больным были назначены стандартные дозы ИПП.

Диагностику ГЭРБ осуществляли на основании рекомендаций Монреальского консенсуса (Vakil N., et al., 2006). Клиническое обследование включало детальный расспрос больных для выявления типичных пищеводных (изжога, отрыжка) и внепищеводных жалоб (хронический кашель, першение в горле). Дополнительно выявляли симптомы функциональной диспепсии (ФД) – эпигастральную боль (эпигастральный болевой синдром – ЭБС) и чувство раннего насыщения и/или тяжесть, распирание в эпигастрии (постпрандиальный дистресс–синдром – ППД) (Drossman D.A., 2006). В ходе исследования оценивали частоту и выраженность симптомов по 5 бальной шкале Likert: 0 – симптом отсутствует, 1 – незначительно выраженный, 2 – умеренно выраженный, 3 – резко

выраженный, 4 – крайне беспокоит. Указанные проявления фиксировали исходно, на 3 и 7 дни исследования. Степень повреждения слизистой пищевода определяли исходно при проведении ФЭГДС перед началом исследования по модифицированной версии Лос–Анджелесской классификации (Lundell L.R., et al., 1999).

Все этапы исследования выполняли с соблюдением этических принципов, изложенных в Хельсинской декларации. Завершили исследование согласно протоколу 60 больных (100%). Статистическую обработку результатов исследования осуществили при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2003. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим данным, длительности ГЭРБ, наличию сопутствующих заболеваний других органов пищеварения и систем органов. Исходная оценка частоты и выраженности всех анализируемых симптомов ГЭРБ не обнаружила статистически значимых различий между группами (все $p > 0,05$).

На третий день исследования число больных с сохранившимся симптомом изжоги в группе приема альгината было в 3 раза, а выраженность симптома в 2 раза ниже такового в группе приема антацида. Достоверность различий между группами по указанным показателям подтвердилась и к 7 дню исследования. Аналогичную закономерность установили в отношении частоты и выраженности кислой отрыжки. Однако антацидный препарат оказал статистически значимое влияние на частоту отрыжки только к 7 дню исследования. При этом число больных с сохранившимся симптомом отрыжки в группе приема альгината была на порядок ниже, чем в группе приема антацида (3,3% против 30,0%, $p = 0,01$).

В группе приема альгината установлено достоверное снижение частоты и выраженности сухого кашля и першения в горле на 3 день и более значительное снижение выраженности першения в горле – на 7 день исследования. В группе приема антацида обнаружено достоверное изменение только выраженности кашля на 3 день, а першения в горле – на 7 день. Антацидный препарат не оказывал статистически значимого влияния на частоту анализируемых симптомов внепищеводных синдромов.

Влияние приема антацида на симптомы ФД проявлялось только достоверным снижением выраженности симптома ЭБС (к 7 дню) и отсутствием такового на его частоту, как на 3, так и на 7 день исследования. В то же время, прием альгината статистически значимо снижал частоту, а также выраженность симптома ЭБС на 3 день и, кроме того, последний показатель еще в большей мере – на 7 день исследования. Эффект от приема альгината на частоту и выраженность симптомов ППД был получен на 3 день, но не изменялся к 7 дню, при этом он был существенно ниже, чем воздействие на симптомы пищеводных и внепищеводных синдромов ГЭРБ. Прием антацида в анализируемые сроки не изменял частоту и выраженность симптомов ППД.

Полученные результаты отражают ранний и стойкий клинический эффект альгината в купировании всех анализируемых симптомов. Тогда как, прием антацида оказывал достоверное влияние только на симптомы пищеводных синдромов. Их основным патогенетическим механизмом является заброс и длительный контакт кислого желудочного содержимого со слизистой пищевода (Ang D. et al., 2008). Однако с использованием современных диагностических приемов установлено, что около 15% изжоги и отрыжки даже при эрозивной форме рефлюксной болезни ассоциированы с некислотными рефлюксами (Kahrilas P.J., Sifrim D., 2008). Появлению хронического кашля и першения в горле способствуют микроаспирация рефлюксата и, в меньшей степени – рефлексный механизм. При этом кислый рефлюкс присутствует только у 10–20% больных с хроническим кашлем (Richter J.E., 2007) и около 25% – хроническим ларингитом (Qua C.S. et al., 2007), ассоциированными с ГЭРБ. Ведущую роль в появлении симптомов ФД при ГЭРБ играют нарушения моторики антродуоденальной зоны и дуоденогастральные рефлюксы (Kusano M., et al., 2007; Sarnelli G., et al., 2008).

Путем формирования механического барьера, альгинат натрия (Гевискон) оказывает универсальный антирефлюксный эффект без избирательности к типу рефлюкса, препятствующий забросу как кислого желудочного, так и щелочного дуоденального содержимого в пищевод. Кроме того, альгинат обладает сорбционными свойствами в отношении компонентов дуоденального рефлюкса, что позволяет изолировать слизистую дистального отдела пищевода от их агрессивного воздействия (Strugala V., et al., 2009).

Действие антацидов связано преимущественно с адсорбцией и нейтрализацией соляной кислоты в просвете желудка и при рефлюксе – пищевода. Нами намеренно был выбран препарат с высокими показателями скорости и уровня ошелачивания (Капралов Н.В. и др., 2008), что показало эффективное влияние, но только на типичные пищеводные симптомы, в наибольшей степени ассоциированные с кислым гастроэзофагеальным рефлюксом. Однако и в этом случае результативность Гевискона была на порядок выше антацида.

Важной фармакологической особенностью альгинатного препарата является отсутствие системного влияния. Тогда как, негативные эффекты, входящих в состав антацида алюминия и магния у больных ГЭРБ пожилого и старческого возраста в условиях инволютивного снижения интенсивности метаболических процессов и клиренса метаболитов могут быть усилены.

Органолептические свойства препарата положительно оценили пациенты обеих групп. Однако в группе приема антацида регистрировали усиление запоров, что, вероятно, послужило дополнительным фактором, снизившим приверженность пациентов к его последующему применению. Намерение в отношении дальнейшего приема препарата в группе альгината высказали – 28 (93,3%), антацидов – 22 (73,3%), $p=0,04$.

Заключение. Клинические возможности Гевискона по частоте и срокам купирования симптомов ГЭРБ в старших возрастных группах выше, чем у ан-

тацидных препаратов. Суспензия Гевискона может быть рекомендована больным пожилого и старческого возраста в качестве эффективного и безопасного симптоматического средства в первые дни курсовой терапии ранними поколениями ИПП, а также в режиме монотерапии – для поддержания ремиссии заболевания.

Радаева Е.В., Чистякова М.В., Суворова Т.В. Нарушения и вариабельность ритма сердца у больных хроническим вирусным гепатитом по данным суточного мониторирования ЭКГ.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель исследования: изучить частоту и характер сердечных аритмий, показатели вариабельности ритма сердца у больных хроническими вирусными гепатитами.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 45 больных хроническим вирусным гепатитом (27 мужчин и 18 женщин) средний возраст которых составил $36,1 \pm 8,1$. Подавляющее большинство пациентов были инфицированы вирусом гепатита С (76%). Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца (стенокардия; инфаркт миокарда; реваскуляризация коронарных артерий), хронический алкоголизм и тяжелая сопутствующая патология. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Помимо общеклинического обследования всем больным проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ в течение суток с автоматическим анализом вариабельности ритма сердца при помощи мониторингового комплекса „Astrocard” с одноименным программным обеспечением. При изучении ВРС оценивались следующие временные и спектральные показатели:

- SDNN (мс) – стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов R–R ;
- PNN50 (%) – доля соседних синусовых интервалов R–R, которые различаются более чем на 50 мс.
- rMSSD, мс – квадратный корень из среднего квадратов разностей величин последовательных пар интервалов R–R.
- HF, мс² – мощность в диапазоне высоких частот (0,15–0,40 Гц) маркер вагусных влияний.
- LF, мс² – мощность в диапазоне низких частот (0,04–0,15 Гц) –маркер симпатических механизмов регуляции .
- LF/HF – коэффициент баланса симпатической и парасимпатической активности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL 2003 for Windows (Microsoft, USA) и программы «Biostat».

Результаты. По данным суточного мониторирования ЭКГ у 50% пациентов зарегистрированы нарушения ритма сердца: в 23% случаев – наджелу-

дочковая экстрасистолия, в 27% – была выявлена желудочковая экстрасистолия. В большинстве случаев она была доброкачественной (1–2 класс по Lown), у 2 пациентов носила потенциально злокачественный характер (4б класс по Lown) – на фоне высокой активности гепатита наблюдались короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии.

При изучении показателей ВРС у пациентов страдающих ХВГ наблюдалось снижение основных спектральных и временных параметров ВРС. Среди спектральных показателей отмечалось увеличение коэффициента LF/HF ($4,7 \pm 1,5$ в группе больных ХВГ и $2,8 \pm 1,0$ в контрольной), отражающего баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Среди временных показателей происходило достоверное уменьшение в сравнении с контрольной группой параметров SDNN ($140,8 \pm 29,69$ и $226,8 \pm 8,6$, соответственно), отражающего вариабельность ритма сердца в целом, рNN50 ($12,5[2,6;20,9]$ и $36,4 \pm 4,4$, соответственно) и rMSSD ($34,4[21;49]$ и $89,6 \pm 23,1$, соответственно). Значения двух последних показателей определяются преимущественно влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Заключение: у больных ХВГ довольно часто регистрируются нарушения ритма сердца, наблюдается дисбаланс в функционировании двух отделов вегетативной нервной системы с преимущественной активацией ее симпатического звена, снижением вагусного контроля сердечной деятельности и общей вариабельности ритма сердца.

БОЛЕЗНИ ОПОРНО–ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Агапитова С.Т. Комплексное лечение болей в спине у пожилых больных.
Областной гериатрический центр

Боль в спине одна из наиболее распространенных жалоб пациентов старшего возраста. В отличие от людей молодого и среднего возраста у них реже наблюдаются компрессионные радикулопатические синдромы остеохондроза, а чаще причиной болей служат рефлекторные мышечно–тонические и нейродистрофические расстройства (миофасциальные синдромы), остеопороз, распространенный остеоартроз, вовлекающий суставы позвоночника, конечностей.

Цель. Эти и другие особенности генеза болей в спине у пожилых и старых людей наряду с возрастом определяют и тактику лечения.

Методы исследования. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента и клинических проявлений: выраженности болевого синдрома, статико – моторного состояния позвоночного столба, тонуса скелетной мускулатуры и психоэмоциональных изменений используются различные виды лечения. Меньшее значение имеют традиционные методы (иногда вызывающие неврологические и сердечно–сосудистые осложнения), активные электропроцедуры, энергичные методы мануальной терапии.

Большой акцент нужно делать на местные процедуры – тепловые или холодовые компрессы, аппликации, фонофорез лекарственных веществ, лазеротерапию, магнитотерапию, ношение корсета, рациональный по длительности и форме двигательный режим, рефлексотерапию, массаж.

Фармокотерапия болевых синдромов включает несколько основных групп препаратов: нестероидные противовоспалительные средства, трициклические антидепрессанты, противосудорожные средства, нейролептики, миорелоксанты.

Дозы, показания и противопоказания к их применению определяются в соответствии с возрастом, соматическим и психическим состоянием больных, возможным побочным действием и осложнениями. Желательно начинать терапию с одного из нестероидных противовоспалительных средств в небольшой дозе, постепенно ее повышая, и делать заключение об эффективности не ранее чем через 2 – 3 недели. При хорошем результате и отсутствии побочных эффектов препарат используют при повторных курсовых приемах или заменяют его на другой из этой же группы или иных групп. Часто необходима комбинация и из разных групп, которую надо составлять постепенно, поочередно вводя новое средство, начиная с малых доз и медленно их повышая.

Результаты. В результате лечения у больных уменьшаются клинические проявления болезни, улучшается физическая работоспособность, психоэмоциональное состояние, что позволяет приостановить прогрессирование патологических изменений в позвоночнике и межпозвонковых дисках.

Заключение. При комплексном лечении болей в спине у пожилых больных быстрее наступает положительный результат, уменьшается частота обострений.

Зырянова Н.Ю., Особенности течения и лечения остеоартроза коленных суставов у пациентов областного гериатрического центра

Областной гериатрический центр, Иркутск

Цель. Изучение частоты заболевания остеоартроза коленных суставов у пациентов ОГЦ по возрастным группам, наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на течение ОА коленных суставов. Особенности диагностики и лечения данного заболевания у пациентов ОГЦ. Анализ эффективности проводимого лечения.

Методы исследования. Проведен анализ 274 амбулаторных карт и историй болезней пациентов ОГЦ за период 2009-2011 гг. Возраст пациентов составлял от 45 лет до 90 лет. Проводился анализ жалоб пациентов по медицинским картам за три года, данные лабораторных исследований, рентгенологических исследований, УЗИ суставов, данные обследования других ЛПУ. Обязательным являлось наличие рентгенологического обследования. Выделены группы по возрастной категории до 56 лет (28 пациентов), от 56 до 60 лет (40 пациентов), 60-70 лет (136 пациентов), 70-80 лет (66 пациентов), старше 80 лет (14 пациентов). Женщины с ОА коленных суставов составили 206 человек, мужчины – 68 человек. Выявлены пациенты с ОА I-II рентгенологическая стадия – 90 чело-

век, II-III рентгенологическая стадия – 127 человек, III рентгенологическая стадия – 57 человек. Проведен анализ назначенного лечения (НПВС, хондропротекторы, внутрисуставные инъекции, физиолечение, эндопротезирование). 274 пациента получали НПВС. 258 пациентов получали физиолечение (94%). Рекомендации на эндопротезирование получили 8 пациентов.

Результаты. В поликлинику с данной патологией чаще обращаются женщины (75%). Наиболее часто обращаются пациенты в возрасте 60-70 лет (49,6%) и 70-80 лет (24,1%). По рентгенологическим данным преобладает II-III стадия (46%), I-II стадия (32,8%). У всех пациентов был суставной синдром с различной степенью выраженности болевого синдрома. По лабораторным исследованиям отмечались признаки воспалительного процесса. Всем пациентам было назначено лечение НПВС в различных формах в зависимости от выраженности воспалительного процесса. Длительность лечения НПВС составляла от 10 до 25 дней. 52 пациента при неэффективности проводимой терапии проводились в/суставные инъекции гормональными препаратами, или обкалывания в соответствии с рекомендациями ревматологов. В 28 случаях пациенты госпитализированы в стационары города. Немедикаментозные методы лечения редко встречаются в назначениях врачей по медицинским картам (40 медицинских карт). Хондопротекторы рекомендованы 230 пациентам, но в медицинских картах нет информации о приеме данных препаратов и результатах данного лечения. Дополнительное исследование (анкетирование), показало, что только 5 % пациентов принимают хондропротекторы курсами. Для большинства людей пожилого возраста эти препаратами оказываются дорогостоящими. Около 8% пациентов пользуется тростью, 7% пользуются надколенниками, ортезами. Только 15 человек (5,4%) регулярно занимаются ЛФК в группах здоровья. О необходимости лечения сопутствующей патологии (ожирение, варикозная болезнь, атеросклероз) знают 23% больных с ОА коленных суставов, а лечение получают 7,3%. Санаторно-курортное лечение получили всего 23 пациента. Эндопротезирование проведено только 2 пациентам, остальные отказались от операции. Инвалидность по данной патологии получили 6 человек.

Заключение. ОА коленных суставов - заболевание, которое значительно снижает качество жизни пациентов, приводит к функциональным расстройствам ССС, системы дыхания, пищеварения. В ряде случаев является причиной инвалидности. Пациенты с данной патологией требуют постоянного наблюдения уч.терапевтом и лечения врачами разных специальностей (ревматолога, эндокринолога, невролога, хирурга, ортопеда). В лечении необходимо широко использовать нефармакологические методы лечения. Важным является приверженности лечения пациента к лечению хондропротекторами. Целесообразно проводить школы по остеоартрозу в условиях поликлиники.

Хитров Н.А. Поражение мягких параартикулярных тканей плеча – диагностика и лечение.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами президента РФ, Москва

Под периартритом плечевого сустава (ППС) подразумевают группу заболеваний околосуставного аппарата плечевого сустава, различных по этиопатогенетической и клинической картине. ППС развивается как самостоятельно, так и на фоне других болезней. Встречается более чем у 10% больных, посещающих артролога или ревматолога.

Разнообразие форм ППС связано с особенностями развитого параартикулярного аппарата плечевого сустава, осуществляющего самые различные движения в нем: сгибание, разгибание, отведение, приведение, вращение и круговое движение. Движения в плечевом суставе обеспечивают мобильные функции руки и являются максимальными в сравнении с другими суставами человека.

Причины развития различных вариантов ППС до конца не ясны. Факторами риска могут быть прямая и непрямая травма, хроническая микротравматизация структур плечевого сустава. Нередко заболевание возникает после физических нагрузок, связанных с профессиональной работой или спортом, когда пациент длительно выполняет стереотипные движения в плечевом суставе. Причиной ППС могут служить врожденные особенности строения сустава и связочно–мышечного аппарата, такие, как слабость коротких ротаторов плеча и нарушение центровки головки плечевой кости в суставе. В патогенезе ППС имеют значение как дегенеративно–дистрофические процессы, так и воспалительные. Инфекционные процессы, нарушение метаболических, нейротрофических и до конца ещё не изученных иммунных механизмов лежат в основе ППС.

Отмечена связь между поражением внутренних органов и ППС. В основе ППС могут играть определенную роль острого нарушения мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, поражения легких и плевры, патология желчного пузыря и другие заболевания внутренних органов.

Для уточнения характера поражений при ППС необходимо оценивать локализацию и характер боли, особенно её проявление при различных движениях в плече. Наиболее часто при ППС встречается болезненное заведение кисти за спину. В этом случае особенно важна пальпация области малого бугорка плечевой кости с прикрепленным к нему сухожилием подлопаточной мышцы. Наличие болезненности в данной области не только уточняет диагноз поражения передних отделов подлопаточной мышцы, но и способствует нахождению точек для локальной инъекционной терапии с хорошими результатами.

В диагностике ППС эффективна и широко применяется проба “болезненной дуги” или “симптомом столкновения” – *impingement shoulder syndrome*. При дугообразном отведении и подъеме руки вверх через сторону во фронтальной плоскости возникновение боли в положении руки 60° – 120° позволяет сделать

заключение о воспалении субакромиальной сумки, когда она ущемляется между акромионом и большим бугорком плечевой кости. Появление же боли при подъёме руки вверх до 160° – 180° объясняется давлением плечевой кости на акромиально–ключичный сустав и предполагает его артроз, что легко подтверждается рентгенологическим исследованием.

Для топической диагностики поражения мышц манжеты коротких ротаторов плеча, наиболее показательны резистивные активные движения, т.е. движения через сопротивление. При данном обследовании рука больного опущена вдоль туловища и согнута в локтевом суставе вперёд под углом 90° . В этот момент врач фиксирует руку пациента, не давая ей совершать движения. Болезненность, появляющаяся в плече при попытке больного привести кисть медиально к животу, свидетельствует о поражении подлопаточной мышцы. Боль при попытке отведения кисти в латеральную сторону указывает на поражение подостной и малой круглой мышц. Возникновение болевого синдрома при стремлении отвести руку через сторону вверх заставляет предположить патологию надостной мышцы. Боль в плече при попытке супинировать предплечье указывает на поражение сухожилия длинной головки бицепса – симптом Эргазона (Jergason) – симптом “поворота ключа в дверном замке”.

Для поражения манжеты ротаторов иногда достаточно незначительной на первый взгляд травмы. Резкий взмах рукой или встряхивание белья на фоне имеющихся дегенеративных изменений мышц и их сухожилий может привести к разрывам манжеты с резким болевым синдромом. Умеренные боли, которые возникают по прошествии некоторого времени после травмы, при сохранении движений говорят в пользу частичного надрыва. При движениях отмечается диссоциация между ограничением активных движений и сохранении пассивных. На частичный разрыв надостной мышцы указывает также симптом Леклерка «недоуменного плеча», когда больной вначале поднимает лопатку, только потом пытается отвести руку в сторону.

Сложен в диагностическом плане, а также в лечении и прогнозе капсулит. Он характеризуется изолированным поражением фиброзной части суставной капсулы, сопровождается избыточным её утолщением, натяжением, стягиванием (ретракцией) и уменьшением объёма полости сустава. Синовиальная оболочка при этом не изменена, воспалительный компонент не выражен. Уменьшение внутрисуставного пространства, потеря растяжимости капсулы и за счёт этого сглаживание её физиологических заворотов устанавливаются при магнитно–резонансной томографии, контрастной артрографии и артроскопии плечевого сустава. Заболевание, как правило, одностороннее, возникает чаще у женщин среднего возраста после перенесенных травм, переломов, альгодистрофий, периартритов, инфарктов. Боль сопровождается ограничением как активных, так и пассивных движений в суставе во всех направлениях. Данное состояние укладывается в понятие “замороженное плечо”.

Рентгенологические находки при ППС обычно скудны и малоинформативны. На рентгенограммах плечевого сустава определяют остеопороз головки

плечевой кости, кистовидная перестройка костной ткани большого бугорка, периостит, кальцификаты в мягких тканях. Тем не менее проведение рентгенологического исследования необходимо для исключения патологии самого плечевого сустава (артроза, артрита, травмы) и поражения акромиально-ключичного сустава.

Ультразвуковое исследование тканей плечевой области даёт возможность дифференцировать вышеперечисленные патологические состояния. Метод позволяет оценить особенности форму головки плечевой кости, капсулы сустава, состояние и структуру суставного хряща, наличие жидкости в полости сустава и в параартикулярных сумках, наличие и характер остеофитов. С помощью ультразвукового исследования возможна полноценная оценка состояния связочно-мышечного аппарата плечевого сустава. Метод позволяет выявить воспалительные и дегенеративные изменения сухожилий и мышц вращающей манжеты плеча, проявляющихся при сонографии нарушением их эхопрозрачности, отеком или, наоборот, истончением структур, полной или частичной прерывистостью их контуров, наличием включений, в том числе фиброзов и кальцинатов в них.

В сложных случаях дифференциальной диагностики магнитно-резонансная томография и артроскопия позволяют уточнению диагноза. Перечисленные методы обследования важны для точной оценки местоположения кальцинатов при дифференциальной диагностике кальцифицирующего бурсита с кальцифицирующими и оссифицирующими миозитами и тендинозами мышц вращающих манжет.

Длительность ППС зависит от клинических вариантов. Заболевание протекает от нескольких недель с возможным самопроизвольным выздоровлением до хронического на протяжении многих лет перманентного или рецидивирующего течения с сомнительным прогнозом. ППС может начинаться медленно и постепенно прогрессировать в течение нескольких лет. С другой стороны, заболевание может быть быстро прогрессирующим с ранними нарушениями функции сустава, дистрофией сухожильно-связочного аппарата и гипотрофией мышц. Более длительное течение процесса является причиной и следствием частого двустороннего поражения плечевых суставов. Одной из причин поражения второго сустава является его механическая перегрузка при компенсаторном выполнении функций за оба сустава.

Остеоартроз редко поражает собственно плечевой сустав, который, как правило, является «суставом исключения». Тем не менее, акромиально-ключичные и грудино-ключичные суставы часто подвержены артрозу.

Двусторонним ППС может дебютировать ревматоидный артрит, которому сопутствуют слабость, потеря массы тела, лихорадка, утренняя скованность, множественное симметричное поражение суставов и характерная картина крови с воспалительными изменениями в ней.

У пожилых пациентов симптоматика, сходная с ППС, отмечается при ревматической полимиалгии и нередко её сочетании с гигантоклеточным ви-

сочным артериитом (болезнь Хортона). Для ревматической полимиалгии характерны слабость, лихорадка, похудание, болезненность при пальпации мышц плечевого и тазового поясов, возможные периферические артриты, ускоренная СОЭ. На болезнь Хортона указывают головная боль, слабость, лихорадка, боль при пальпация височных областей, особенно контурируемых височных артерий, ускоренная СОЭ. При отсутствии лечения височного артериита адекватными дозами глюкокортикостероидов поражение сосудов глаз может привести к потере зрения.

Опасен синдром Панкоста, когда боли в плечевом суставе возникают на фоне опухолевого поражения верхних долей легких и купола диафрагмы. ППС при этом рассматривается как «симптомом на отдалении» основного заболевания и требует от врача особой настороженности и тщательного исследования внутренних органов.

В лечении ППС надо учитывать несколько моментов. Первое. При ППС превалирует процессы иммуновоспалительного характера, что прекрасно многократно подтверждено *ex juvantibus* нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и локальной стероидной терапией. Поэтому, применение НПВП обосновано, но из-за обилия нозологических форм, входящих в состав ППС, сроки приема НПВП не ясны, а длительный прием их чреват многочисленными осложнениями.

В лечении ППС желательно использовать противовоспалительный препарат со сверхмалыми дозами активного вещества, что позволит длительно применять его в терапии ППС с минимальными побочными действиями. В качестве такого препарата был использован артрофоон (АФ) – противовоспалительный препарат, содержащий в сверхмалых дозах антитела к фактору некроза опухоли- α , который по современным данным лежит в основе цитокинового каскада развития воспаления. АФ хорошо зарекомендовал себя в лечении ревматоидного артрита и остеоартроза коленных суставов.

Методы исследования. Было проведено открытое рандомизированное исследование по эффективности терапии ППС АФ (основная группа – 30 больных), в сравнении с терапией НПВП (контрольная группа – 30 больных). В основную группу вошли 12 мужчин, 18 женщин, среднего возраста $59,4 \pm 8,9$ лет и давностью заболевания $6,5 \pm 3,8$ лет. Контрольную группу составили 11 мужчин, 19 женщин, среднего возраста $58,3 \pm 9,6$ лет, и давностью заболевания $5,1 \pm 4,1$ лет. Группы больных ППС составили пациенты с теномиозитом надостной, подлопаточной и других мышц плечевого пояса, бурситами, капсулитами и сочетанной патологией.

В основной группе у 12 больных предварительная терапия не проводилась, у 18 больных до начала лечения АФ использовались НПВП, локальные инъекции дипроспана с новокаином, аппликационная терапия, физиолечение, которые не давали эффекта, или вызывали незначительную положительную динамику, что позволило прибегнуть в дальнейшем к терапии АФ. В контрольной группе у 14 больных предварительная терапия не проводилась, у 16 боль-

ных до начала лечения НПВП использовались аппликационная терапия, физиолечение, локальные инъекции дипроспана с новокаином без четкой положительной динамики. На фоне лечения как АФ, так и НПВП другая терапия не проводилась, кроме рекомендаций по режиму.

Лечение АФ проводилось по 2 таблетке 4 раз в день; при улучшении состояния дозировка снижалась до 4 таблеток в день. Больные контрольной группы принимали преимущественно диклофенак в дозе 100 мг в день, также с последующим снижением дозы при улучшении состояния. Лечение в обеих группах проводилось 3 месяца.

Результаты. На фоне лечения как АФ, так и НПВП у большинства пациентов улучшилось самочувствие, что выражалось в повышении настроения, уменьшении раздражительности и нормализации сна, прежде всего за счет уменьшения приступов ночных болей.

При приеме АФ боль постепенно уменьшилась с $88,4 \pm 9,6$ до $21,4 \pm 4,5$ мм ВАШ. При приеме диклофенака боль уменьшилась с $84,6 \pm 11,5$ до $34,3 \pm 8,2$ мм ВАШ. Более значительное уменьшение боли при приеме АФ достигло достоверных результатов в сравнении с лечением диклофенаком ($p < 0,01$). Угол подъема руки в плечевом суставе за 3 месяца лечения АФ увеличился с $81,7 \pm 7,8^\circ$ до $162,5 \pm 9,3^\circ$, при лечении диклофенаком объем движений увеличился с $82,3 \pm 6,4^\circ$ до $159,4 \pm 8,5^\circ$

По окончании лечения АФ значительное улучшение состояния отмечено у 15/14 больных (оценка врачом/оценка пациентом), улучшение у 10/12, отсутствие динамики у 5/4. При лечении НПВП преимущественно отмечалось улучшение состояния у 18/16 больных, значительное улучшение отмечено у 9/12 и отсутствие динамики у 3/2. Отрицательная динамика от лечения в обеих группах не выявлена.

При лечении АФ 1 больной отметил обострение болей в плечевом суставе с начала лечения в течение 2 недель. 1 больной с артериальной гипертонией отмечал повышение артериального давления, не требовавшего дополнительной медикаментозной коррекции, и не связывал его повышение с приемом АФ. У 1 больной были явления диспепсии в течение 1 недели приема АФ, прошедшие самостоятельно и также не связываемые пациенткой с приемом АФ. Других случаев осложнений и ухудшения течения заболевания на фоне терапии АФ не было. При лечении НПВП у 4 больных с артериальной гипертензией повысилось артериальное давление, что потребовало дополнительной медикаментозной коррекции, а у 5 больных отмечалась диспепсия от 1 недели до конца срока приема НПВП с клиникой гастрита у 3 пациентов, у которых НПВП были отменены.

Заключение. Таким образом, из проведенного исследования можно сделать выводы, что лечение периартрита плечевого сустава артрофоном эффективно, и проявляется снижением боли, увеличением движений, нормализацией психического и соматического статуса.

Артофоон является препаратом выбора в лечении различных вариантов периартрита плечевого сустава при наличии противопоказаний к приему нестероидных противовоспалительных препаратов, а также при неэффективности других методов лечения.

Хитров Н.А. Полиморфизм боли при остеоартрозе, купирование болевого синдрома.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами президента РФ, Москва

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц. Вторичные воспалительные процессы и, прежде всего синовит, сопровождают течение ОА, формируют клинику болезни и усиливают деструкцию суставных структур.

Синовит при ОА занимает значимое место не только в патогенезе болезни, но и в клинической картине заболевания, резко усугубляя ее, и заставляя больного обращаться за медицинской помощью. Клиника ОА во многом определяется болевым синдромом, который многогранен при ОА.

Боль при ОА носит неоднородный характер. В целом для ОА характерен механический ритм болей – возникновение боли под влиянием физической нагрузки и стихание ее за период отдыха, что связано со снижением амортизационных способностей хряща и подхрящевых костных структур к нагрузкам. Возможны ночные боли, связанные с венозным стазом и повышением кровяного внутрикостного давления в спонгиозной прихрящевой части кости. Нередко боли в пораженных суставах усиливаются под влиянием неблагоприятных метеорологических условий – высокого атмосферного давления, низкой температуры, повышения влажности, которые могут воздействовать на интраартикулярные рецепторы.

Кратковременная «стартовая боль» возникает при первых движениях после покоя и вскоре проходит на фоне двигательной активности. Стартовые боли обусловлены трением суставных поверхностей, на которых оседает детрит – продукт разрушения хрящевой ткани. После нескольких движений в суставе детрит выталкивается в завороты суставной сумки и боли прекращаются.

Возможна так называемая «блокада сустава» – быстро развивающийся резко выраженный болевой синдром вследствие ущемления «суставной мышцы» – костного или хрящевого фрагмента между суставными поверхностями. При этом боль лишает больного возможности выполнять малейшие движения в данном суставе. Блокаде коленного сустава часто способствует параллельно развивающаяся при ОА дегенеративная менископатия.

Боли при движении, «стартовая» боль и «блокада сустава» объясняются нарушениями кинематики сустава, поэтому в покое данная болезненность, как правило, уменьшается. ОА – первично хроническое заболевание. Человек, у которого возник артроз, обречен страдать им навсегда, и сталкивается с суставной болью на протяжении всей своей оставшейся жизни. В данных случаях боль носит охранительный характер и, как «сторожевой пес здоровья», определяет лечебный щадящий двигательный режим для больного, является своего рода индикатором адекватности физической нагрузки на суставы.

Иной механизм боли формируется при синовите. При синовите появляется постоянная боль, связанная с длительной сенситизацией ноцицепторов в процессе воспаления. Данную боль, которой сопутствуют утренняя скованность, припухлость сустава, локальное повышение кожной температуры, можно трактовать как хроническую, которая в сочетании с вегетативными, психологическими и эмоциональными факторами теряет приспособительное биологическое значение.

Синовит при ОА характеризуется повышенным образованием провоспалительных цитокинов, простагландинов, фактора некроза опухоли, лизосомальных ферментов, металлопротеиназ и других ферментов, которые не только поддерживают воспаление в суставе, но и усиливают катаболические процессы в хрящевой и субхондральной костной ткани сустава. Сложная сеть взаимодействий цитокинов, ферментов, свободных радикалов и продуктов распада матрикса приводит к уменьшению содержания протеогликанов в хряще – (молекулярный уровень), нарушению архитектоники матрикса – (макромолекулярный уровень), появлению микротрещин – (микроскопический уровень) и надрывам хряща – (макроскопический уровень).

Борьба с воспалительным компонентом ОА, который во многом определяет болевой синдром, является одной из ключевых звеньев терапии. На сегодняшний день терапия ОА до конца не разработана и, к сожалению, радикальным пособием остаётся эндопротезирование сустава. Искусство врача состоит в создании условий, когда усиливаются целебные свойства медикамента и нивелируются его побочные действия. Так как пусковым механизмом, эпицентром и конечным инвалидизирующим субстратом при ОА является сустав, то локальная терапия (ЛТ) становится патогенетически обоснованной, клинически значимой и психологически привлекательной, потому, что притягивает внимание больного к конкретному местному лечению, укрепляя сотрудничество врача и пациента в борьбе с недугом. Положительными особенностями ЛТ являются следующие.

Непосредственное воздействие на основной очаг поражения – орган-«мишень», каким при ОА является сустав.

Достижение оптимальной лечебной концентрации лекарственного препарата в пораженном органе, что уменьшает потребность в системно назначаемых фармакологических средствах. При этом снижается токсическое действие медикаментозных препаратов на организм.

ЛТ – важное звено реабилитации ОА, так как проводится лечение именно тех суставов, нарушение функции которых является причиной потери трудоспособности.

Вовлечённые в патологический процесс различные суставы обладают только им определенной функциональной нагрузкой и в зависимости от этого по-разному определяют прогноз болезни. ЛТ, воздействуя на конкретные суставы, способна значительно влиять на качество жизни.

Преимущественно женский пол, пожилой возраст, частая патология желудочно-кишечного тракта затрудняют общее лечение, особенно применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у больных ОА. Многообразие форм и высокая частота сопутствующей соматической патологии при ОА также диктуют правильное сочетание ЛТ со средствами общего воздействия.

Достаточно эффективным лечением гонартроза в стадии вторичного синовита является внутрисуставная локальная стероидная терапия (ЛСТ), оказывающая симптом-модифицирующие эффекты: обезболивающий, противовоспалительный, улучшающий функции сустава. Но данные результаты ЛСТ при ОА являются не длительными – 2–3 недели, на что указывают многие авторы и, учитывая возможные отрицательные воздействия стероидов на структуры сустава, ЛСТ показана, на современный момент, не более 2–х раз в год.

Проблема состоит в том, что широко используемая ЛСТ и НПВП имеют много общих побочных действий на организм человека, одинаково негативно воздействуют на хрящ и при совместном использовании возможно потенцированное отрицательное действие этих препаратов на организм человека.

После проведения ЛСТ необходима комплексная терапия с использованием противовоспалительного препарата для пролонгации лечебного эффекта ЛСТ, что позволило бы уменьшить кратность повторных локальных стероидных инъекций, а в некоторых случаях и отказаться от них. Для увеличения продолжительности и усиления противовоспалительного эффекта ЛСТ, совместно с ЛСТ был использован отечественный противовоспалительный препарат артрофон (АФ), содержащий в сверхмалых дозах антитела к фактору некроза опухоли- α (ФНО- α), который по современным данным лежит в основе цитокинового каскада развития воспаления. Введение ингибиторов ФНО- α в клиническую практику является одним из крупных достижений современной медицины. Введение в организм СМД антител к эндогенным регуляторам физиологических функций (гормоны, цитокины, мембранные белки и др.) не блокирует функциональную активность молекул, к которым они выработаны, а модифицирует их эффекты. Антитела к эндогенным регуляторам физиологических функций в СМД специфически воздействуют на активность именно тех молекул, к которым они выработаны. В частности, СМД антител к ФНО- α модифицируют активность именно ФНО- α и функционально сопряженных с ним молекул, оказывая выраженное противовоспалительное и анальгетическое дей-

ствии. Ранее АФ неоднократно использовался как в виде монотерапии, так и в комплексном лечении ОА с хорошими клиническими результатами.

Целью рандомизированного клинического исследования явилась оценка эффективности терапии АФ больных остеоартрозом коленного сустава после однократной внутрисуставной инъекции 1 мл дипроспана, в сравнении с пациентами, у которых после однократной инъекции 1 мл дипроспана другая терапия не проводилась.

Методы исследования. На базе поликлиники ЦКБ было отобрано 40 больных ОА коленного сустава согласно критериям ACR, (Altman, R. et al., 1991) в стадии обострения с клинико–лабораторными признаками синовита. Всем больным синовит верифицировался с помощью ультразвукового исследования суставов. Больные были разбиты по 20 человек на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 5 мужчин, 15 женщин, среднего возраста $63,5 \pm 8,7$ лет и давностью заболевания $6,4 \pm 3,9$ лет. I–я рентгенологическая стадия ОА по Kellgren отмечена у 1–го больного, II–я – у 12 пациентов и III–я – у 7 больных. Контрольную группу составили 4 мужчин, 16 женщин, среднего возраста $62,5 \pm 7,2$ лет, и давностью болезни $5,7 \pm 2,8$ лет. I–я рентгенологическая стадия ОА по Kellgren выявлена у 2–х пациентов, II–я – у 11 больных и III–я – у 7 больных.

Пациентам основной группы после однократной внутрисуставной инъекции 1 мл дипроспана с первого дня после инъекции была назначена монотерапия АФ в дозе 6 таблеток в сутки в течение 6 месяцев. Пациентам контрольной группы после однократной внутрисуставной инъекции 1 мл дипроспана в течение 6 месяцев медикаментозная терапия ОА не проводилась.

При возникновении повторных обострений у больных обеих групп, после осмотра врача назначается диклофенак, принятый за «золотой стандарт» НПВП, в средней дозе 100 мг в сутки на период 7–10 дней. При отсутствии эффекта от НПВП и сохранении обострения в виде синовита, проявлявшегося постоянной болью в суставе, припухлостью его, уменьшением подвижности сустава и/или наличием внутрисуставной жидкости при ультразвуковом исследовании, больному проводилась повторная инъекция дипроспана.

Результаты. В первые дни после инъекции ГК признаки клинического улучшения отмечены у большинства больных обеих групп и характеризовались уменьшением болей в суставе, уменьшением припухлости сустава, увеличением объема движений в нем, улучшением общего самочувствия. У части пациентов уменьшилась раздражительность и нормализовался сон, прежде всего за счет уменьшения ночных болей.

У пациентов основной группы, принимавших после ЛСТ АФ, уменьшение боли, припухлости сустава, увеличение объема движений в нем были более выраженными и длительными по срокам, чем у больных контрольной группы, не принимавших АФ. Пациенты, принимавшие АФ после ЛСТ, использовали НПВП в меньших количествах и в более отдаленные сроки, чем больные, не принимавшие АФ после ЛСТ. За 6–месячный период после ЛСТ, приемом

НПВП воспользовалась только 10 пациентов из основной группы больных, принимавших АФ (50%), в то время как среди пациентов контрольной группы, не принимавших АФ после ЛСТ, число больных, которым потребовалось назначение НПВП, составило 14 человек (70%).

Повторная инъекция дипроспана проводилась только при обострении синовита после первой ЛСТ и при отсутствии эффекта от НПВП, назначенных на 10–дневный срок. Необходимость в повторной инъекции дипроспана в основной группе, принимавшей АФ, возникала в более поздние сроки и в меньшем числе случаев, чем в контрольной группе больных, не принимавших АФ. За 6–месячный период наблюдения после первой инъекции дипроспана повторная инъекция выполнялась 5 больным (25%) основной группы и 11 больным (55%) контрольной группы.

В обеих группах при лечении некоторые больные испытывали страх перед внутрисуставной инъекцией. В первые дни после ЛСТ часть больных обеих групп отмечала незначительное повышение АД, чувство «прилива», «жара» в голове, усиление аппетита. Часть больных обеих групп на фоне приема диклофенака отмечала тяжесть в животе, повышение АД. На фоне приема АФ в первую неделю у 1 пациента отмечался легкий кожный зуд, и гиперемия слизистых полости рта у другого пациента, прошедшие самостоятельно и не требовавшие отмены АФ. Других побочных действий на фоне приема АФ не было.

Из 20 больных основной группы, получавших АФ, результат лечения как очень эффективный отметили 3 пациента; как эффективную терапию данное лечение оценили 11 человек, без динамики оценили лечение 6 больных, а отрицательную динамику не отметил никто. Из 20 больных контрольной группы результаты лечения как очень эффективные отметил 1 пациент; как эффективную – оценили 8 человек, без динамики ЛСТ оценили 9 больных, а как отрицательную – оценили 2 человека.

Заключение. Таким образом, использование артрофоона в сочетании с локальной стероидной терапией больных остеоартрозом:

- вызывает более выраженный и длительный лечебный эффект в сравнении с обычной ЛСТ, что проявляется сокращением повторных обострений синовитов;
- позволяет сократить применение НПВП и уменьшить частоту повторных внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов;
- хорошо переносится;
- является терапией выбора, особенно при наличии противопоказаний к приему НПВП, особенно у пожилых людей, при патологии ЖКТ, повышении АД, застойной сердечной недостаточности, а также при неэффективности других методов лечения.

БОЛЕЗНИ ЗУБОВ, ПОЛОСТИ РТА И ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Алекаева Л.Н., Коляда О.П., Ермакова Т.С. Восстановление контактного пункта зубов с помощью системы секционных матриц Palodent у лиц старших возрастных групп.

Областной гериатрический центр, Иркутск

У современной терапевтической стоматологии масса целей и задач. Однако, как бы ни были широки эти задачи, конечным результатом любого стоматологического лечения неизменно является улучшение качества жизни пациента, что особенно важно для лиц пожилого и старческого возраста.

В подавляющем большинстве случаев при обращении за терапевтической стоматологической помощью, проблемы связаны областями зуба, которые, в силу их «незаметности» при улыбке, сложности для гигиенических процедур, незаслуженно обойдены вниманием наших пациентов. Это области апроксимальных контактов. Практика показывает, что проходит много времени, прежде чем пациент обратит внимание на контактную полость, и приходит к стоматологу уже с болью, характерной для глубокого кариеса или пульпита. Это связано с довольно обширным объемом потери тканей зуба, что неминуемо сопровождается разрушением контактного пункта у двух рядом стоящих зубов.

Чтобы оценить, насколько важно это анатомическое образование, достаточно перечислить его основные функции:

1. Распределяет пищевую массу по обе стороны от зуба и десневого сосочка.
2. Предохраняет от повреждения десневой сосочек.
3. Обеспечивает распределение жевательного давления на соседние зубы.

Таким образом, при восстановлении дефектов зубов на апроксимальных поверхностях, создание правильного контактного пункта является одной из важнейших задач врача–стоматолога.

На сегодняшний день существует огромное количество инструментов для восстановления контактных пунктов. В работе докторов нашей клиники активно используется такая уникальная вещь, как контурированная матрица.

Правильное использование нашими врачами контурированных матриц в сочетании с межзубными клиньями, ограничительными кольцами, матрицедержателями способствует удержанию пломбировочного материала в полости во время его конденсации, улучшает прилегание материала в области придесневой стенки, обеспечивает создание естественного контура контактной поверхности.

Использование нашими специалистами контурированных матриц позволяет избежать такой распространенной ошибки, как расположение контактного пункта на уровне краевых гребней зубов: в этом случае быстро происходит скол края пломбы и пища начинает застревать в межзубном промежутке, что делает выполненное пломбирование непригодным.

Так же важное преимущество данных матричных систем – возможность правильного формирования контактного ската краевого гребня зуба. В нашей клинике для этого мы используем специальные полировочные полоски (штрипсы) и полировочные диски «SofLex» 3M ESPE. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и попадание пищи. Так же прочный закругленный краевой гребень важен в части распределения жевательной нагрузки.

При пломбировании контактных полостей очень важным является использование так называемых «пакуемых» композитов – материалов повышенной твердости. В нашей клинике мы используем лучший на сегодняшний день композит «FILTEK Z 250» компании 3M ESPE. Использование данного материала позволяет получать плотные прочные контакты, а так же краевой гребень зуба, выдерживающий любую жевательную нагрузку. Позволяет нам судить о правильности восстановленного контактного пункта объективно это проверка с помощью флосса (зубной нити). Затрудненное введение флосса в межзубный промежуток, свободное скольжение по поверхностям зуба и пломбы и выведение его с характерным щелчком – вот критерий качественной работы. При этом флосс не должен «растрепываться» или рваться.

Алекаева Л.Н., Григорьева Л.Н., Профилактика в стоматологии. Галитоз: устраняем запах изо рта.

Областной гериатрический центр, Иркутск

Галитоз – это медицинский термин, которым принято обозначать наличие неприятного запаха изо рта. Данная неприятная проблема, портящая в определённой степени жизнь, является достаточно актуальной для многих. Хотя галитоз и является распространённым явлением, о причинах его возникновения и как правильно с ними бороться, известно немногим.

Неприятный запах изо рта является следствием выделения особых веществ, метил–мекраптана и гидрид–сульфида, которые вырабатываются микробами и бактериями при переработке протеинов пищи в ротовой полости. Предрасположенность к галитозу никак не связана с генетическими факторами и наследственностью. И все же, галитоз (неприятный запах изо рта) — несчастье четверти населения планеты! Оно приносит нам много неудобств. Но избежать его можно.

Изначально надо отметить, что причины возникновения галитоза специалисты в данной области делят на две категории – на местные (сюда причисляют проблемы полости рта) и общие.

Следующие моменты являются общими проблемами для данного заболевания:

- пищевые продукты, которые способствуют размножению гнилостных анаэробных (анаэробы – это организмы, которые получают энергию без доступа кислорода путём быстрого расщепления питательных веществ) бактерий; для

более точного понимания, о каких именно продуктах идёт речь приведём примеры – сюда можно отнести – кофе, чеснок и сырой лук;

- различные стоматологические заболевания (периодонтиты, периоститы, альвеолиты, язвенные некротические гингивиты, пародонтиты тяжелой степени тяжести);
- проблемы, связанные с ЛОР – органами (ухо, горло, нос) и респираторным трактом, то есть – дыхательной системой человека;
- сахарный диабет;
- нарушения в работе печени и желчного пузыря;
- нарушение метаболизма (обмен веществ);
- применение лекарств или медикаментов, которые в свою очередь способствуют развитию сухого синдрома;
- почечная недостаточность;
- старые зубные протезы;
- вредные привычки – частое употребление алкоголя, курение;
- плохая гигиена полости рта.

Существует ряд специальных правил, которые надо учитывать и соблюдать для того, чтобы устранить галитоз и в дальнейшем рецидивов этого заболевания не было.

1. Начинайте каждый день с главной гигиенической процедуры – чистка зубов щеткой; Чистить зубы желательнее утром, после завтрака и вечером, перед сном, причём после каждого приёма пищи нужно прополоскать рот водой. Чистить зубы следует в течении 2–3 минут.

2. Старайтесь регулярно пользоваться зубной нитью и щеткой для чистки языка. Это очень эффективное средство; однажды воспользовавшись которыми, вы не сможете без него обойтись. Зубная нить помогает удалить из межзубного пространства остатки пищи, которыми питаются бактерии. Щётки для чистки языка можно приобрести в аптеке.

3. Ротовая полость должна быть влажной. Слюна помогает очистить рот, так как содержит натуральный антибактериальный состав. Если вы говорите без умолку, в полости рта возникает сухость. Старайтесь чаще полоскать рот или хотя бы проводить языком по зубам – это также помогает на время избавиться от неприятного запаха.

4. Правильно выбранная жевательная резинка очень полезна как для зубов, так и для полости рта в целом. Кроме того, свежее дыхание обеспечено. Жевательная резинка без сахара стимулирует выработку слюны за счет того, что вызывает механическое жевательное движение. Жвачки, содержащие ксилитол, также помогают предотвратить гниение зубов.

5. Если хотите сохранить свежесть дыхания, воздержитесь от красного вина, кофе, мяса и чеснока. Все эти продукты способствуют развитию галитоза. А вот морковь помогает освежить дыхание.

6. Хорошо освежает дыхание мята и петрушка – достаточно в течение минуты пожевать эти травы.

Здоровое питание в данном вопросе имеет очень важное значение. Сырые овощи, фрукты, чай без сахара – потребность в них при данном заболевании, галитозе, крайне необходима, так как именно вышеперечисленные продукты являются естественными очистителями полости рта.

Для более чёткого понимания, почему Вы столкнулись с проблемой хронического галитоза, необходимо обратиться к специалисту, пройти у него медицинское обследование, после чего и будут выявлены все возможные раздражители данного заболевания. Основные причины, которые могут способствовать возникновению галитоза перечислялись выше – остаётся только добавить, что очаги неприятного запаха крайне необходимо устранить – удалить разрушенные зубы, так как они могут быть источником заболевания или, если Вы являетесь курильщиком, то от данной вредной привычки также следует отказаться.

Рекомендована консультация у врача – терапевта в тех случаях, когда галитоз, после выполнения рекомендованных мероприятий, не проходит. А также не надо забывать о важности регулярного посещения стоматолога, так как данный специалист может точно определить причину возникновения данного заболевания, поможет в её устранении.

Врачи стоматологического отделения в нашем лечебном учреждении являются первыми, если не единственными, кто обращает внимание на пациентов с данной проблемой и пытаются тактично объяснять необходимость принятия мер для устранения её. Со своей стороны, мы проводим санацию полости рта, протезирование. Важное значение уделяем профилактическим мероприятиям (обучение гигиене полости рта, разъяснении необходимости регулярного посещения стоматолога). Обязательно направляем пациентов другим специалистам, или терапевту, если наблюдается патология не нашего профиля. По возможности стараемся следить за такими пациентами.

Пустозерова О.В, Алексеева Е А., Пустозеров В.Г. Особенности стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста.

Областная стоматологическая поликлиника, Иркутская государственная академия последипломного образования, Иркутск

Вследствие демографических изменений в возрастном составе населения, оказание стоматологической помощи людям пожилого и преклонного возраста приобретает особое значение. По мере увеличения численности пожилых людей, перешагнувших 60–летний рубеж, их доля в потреблении стоматологической помощи будет постоянно возрастать. Это касается ортопедического лечения в результате потери зубов. Человек рано начинает терять зубы вследствие пародонтита и кариеса. Потеря зубов ускоряет связанную с возрастом атрофию альвеолярных отростков и челюстей в целом. Выраженность этих изменений

зависит от функции мышц и оставшихся зубов, а так же от причины потери зубов. Состояние полости рта зависит от качества протезов и своевременного протезирования. Мнение о том, что у стариков обычно нет зубов, ошибочно. Потеря жевательной эффективности у лиц в возрасте 60 лет и старше составляет более 80%. С увеличением числа потерянных зубов возрастает атрофия альвеолярных отростков вплоть до полного их исчезновения. Альвеолярные бугры на верхней челюсти не выражены. Небо уплощено и укорочено в сагиттальном направлении. Тело нижней челюсти атрофировано ниже уровня прикрепленных мышц. Подъязычные слюнные железы нависают над резко атрофированным альвеолярным отростком. Наблюдается старческая прогения: резко выступающая вперед нижняя челюсть, заостренный подбородок, атрофированные мимические и жевательные мышцы. Альвеолярная дуга верхней челюсти на много уже, чем нижней, вследствие значительной атрофии альвеолярных отростков. Базальная часть нижней челюсти шире, чем верхней. Таким образом, атрофические изменения в челюстях вызванные потерей зубов, ведут к резкому снижению прочности костей челюсти. Это нужно учитывать при удалении зубов и других, хирургических и ортопедических вмешательствах у лиц пожилого и старческого возраста. Следовательно, необходимо обеспечить эту часть населения адекватной по объему и качеству стоматологической помощью путем развития специализированной геронтостоматологической службы. Высокая распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и преклонного возраста связана с неудовлетворительной гигиеной полости рта, низкой гигиенической культурой и грамотностью (недостаток знаний и базирующихся на них навыков в отношении гигиенических мероприятий), с отсутствием соответствующей мотивации к гигиене полости рта и комплексному лечению заболеваний челюстно–лицевой области. Оказание стоматологической помощи пожилым пациентам в значительной степени осложняется тем, что общее состояние здоровья лиц старшей возрастной группы характеризуется отягощенностью соматическими заболеваниями и их сочетанием. В связи с наличием полиорганной патологии чаще возникает необходимость в одновременном назначении нескольких лекарственных препаратов, что еще больше увеличивает риск побочных явлений и лекарственных осложнений. Неблагоприятное влияние на здоровье пожилых людей также оказывают: длительно существующие вредные привычки, несбалансированный по составу рацион питания, уменьшающаяся с возрастом физическая нагрузка. Важнейшая задача профилактических мероприятий для лиц пожилого и старческого возраста – предупреждение не только кариеса зубов, которое занимает главное ме-

сто в профилактической работе стоматолога, но и заболеваний пародонта. Необходимо обеспечить и сокращение неоправданного удаления зубов у лиц старших возрастных групп. А также проводить реабилитацию больных пожилого и преклонного возраста с деструкцией жевательного аппарата с учетом психологических особенностей и состояния когнитивной сферы.

Саблина Г.И., Соболева Н.Н., Татарина Е.Н. Состояние пародонта при утрате жевательной группы зубов.

Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования, Иркутск.

В связи с высокой распространенностью кариеса, его значительной интенсивностью и наличием осложнений, приводящих к утрате зубов, проблема для населения нашего региона остается актуальной.

Можно выделить две основные группы факторов риска возникновения кариеса:

Поведенческую (гигиеническое воспитание, привычки питания, социально-культурное поведение, психологическое сознание, общее здоровье, курение, проблемы мобильности, координации, функциональные отклонения):

Биологическую (состав и свойства зубного налета, уровень секреции слюны, рН слюны, буферную емкость слюны, заболевания пародонта, наследственные факторы).

По времени возникновения и локализации кариозного поражения преобладает патология на жевательной группе зубов. Как следствие, она и утрачивается в первую очередь.

При вторичной адентии одной из наиболее тяжелых форм восстановления целостности зубного ряда и функции жевания является концевой дефект, то есть отсутствие моляров. Кроме того, отсутствие зубов может сопровождаться изменениями в пародонте.

С целью выявления патологии пародонта у лиц с концевыми дефектами зубных рядов нами обследовано 102 пациента в возрасте от 40 до 59 лет. Данные о частоте выявленной патологии пародонта представлены в таблице.

Таблица

Частота встречаемости заболеваний пародонта у лиц с концевыми дефектами зубного ряда, %

	40–49 лет		50–59 лет	
	муж <i>n</i> =24	жен <i>n</i> =16	муж <i>n</i> =29	жен <i>n</i> =23
Рецессия десны	12,5±6,89	31,25±11,97	17,24±7,14	34,78±10,15
Генерализованное поражение пародонта	37,5±17,12	31,25±13,06	44,83±14,36	39,13±10,4

Примечание: *n* – количество обследованных пациентов

Установлено, что заболевания пародонта как локализованного, так и генерализованного характера у лиц с концевыми дефектами распространены и с возрастом увеличиваются.

Для того, чтобы предупредить последовательное возникновение сочетанной патологии (кариеса и его осложнений, удаления зубов, заболеваний пародонта), необходимо в первую очередь акцентировать внимание населения и специалистов и влиять на кариесогенные факторы риска.

Соболева Н.Н., Саблина Г.И., Татарина Е.Н. Проблемы восстановления жевательной функции у лиц пожилого возраста.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

В числе основных заболеваний пенсионеров - болезни органов пищеварения. Как пояснила глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова, это связано с тем, что у многих пожилых людей проблемы с зубами. Согласно данным, которые привела министр, 800 тысяч пожилых людей страны нуждаются в срочном зубопротезировании.

Для людей пожилого возраста ведущим способом восстановления дефектов зубных рядов является применение съемных протезов. Это обусловлено тем, что к старческому возрасту преобладают концевые дефекты зубных рядов или полная адентия, т.е. складывается ситуация, не позволяющая применить несъемные конструкции протезов. Концевым дефектом зубного ряда считается такой дефект, при котором отсутствуют моляры, т. е. нет дистальной опоры для несъемной конструкции протеза.

С целью изучения частоты встречаемости концевых дефектов зубных рядов и возрастной динамики данной патологии нами было осмотрено 852 человека в возрасте от 20 до 59 лет. Из них мужчин было 499 (58,56±2,2%), женщин – 353 (41,43±2,62%).

Результаты обследования показали, что 137 человек (16,07±1,28%) имели концевые дефекты зубного ряда. Количество лиц с концевыми дефектами зубных рядов увеличивалось с возрастом осмотренных. Так, в возрасте 20-29 лет частота встречаемости изучаемой патологии уже составляла 9,84±2,70% , а в возрасте 50-59 лет 19,05 ± 2,38%. Следует отметить, что причиной потери зубов, чаще всего, является кариес и его осложнения, возникающие в основном при плохой гигиене полости рта.

Также мы проанализировали локализацию патологии концевых дефектов зубных рядов у мужчин и у женщин. Оказалось, что как у мужчин, так и у женщин чаще концевые дефекты зубных рядов встречались на нижней челюсти, чем на верхней ($P < 0,01$); (табл.).

Актуально то, что преобладание патологии на нижней челюсти затрудняет использование протезов и восстановление жевательной функции, так как съемные конструкции плохо фиксируются, именно, на нижней челюсти.

Таблица

Локализация концевых дефектов зубных рядов в зависимости от пола, %

Пол	верхняя челюсть	нижняя челюсть	<i>P</i>
муж <i>n</i> =81	29,63±9,52	70,37±6,05	<i>P</i> <0,01
жен <i>n</i> =56	25,00±12	75,00±6,68	<i>P</i> <0,001

Примечание: *n* – количество обследованных пациентов в данной группе.

Нам представилось целесообразным проанализировать, в какие сроки после удаления зубов возникают вторичные деформации зубного ряда. Изменение окклюзионной плоскости, в возрасте 20–29 лет выявились в 41,67±14,86% , а в 50–59 лет – в 86,55±5,09% случаев. Вторичные деформации возникали одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Установлено также, что наличие концевых дефектов зубных рядов при отсутствии адекватного лечения формируются через год после удаления зубов, а уже через три года после удаления зубов приводит к возникновению зубоальвеолярных деформаций у всех пациентов.

Данное исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1. Необходимо соблюдать гигиену полости рта, адекватную возрасту.
2. В короткие сроки после потери зубов проводить ортопедическое лечение, заключающееся в восстановлении целостности зубного ряда и жевательной функции.

БОЛЕЗНИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Бутырин О.М., Особенности ультразвукового гинекологического исследования у пациенток пожилого и старческого возраста.

Областной гериатрический центр, Иркутск

Существует два способа обследования гениталий у пациенток – трансабдоминальный и трансвагинальный. При втором способе у нерожавших пожилых женщин могут возникнуть трудности с введением датчика. Опушение матки и влагалища не является препятствием для трансвагинального обследования.

В период менопаузы матка и яичники прогрессивно уменьшаются в размерах и в них происходят возрастные изменения. Матка уменьшается по всем размерам на 5–6 мм в год. При ультразвуковом исследовании может выявляться нечеткость контуров матки, в миометрии возникают фиброзно–склеротические изменения в виде мелких гиперэхогенных очагов или линейных эхосигналов, могут быть кальцинаты. При развитии стриктуры цервикального канала в полости матки определяется тонкий (обычно 2–3мм) анэхогенный слой жидкости – серометра. Незначительная серометра выявляется только трансвагинальным способом. М–эхо в постменопаузе должно быть не более 5мм. Если М–эхо 6мм необходимо наблюдать в динамике 3 раза в год. Если М–эхо 7мм и более – патология эндометрия. Яичники в постменопаузе могут уменьшаться настолько,

что становятся недоступными для обследования ни при трансабдоминальном ни при трансвагинальном способе исследования.

Из гинекологических заболеваний, у женщин пожилого возраста наиболее часто выявляется миома матки, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, кисты шейки матки, кистозные образования яичников.

Для миомы матки в менопаузе характерно обратное развитие узлов с уменьшением их размеров, склерозированием и кальцификацией.

Кистозные образования яичников в менопаузе – это всегда опухоль (доброкачественная или злокачественная), простых функциональных кист в пожилом возрасте не бывает. Из доброкачественных чаще всего встречаются простые серозные кистомы, реже папиллярные, муцинозные. Рак яичников на УЗИ диагностировать крайне сложно, но можно заподозрить по следующим признакам: пораженный яичник увеличен в объем за счет передне-заднего размера, форма становится округлой, контуры нечеткие, поверхность бугристая, в структуре появляются гипо- или гиперэхогенные включения. Так же необходимо исключать рак яичников, если имеется асцит при не увеличенных яичниках.

Рак матки (эндометрия) диагностируется на УЗИ еще реже, чем рак яичников. Развивается в возрасте 50–60 лет. Патогномоничных эхографических признаков нет. При появлении кровотечений у женщин на фоне менопаузы проводится УЗИ с целью определения толщины М-эха. Если М-эхо больше 5мм, обязательно проводится диагностическое выскабливание. В случаях, когда М-эхо вообще не визуализируется (атрофия эндометрия), тоже показано диагностическое выскабливание.

Зими́на Т. М. Исследование гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста в г. Иркутске.

Областной гериатрический центр, Иркутск

В свете современных научных, социальных и медицинских представлений здоровье женщины пожилого и старческого возраста как социальное явление имеет биологическую основу и обуславливается комплексом различных факторов: медико-биологических, демографических, социально-экономических и санитарно-гигиенических. Эти взаимосвязанные факторы воздействуют на здоровье женщины пожилого и старческого возраста. Медико-социальные аспекты этой проблемы приобрели особую актуальность в последние годы в связи с резким ухудшением здоровья пожилых людей в целом и здоровья женщин пожилого и старческого возраста в частности. Отмечается рост онкологической гинекологической заболеваемости, предраковых состояний у лиц этого возраста, ухудшается качество здоровья и жизни этих женщин, увеличивается смертность. В этих условиях имеет значение анализ гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста и разработка комплекса мероприятий по улучшению состояния их здоровья. В связи с выше изложенным, **целью** исследования стал анализ факторов, влияющих на гинекологическое здоровье женщин пожилого и старческого возраста и разработка

мер и предложений по улучшению гинекологического здоровья данной категории женщин.

Методы исследования. Изучено распределение гинекологических заболеваний и их осложнений по частоте встречаемости согласно МКБ 10. Для исследования были взяты следующие группы заболеваний, наиболее часто встречаемые у женщин.

1 группа: новообразования (миома матки D25, новообразования шейки матки D26, новообразования яичника D27, новообразования других женских половых органов D28)

2 группа: воспалительные заболевания матки и шейки матки N71, N72, воспалительные заболевания других органов женской половой сферы N73, N75, N76

3 группа: эндометриоз, эрозия, дисплазия N80, N85, N86, N87

Результаты и обсуждение. Социально–экономические преобразования в стране, происходящие в последние десятилетия, привели к резкому обострению демографических проблем, среди которых особое место занимает прогрессивное снижение численности населения. Депопуляция населения, начавшаяся в России с 1992г. и обозначенная в политических кругах как «русский крест», вызывает беспокойство специалистов здравоохранения, представителей институтов государственной власти и широкой общественности. В стране регистрируется все возрастающая естественная убыль населения. Такая же ситуация наблюдается в г. Иркутске. В связи с этим, необходимо для здравоохранения и государства попытаться сохранить тот потенциал здоровья, который имеется у людей и постараться максимально продлить жизнь людей пожилого и старческого возраста.

Анализ здоровья женщин пожилого и старческого возраста показал, что за последние 15 лет в 4 р. увеличились эндокринные заболевания, в 2 р. – ожирение, в 5 – 6 р. повысилась заболеваемость сердечно–сосудистой патологией, а также возросла тенденция к табакокурению, этот показатель увеличился на 25%. На фоне этих соматических заболеваний, большого количества аборт в молодом возрасте (в среднем на одну женщину приходится до 4 абортов), ухудшения питания в связи со снижением уровня доходов и вредных привычек более резко проявляются заболевания женской половой сферы, которые женщинами были не долечены в более молодом возрасте. Как известно, после прекращения менструальной функции женщины вовсе перестают посещать врача–гинеколога, ошибочно полагая, что им больше нечего лечить у этого врача, что приводит к пропуску наиболее серьёзной патологии, такой как лейкоплакия, а то и онкологических заболеваний. При этом, если женщина в анамнезе имела ЗППП, то на 83% вероятность того, что в старческом возрасте может развиваться предраковое состояние, если внематочную беременность или выкидыши, то 50% вероятности, если аборты, то вероятность от 50 до 70%. Большинство женщин пожилого и старческого возраста обращаются к врачу за помощью, когда уже ничего практически нельзя сделать. Таким образом, состояние здоровья женщин пожилого и старческого возраста определяется комплексом вза-

имосвязанных и взаимообусловленных факторов, которые необходимо учитывать при проведении лечебно–профилактических мероприятий.

Предлагаем следующие мероприятия:

1. Проведение обучения специалистов акушеров–гинекологов передовым методам и средствам санитарно–просветительской деятельности. Расширить программу обучения за счет включения вопросов, касающихся теории и практики профилактической составляющей деятельности врачей.
2. Включить раздел по санитарно–просветительской деятельности и раздел по особенностям лиц пожилого и старческого возраста в квалификационную аттестацию врачей — акушеров – гинекологов.
3. В отчетные материалы о работе специалистов этого профиля следует включать раздел «профилактическая работа» и оценивать всю деятельность акушеров–гинекологов с учетом ее эффективности.
4. Уделить особое внимание санитарно–просветительской работе с женщинами пожилого и старческого возраста, проводить гинекологами в поликлиниках лекции и школы для этого контингента женщин.
5. Рассмотреть возможность адекватного использования в пропаганде и сан–просвет. работе с женщинами пожилого и старческого возраста работников со средним медицинским образованием после прохождения специального курса обучения и предоставления соответствующих информационных материалов.

Выводы.

1. Состояние гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста представляет острую проблему современности.
2. Увеличивается число онкологических гинекологических заболеваний среди женщин пожилого и старческого возраста.
3. В настоящее время остается высоким уровень предраковых гинекологических заболеваний у женщин пожилого и старческого возраста.
4. Ведущими причинами высокой распространенности онкологических гинекологических заболеваний у женщин пожилого и старческого возраста являются социально–экономические, организационно–медицинские, медико–профилактические и экологические факторы.
5. Вредные привычки, ЗППП, наличие аборт, а также воспалительные заболевания в молодом возрасте от 50 до 80% увеличивают риск появления в пожилом возрасте онкологических гинекологических заболеваний.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Власова И.А. Количественная оценка функционального состояния организма в пожилом возрасте.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Универсальным средством повышения уровня здоровья являются дозированные физические тренировки. В тоже время, пожилой возраст является одним

из критических этапов онтогенеза, когда морфофункциональные особенности организма снижают его устойчивость не только к воздействию отрицательных факторов, но и к безвредным процедурам. Это диктует необходимость тщательного выбора, дозирования и постоянного контроля эффективности как оздоровительных процедур, так и методов диагностики функционального состояния организма.

Формирование уровня здоровья только с учетом соматических заболеваний полностью не раскрывает реальных резервов организма и поэтому не обеспечивает индивидуализации при подборе количества мышечной работы. Наряду с этим, комплексная диагностика функционального состояния затруднена в связи с отсутствием четких и простых критериев его оценки. В связи с чем, **целью** работы были разработка и объективизация количественных экспресс-критериев оценки функционального состояния организма пожилых пациентов.

Методы исследования. Для решения поставленных задач обследованы пациенты от 59 до 75 лет, как регулярно занимавшиеся оздоровительными тренировками, так и ведущие малоподвижный образ жизни. После общеклинического обследования проводилось функциональное тестирование с выполнением непрерывной ступенчато возрастающей нагрузки, начальная мощность которой составляла 25 ватт и увеличивалась в последующем на исходную величину. Время работы на каждой «ступени» 3 минуты. Регистрировались пороговая мощность нагрузки, пороговая частота сердечных сокращений, отношение пороговой мощности нагрузки к должной максимальной и субмаксимальной мощности нагрузок, отношение пороговой ЧСС к её должной максимальной и субмаксимальной величине. Рассчитывалось общее количество выполненной работы и её относительная величина, пульсовая стоимость пороговой мощности нагрузки и количества выполненной работы.

Регистрировались антропометрические параметры, данные сердечно-сосудистой и дыхательной систем, рассчитывались: “двойное произведение”, жизненный показатель, индексы Кетле и конституциональный весо-ростовой (КП) (Загрядский В.П. с соавт., 1978). Определялся уровень соматического здоровья (Апанасенко Г.Л., 1988).

Проводился сравнительный анализ функционального состояния пожилых лиц в зависимости от величины КП.

Результаты. В группе лиц, занимающихся дозированными физическими тренировками, относительно пациентов с малоподвижным двигательным режимом, отмечалось достоверное снижение уровня КП ($p < 0,01$), что свидетельствовало о наличии взаимосвязи между данным показателем и составляющими функционального состояния организма. Кластеризация полученных результатов позволила установить, что по мере роста КП достоверно увеличивалось напряжение функций сердечно-сосудистой системы и уменьшались резервные возможности дыхательной, а также отмечалось снижение уровня соматического здоровья пациентов ($p < 0,01$). Проведенное исследование способствовало объективизации трех типов функционального состояния организма

(благоприятного, пограничного и неблагоприятного) с выделением их количественных критериев.

Заключение. Таким образом, величина конституционального весо-ростового показателя отражает характер функционального состояния организма и может служить в качестве количественного экспресс-критерия его оценки при формировании уровня здоровья у пожилых людей.

Власова И.А., Губин Г.И. Экономический анализ сохранения трудоспособности пожилых лиц.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутский областной врачебно-физкультурный диспансер «Здоровье», Иркутск

Увеличение доли пожилых людей в общей структуре населения обостряет проблему трудового потенциала общества и одновременно с этим позволяет прогнозировать вероятность увеличения числа работающих граждан старших возрастов. Вместе с тем, объем оказания медицинской помощи пожилой категории населения в 11 раз больше, чем у лиц трудоспособного возраста, а рост стоимости лечения заболеваний становится серьезной общественной и экономической проблемой во многих странах мира. Данная ситуация диктует необходимость клинико-экономического анализа эффективности как различных методов лечения, так и использования геропротекторных программ.

На основании вышеизложенного **целью** работы стало исследование с экономических позиций роли оздоровительных технологий, в частности, реализации дозированных физических тренировок, в сохранении трудового потенциала людей пожилого возраста. Полученный результат должен способствовать формированию представления о степени их значимости в структуре медицинской помощи населению, совершенствованию управленческих методов при планировании ее видов и объемов как на уровне лечебно-профилактических учреждений, так и органов здравоохранения.

Методы исследования. Достижение указанной цели осуществлялось при помощи клинико-экономического анализа в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ 91500.14.0001–2002. Проводилось сопоставление средних затрат и показателей эффективности двух моделей медицинской помощи: стационарной (терапевтическое лечение) и стационарозамещающей (оздоровительный курс). В качестве измерителя эффективности использовался показатель частоты лиц пожилого возраста, продолжающих трудиться, который отражает совокупный клинический результат воздействия изучаемых моделей медицинской помощи.

Результаты. Анализ «затраты-эффективность» показал, что стоимость единицы эффективности (частоты работающих пожилых пациентов) оздоровительного курса, несмотря на его значительно большую длительность и, соответственно, ресурсоемкость, в 3,4 раза ниже терапевтического лечения. С экономической точки зрения такое соотношение затрат и эффективности свидетельствует о целесообразности исследуемого вмешательства или технологии.

Заключение. Таким образом, организация оздоровительных курсов в качестве стационарозамещающей формы медицинской помощи, основанных на использовании дозированных физических тренировок, является ресурсосберегающей технологий и экономически выгодным способом сохранения трудового потенциала людей пожилого возраста, а значит их социальной независимости и повышения качества жизни.

Власова И.А. Скорость старения людей старшего поколения.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Морфофункциональные изменения в организме при старении обуславливают снижение возможностей его адаптационно–регуляторных механизмов. Между тем, общебиологические закономерности долговременной адаптации к физическим нагрузкам на поздних этапах онтогенеза, активизируя процессы, противоположные таковым при старении, являются средством, повышающим жизнеспособность людей старшего поколения.

На основании вышеизложенного **целью** настоящего исследования стало изучение скорости геронтогенеза и уровня соматического здоровья как интегральных показателей функционального состояния организма пожилых лиц, занимающихся оздоровительными тренировками.

Методы исследования. Под наблюдением находились пожилые женщины, средний возраст которых составил $64,3 \pm 0,9$ лет. Оздоровительные занятия представляли собой дозированные физические тренировки преимущественно аэробного характера в течение 4 лет три раза в неделю по 45 минут. Тестирование испытуемых состояло из клинического обследования, определения антропометрических параметров и индексов, а также функциональных проб. Рассчитывался уровень соматического здоровья. Определялся биологический возраст, индивидуальный и должный, а также разница между ними, характеризующая скорость старения организма.

Результаты. Исследование темпа старения пожилых женщин показало, что по мере увеличения длительности оздоровительной программы последовательно увеличивалась разница между индивидуальным биологическим возрастом и популяционным стандартом за счет уменьшения первого показателя.

Статистически достоверное снижение темпа возрастных изменений достигалось после третьего и сохранялось на четвертом году тренировочной программы. В среднем испытуемые имели 2–й ранг возрастных изменений, т.е. их замедленную скорость. Второй год занятий характеризовался переходом пожилых женщин в 1–й ранг, который соответствовал резко замедленному темпу старения и в дальнейшем наблюдалось углубление полученного эффекта, поскольку последующее снижение биологического возраста происходило в пределах этого же ранга.

В процессе тренировочных занятий скорость развития возрастных изменений относительно исходных данных достоверно замедлилась на 6,8 расчет-

ных лет. И ни в одном случае индивидуальный БВ не превышал должный. Вышеуказанная динамика скорости старения пожилых женщин нашла отражение и на частоте рангов возрастных изменений. Изучение данной закономерности выявило, что на четвертом году тренировок относительно первого отмечалось наибольшее количество лиц, у которых индивидуальный биологический возраст был меньше должного более, чем на 15 расчётных лет (43% и 19,7% соответственно). Наименьшее распространение получил 3 ранг, т.е. уменьшилось число лиц с совпадением индивидуального БВ с популяционным стандартом (7% относительно 16,3%) и уже ни в одном случае не определялся ускоренный тип старения (4 ранг) (0% относительно 5,8%). Однако, изменения частоты первого ранга (26,7% относительно 29,1%) и второго (23,3% относительно 29,1%) за четыре года тренировочных занятий не носили достоверного характера ($p > 0,1$).

Заключение. Таким образом, несмотря на увеличение календарного возраста испытуемых в процессе четырехлетнего тренинга, реализация оздоровительной программы дозированных физических тренировок, изменяя типичную возрастную динамику морфофункциональных показателей организма, обладает выраженным геропротекторным свойством.

Егорова Л.С., Пустозеров В.Г., Борисенко С.М., Гурьева П.В., Тетерина Л.Р. Гериатрическая оценка пациента по материалам стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска.

Областной гериатрический центр, Иркутск.

В настоящее время перед мировым сообществом стоит проблема постарения 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 1967 г. (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 более 387 тыс. человек из них больше половины люди старше 70 лет. По этой причине в настоящее время актуально оказание квалифицированной медицинской помощи пожилым людям, требующей специальных знаний в возрастной патологии. В этом направлении в Иркутской области в 2005 году был открыт Областной Гериатрический Центр (ОГЦ), где проходят лечение люди в возрасте от 60 лет и старше, преимущественно жители районов области. Укомплектованность кадрами ОГЦ составляет: врачами 86%, а по стационару 91%, средним медицинским персоналом: 61% и 50%, младшим медицинским персоналом – 54% и 58% соответственно. Стационар

рассчитан на 55 коек из них 15 – неврологических, и 40 – терапевтических. С 2006 пролечено 6830 больных, приоритетно жители Иркутской области. Большинство, пролеченных больные, в возрасте 75–89 лет (51%), 42% – 60–74 года. Удельный вес больных в возрасте старше 90 лет за проанализированный период составил 0,22%. Среди госпитализированных за 2006–2011 гг. 78,5% больных жители области, из них 46,7% жители сельской местности. Это преимущественно жители Качугского, Черемховского и Чунского районов. Среди пациентов 20% составляют ветераны Отечественной войны, жители блокадного Ленинграда – 2,3 %, при этом число инвалидов Великой Отечественной войны неуклонно уменьшается (от 1% 2006 г. до 0,6% в 2011 г.). Работа койки к 2011 году увеличилась более чем на 30% по сравнению с предыдущими годами, оборот койки остается на прежнем уровне – 16,1–17,1, а средняя длительность пребывания одного больного на койке уменьшилась с 17,2 до 16,1 дня. Все больные госпитализируются в отделение в плановом порядке, им проводятся комплексные осмотры специалистов, выполняются необходимые клиничко–лабораторные исследования. В структуре соматических заболеваний преобладают болезни системы кровообращения. Доля болезней системы кровообращения за 2006 – 2011 гг. составила 78,5%, где 30,5% пришлось на болезни, характеризующиеся повышением артериального давления, 28,8% – ишемическая болезнь сердца, 17,7%– цереброваскулярные болезни. Большую группу составляют болезни костно–мышечной системы – 12,7 %, из них остеоартроз – 30 %, боль в спине дегенеративного характера 71,6%. Болезни органов дыхания – 4,3. Все заболевания часто сочетаются с болезнями других систем организма: пищеварительной, мочеполовой, эндокринной и болезнями глаз. %.

Наши показатели отличаются от таковых терапевтических стационаров г. Иркутска, где ведущими являются сердечно–сосудистые заболевания– 41% и не характерные для пожилого возраста болезни органов пищеварения – 16%, инфекции мочеполовых путей – 17,5% , болезни органов дыхания – 11% (Белялов Ф.И., 2009). Для изучения клинических и функциональных особенностей гериатрических пациентов, пролеченных в 2007 г., нами были разделены на 2 группы: пожилые (60 – 74 года) и старые (старше 75 лет) обоего пола. Ряд показателей сравнивали с группой зрелых (40– 59 лет) пациентов терапевтического стационара дневного пребывания.

Таблица

Характеристика пациентов

Возраст	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. Число заболеваний увеличивается с возрастом. Уровень заболеваемости в 1,8–2 раза выше, чем у молодых, а у лиц старше 75 лет и старше – в 5–8 раз. По нашим данным, у 1 пожилого пациента в среднем имелось 4,1, а у лиц 75 лет и старше – 467 диагнозов. Учитывались только выраженные нозологические формы.

Помощь, оказываемая пожилым, должна укладываться в рамки медико-социальной помощи. Анализируя, медико-социальные и бытовые условия пролеченных больных, каждый пятый пациент проживает в одиночестве, 43% в неблагоустроенных домах, что соответствует проведенному нами исследованию (Аксаментов Г.В., 2010). Оказываемая помощь пожилым должна быть единой, на деле имеется ведомственная разобщенность по линии здравоохранения и социального обслуживания. Сегодня необходимо совершенствование гериатрической службы, поиск источников финансирования медико-социальных программ гериатрической службы.

Зайцева О.И., Капустенская Ж.И., Дворяшина Е.М. Особенности клеточного звена регуляции у лиц, находящихся в посттрудовом периоде.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Иркутская государственная академия последипломного образования, Иркутск

Цель: изучить функционирование клеточного звена регуляции вегетативно-гормональной системы.

Методы исследования. Исследование реактивности мембран эритроцитов на действие биорегуляторов вегетативной нервной системы (ВНС) было проведено у 53-х человек в возрасте от 60 до 80 лет (33 – женщин и 20 – мужчин). Работа проводилась на спектрофлуориметре MPF-4 (“Hitachi”). Использовался флуоресцентный зонд хлортетрациклин для проведения функциональных проб с экзогенными биорегуляторами ВНС: ацетилхолином (АХ), адреналином (АД) и дексаметазоном (ДМЗ), вводимыми в суспензию мембран эритроцитов *in vitro* с в физиологических дозах. Измерялась динамика флуоресценции зонда хлортетрациклина по пиковым (ФЛ пик.) и скоростным показателям (V включ.). Цифровой материал обработан стандартным пакетом программ STATISTICA, ver. 6.0.

Результаты. Выявленная различная чувствительность мембран эритроцитов к экзогенным биорегуляторам ВНС (ацетилхолину, адреналину и дексаметазону) по критериям показателей пика флуоресценции и скорости включения флуоресценции позволили сформировать группы обследуемых по типам реактивности к биорегуляторам.

Наиболее многочисленной была группа обследуемых (32%) с адекватно высокой реакцией эритроцитарных мембран на все биорегуляторы. Эти параметры реактивности мембран расцениваются нами как наличие у данной груп-

пы обследуемых равновесного состояния клеточных механизмов регуляции вегетативно–гормонального комплекса с адекватными парасимпатосимпатикомиметическими эффектами, в связи с чем данный тип реактивности клеточных мембран условно назван «сбалансированный холин–адрено–глюкокортикоидный» (СХАГ–тип). Статистически значимых различий по возрасту не выявлено. Женщины встречались в 1,2 раза чаще, чем мужчины. Этот вариант считали контрольным в сопоставлении с другими вариантами.

Другим не менее многочисленным типом реактивности организма на уровне клеточных мембран продолжает оставаться «холино–глюкокортикоидный» тип регуляции биомембран (27,4%), характеризовавшийся адекватно высокой реакцией эритроцитарных мембран на ацетилхолин и дексаметазон по пиковому и скоростному параметру флуоресценции. Эти параметры реактивности мембран расцениваются нами как наличие у данной группы обследуемых достаточной функциональной активности парасимпатического звена ВНС и глюкокортикоидных регуляторных влияний на уровне субклеточного звена. Женщины встречались в 1,2 раза чаще, чем мужчины.

Следующую группу составляют обследуемые (18%) с преобладающей реакцией мембран эритроцитов на адреналин и дексаметазон по критериям пиковых и скоростных показателей флуоресценции и сниженной реакцией на ацетилхолин по анализируемым параметрам в сравнении с контролем. Такая метаболическая ситуация свидетельствует о напряжении стратегических звеньев вегетативной регуляции (гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой и симпатoadреналовой регуляторных систем) на субклеточном уровне и соответствует адрено–глюкокортикоидному типу реакций (АГ–тип).

Другим типом мембранной реактивности клеток у обследуемых (14,6%) является вариант с преобладающей реакцией эритроцитарных мембран на ацетилхолин по параметрам пиковой и скоростной флуоресценции и сниженной реакцией на адреналин и дексаметазон по анализируемым показателям в сравнении с контролем. Такая метаболическая ситуация в клеточной подсистеме указывает на усиление парасимпатических влияний на фоне снижения активности стратегических звеньев регуляции (гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой и симпатoadреналовой регуляторных систем). Подобные изменения можно расценить как проявление истощения стратегических звеньев регуляции на субклеточном уровне, а сам тип реактивности мембран условно назван «холинергическим» (Х–тип).

Самой малочисленной (8%) является группа обследуемых с пониженной реактивностью эритроцитарных мембран на все биорегуляторы по пиковым и скоростным показателям флуоресценции в сопоставлении с контролем, что указывает на ослабление функциональной активности клеточных элементов вегетативной регуляции. Этот тип реактивности клеточных мембран условно назван «гипосенситивным холин–адрено–глюкокортикоидным» (ГХАГ–тип).

Заключение. Таким образом, выделены 5 типов реактивности эритроцитарных мембран на биорегуляторы у лиц, находящихся в пострудовом периоде.

Выявленные типы реактивности характеризует состояние адекватности и напряженности адаптационных процессов в соответствующем онтогенетическом периоде. Наиболее благоприятными следует считать СХАГ и ХГ типы реактивности.

Пустозеров В.Г., Зырянова Н.Ю. Совершенствование гериатрической службы Иркутской области

Иркутская государственная академия последипломного образования, Иркутск

Демографическая ситуация в России характеризуется ростом абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста. На сегодняшний день в Иркутской области 703 тысячи лиц старше пенсионного возраста, т. е. это практически каждый третий житель. Заболеваемость у пожилых пациентов (60–74 года), в 3–4 раза выше показателя для людей молодого и среднего возраста и в 6–8 раз выше у лиц старческого возраста (75–90 лет). Фактически обращаемость в поликлиники в 1,5–2 раза выше, чем у молодых, а госпитализация составляет 40–60% от числа всех госпитализированных, на селе до 80%. Совершенно очевидно, что пожилые люди являются главными потребителями медицинских услуг. Это требует коренной реорганизации и совершенствования гериатрической службы в области. Областным гериатрическим центром создана концептуальная модель организации гериатрической службы. В основе, которой лежит подготовка врачей и медицинских сестер по вопросам гериатрии, широкое внедрение стационар замещающих технологий (стационар на дому, дневной стационар, медицинский уход и реабилитация на дому и др.). Современная демографическая ситуация требует организации отделений сестринского ухода, перепрофилирования не востребованных коек, открытия гериатрических центров дневного пребывания. Необходима организация гериатрической помощи в районах области. Особого внимания и поддержки требует наш золотой фонд – это ветераны ВОВ. Их в области осталось 4789 человек. Медицинские учреждения должны сделать все, чтобы окружить их постоянной заботой и вниманием. На сегодняшний день слабо внедряются современные технологии и стандарты оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. Нет программы профилактики преждевременного старения. Среди населения слабо формируется устойчивая мотивация к здоровому образу жизни и активному долголетию. Слабо привлекаются к этой работе средства массовой информации. Вопросы совершенствования гериатрической службы должны стать ключевыми в работе главного гериатра области и гериатрического центра. Все эти вопросы активно обсуждались на проведенной в феврале месяце областной научно–практической конференции. На сегодняшний день остро стоит проблема организации отделений восстановительного лечения и реабилитации для лиц пожилого и старческого возраста. Это требует интеграции службы здравоохранения и социальной защиты населения, поскольку проблема является единой медико–социальной. В этом плане следует сделать еще многое. Стареющие люди все больше зависят от помощи со стороны общества, членов се-

мы, поэтому решать проблему пожилых людей можно только комплексно на основе интеграции медицинских и социально–бытовых аспектов. Особенно это касается одиноких пожилых. В этой связи, безусловно, нужен контакт с органами социальной защиты населения, с возможным долевым участием в финансировании гериатрических медико–социальных программ. Назрела необходимость создания долгосрочной медико–социальной программы «Гериатрическая помощь населению Иркутской области».

Пустозеров В.Г. Профилактики преждевременного старения и возрастной патологии

Государственная медицинская академия последипломного образования,
Иркутск

Старение человека в большинстве случаев происходит по преждевременному (ускоренному) типу. Условия жизни современного общества, заболевания, широко распространенные во второй половине жизни (атеросклероз, ишемическая, гипертоническая болезни, различные опухоли, сахарный диабет), ускоряя процесс старения, приводят к преждевременному старению и смерти до достижения видового биологического предела жизни. Поэтому предупреждение, раннее обнаружение и лечение патологических процессов является важным моментом в комплексе мероприятий, направленных на профилактику преждевременного старения. 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. В литературе имеются многочисленные данные об изменениях органов и систем организма в процессе естественного, физиологического старения. Совершенно иначе обстоит дело с изучением преждевременного старения, которое является основной, наиболее часто встречающейся формой старения людей в возрасте после 40–50 лет. Критериям физиологического и преждевременного старения был посвящен семинар ВОЗ по проблемам

геронтологии, состоявшийся в 1963г. в Киеве. В соответствии с его резолюцией, физиологическое старение означает естественное начало и постепенное развитие старческих изменений, характерных для данного вида и ограничивающих способность организма адаптироваться к окружающей среде. Под преждевременным старением следует понимать любое частичное или более общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что индивидуум "опережает" средний уровень старения той здоровой группы людей, к которой он принадлежит. Сложность и спорность чёткого определения синдрома преждевременного старения связаны с тем, что до сих пор не до конца известны механизмы, последовательность процессов, развивающихся при физиологическом старении. Можно предположить, что факторы, ведущие к преждевременному старению, могут включаться на разных этапах развития физиологического старения, видоизменяя его механизмы и проявления, сказываясь на темпе и характере развития старческих изменений. Таким образом, под преждевременным старением следует понимать возрастные изменения, наступающие раньше, чем у здоровых людей соответствующего возраста. Иными словами, при преждевременном старении биологический возраст (БВ) человека опережает его календарный возраст (КВ). Рассматривая различные аспекты физиологического и преждевременного старения, нельзя упускать из виду гетерохронность изменений организма. При преждевременном старении, как правило, усугубляется неравномерность изменений в органах и системах организма. Рассматривая вопрос о физиологическом и преждевременном старении, следует отметить, что прогнозирование возрастных изменений в организме человека должно основываться не на календарном, а на биологическом возрасте (БВ). Сопоставление биологического и календарного возраста даёт объективное представление о темпе старения и возможной продолжительности жизни. 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 лицам 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 спе-

циализированной 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, старческого 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 по-

требностях 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. 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. 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. 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 стандартизованные 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% снижать 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. 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 трат от 500 до 3500 ккал. в неделю. Расход дополнительных 2000 ккал. в неделю в среднем соответствует прибавке 2 лет жизни. 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, энте-

росорбенты 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.

Платицина В.В. Десять лет оздоровительным группам в областном гериатрическом центре

Областной гериатрический центр, Иркутск

Для людей старшего возраста, после выхода на пенсию, учитывая «пенсионный» стресс, появляется проблема найти себя в обществе, работе, увлечениях. Необходимо найти такую форму существования, которая позволяет вести полноценную жизнь, при которой люди чувствуют себя нужными и востребованными обществом, близкими, окружающими. Важно иметь цель в жизни, ибо активная творческая деятельность тонизирует нервную систему, создаёт очаг возбуждения, который стимулирует весь организм.

Труд должен быть посильным и ежедневным – это любое творчество, занятие любимым делом, работа на дачном участке, выведение новых сортов растений, участие в воспитании внуков и т.д. Одной из форм является привлечение, пропаганда здорового образа жизни – ежедневная двигательная активность по специальной методике, ходьба, дозированные прогулки с подъёмами и спусками, ходьба по лестнице (вместо пользования лифтом), утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура, занятия в оздоровительных группах.

Идея организации оздоровительных групп в нашем областном гериатрическом центре возникла в 2001 году. При активной поддержке главного врача Г.В.Аксаментова и Почётного гражданина г. Иркутска Е.В.Патрушевой 5 декабря 2001 года на базе областной больницы № 2 была организована первая оздоровительная группа для пациентов в возрасте от 60 лет. Первые 7 человек с завидным энтузиазмом приступили к занятиям в этой группе. Результаты не заставили себя ждать: появился блеск в глазах, улучшилось настроение, куда–то отодвинулись болезни, появилось желание радоваться жизни и радовать близких. Слухом земля полнится. Появились желающие влиться в этот небольшой, жизнерадостный, сплочённый коллектив занимающихся людей.

В 2002 году было решено создать ещё одну оздоровительную группу и разделить занимающихся по заболеваниям. Одна группа с сердечно–сосудистой патологией, другая с патологией костно–мышечной и нервной системы. 3 года наши энтузиасты 3 раза в неделю занимались оздоровительной гимнастикой.

В 2004 году во время капитального ремонта площадь зала лечебной физкультуры увеличена до 60 кв.м., приобретены новые тренажёры, снаряды. С 2005 года проводятся занятия уже в трёх группах, а с 2009 года в четырёх, количество занимающихся с 7 человек возросло до 25. Появилось название у групп «Моя спортивная семья» и красивый девиз «...и осень прекрасна, когда на душе весна...» Две группы по 50 минут 3 раза в неделю, 2 группы 2 раза в неделю. Занятия начинаются с 1 октября, заканчивается учебный год 30 мая.

Наш опыт работы насчитывает 10 лет. 88 человек посещали оздоровительные занятия, получили методическую, практическую помощь, проведено 2 официальных выпуска групп – в 2006 и в 2011 годах.

Все пациенты проходят медицинское обследование в поликлинике, затем получают допуск для занятий в оздоровительной группе, в течение учебного года находятся под наблюдением лечащих врачей. Программа занятий подбирается очень тщательно, индивидуально, группы формируются по состоянию здоровья, психологической совместимости и функциональным данным. Основной целью занятий является повышение жизнеспособности и качества жизни людей старшего поколения.

Для выполнения этой цели решаются следующие задачи:

1. Повышение уровня соматического здоровья.
2. Улучшение морфофункциональных показателей.
3. Снижение заболеваемости.
4. Профилактика преждевременного старения.
5. Сохранение и повышение работоспособности.
6. Обучение навыкам здорового образа жизни.
7. Организация и проведение санитарно–просветительной работы (ежемесячные сообщения, лекции, выездные школы, обучения, показы, разработки и составления примерных комплексов упражнений).

На протяжении всех 10 лет огромная организационная и методическая помощь и понимание значения этой важной, полезной, профилактической работы проводится администрацией ОГЦ и заведующей реабилитационного отделения.

Пациенты оздоровительных групп дорожат каждым занятием, в которые вкладываются физические, психологические, положительно–эмоциональные аспекты. Появляются бодрость, энергия, радость, жизнелюбие, прибавляются физические силы, выносливость. Около 9 часов утра возле зала лечебной физкультуры уже слышны смех и шутки – это самые активные «спортсмены» готовятся к оздоровительным мероприятиям. Они приходят заранее, чтобы поделиться своими успехами, новостями, семейными радостями. Измерено артериальное давление, пульс. Зазвучала музыка, пошёл отсчёт времени по своим законам. Позади годы, болезни, домашние заботы, проблемы, дачи... Они снова молоды и жизнелюбны, они живут по–новому! У всех наших «спортсменов» изменился образ жизни, изменилось отношение к себе, значительно улучшилось физическое и психологическое состояние, всегда отличное настроение, они активно противостоят возрасту и болезням.

Когда меня спрашивают: «Что значит для Вас эта работа?», я отвечаю: «Это лучшие часы моей жизни». Адресую всем моим «спортсменам» слова моей маленькой внучки: «Желаю, чтобы жизнь не кончалась!», а я добавлю: «жизнь активная, полная положительными эмоциями, верой в добро и справедливость».

Саютина С.Б., Максимов О.Г. Проблемы стартовой дофаминергической терапии при дебюте болезни Паркинсона в пожилом возрасте.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Введение. Современная стратегия лечения ранних стадий болезни Паркинсона (БП) предусматривает применение в качестве препаратов первой линии агонистов дофаминовых рецепторов, ингибиторов МАО и амантадинов. Стартовая терапия препаратами леводопы целесообразна у дементных пациентов, лиц старческого возраста и при исходно выраженных двигательных нарушениях. Ограничением применения противопаркинсонических препаратов в пожилом возрасте являются соматические проблемы, связанные как с прогрессирующим нейродегенеративным процессом, так и с коморбидными заболеваниями. Дифференцированный подход к назначению стартовой дофаминергической терапии основывается на тщательной оценке особенностей клинических проявлений БП, сопутствующей соматической патологии и условий жизни пациента.

Целью исследования было изучение факторов, ограничивающих применение нелеводопосодержащих препаратов (агонистов дофаминовых рецепторов, ингибиторов МАО, амантадинов) у лиц пожилого возраста с ранними формами БП.

Методы исследования. Проведено исследование 52 пациентов с дебютом БП (1–1,5 ст. по Хен–Яру) в возрасте 65 лет и старше, ранее не получавших дофаминергической терапии. Средний возраст пациентов составил $71,8 \pm 4,3$ лет, длительность БП – $1,8 \pm 0,6$ лет. Все пациенты были осмотрены терапевтом, окулистом, проводились измерение внутриглазного давления, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Наличие ортостатической гипотензии оценивали по результатам ортостатической пробы (тест Шеллонга). Проводилось исследование когнитивной и аффективной сферы (MMSE, FAB, литеральные и категориальные ассоциации, кривая памяти, шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Спилберга–Ханина).

Результаты. Более половины (61,5%) пациентов с дебютом БП в пожилом возрасте имели ограничения к назначению нелеводопосодержащих препаратов в виде стартовой монотерапии. Наиболее частым относительным противопоказанием к применению агонистов дофаминовых рецепторов (проноран, прамипексол) была ортостатическая гипотензия (ОГ), наблюдавшаяся в 23% случаев. При этом лишь в 3,9% наблюдений ОГ клинически проявлялась в форме синкопальных состояний. Пациенты с ОГ достоверно чаще жаловались на головокружения и повышенную утомляемость ($p < 0,05$). Не выявлено связи ОГ с выраженностью когнитивных нарушений и депрессивных расстройств. Ишемическая болезнь сердца с хронической сердечной недостаточностью 2 ст. исключала возможность назначения пронорана и амантадинов в полной терапевтической дозе в 17,3% случаев. При этом 19,2% больных принимали гидро-

хлоротиазид в составе комбинированной антигипертензивной терапии, что не позволяло назначить препараты из группы амантадинов. Закрытоугольная глаукома и гиперплазия/аденома предстательной железы у мужчин ограничивали применение амантадинов и холинолитических препаратов в 7,7% и 13,5% случаев соответственно.

Заключение. Высокая частота коморбидной ассоциированной с возрастом соматической патологии у пожилых пациентов в значительной степени ограничивает проведение стартовой противопаркинсонической терапии нелеводопосодержащими препаратами. При дебюте БП в пожилом возрасте до назначения дофаминергической терапии всем пациентам следует проводить обязательный скрининг, включающий ортостатическую пробу, консультации кардиолога, уролога и измерение внутриглазного давления. Необходимо учитывать риск лекарственных взаимодействий и избегать одновременного назначения гидрохлоротиозида, триамтерена с препаратами из группы амантадинов.

Саютина С.Б., Блохина И.А. Особенности клинического течения болезни Паркинсона при позднем ее дебюте.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Введение. Поздний дебют болезни Паркинсона (БП) характеризуется появлением первых клинических симптомов паркинсонизма в возрасте 65 лет и старше. Современная стратегия терапии этих случаев предусматривает стартовое применение препаратов леводопы в виде монотерапии или в комбинации с агонистами дофаминовых рецепторов, амантадинами, ингибиторами МАО. Подобная тактика связана с предполагаемой небольшой продолжительностью жизни у этих пациентов в отличие от лиц, заболевших в молодом или среднем возрасте. Считается, что профилактика ожидаемых и неизбежных осложнений леводопотерапии у пожилых пациентов имеет небольшое значение. Тем не менее, клинические наблюдения показывают, что в некоторых случаях поздний дебют БП сопряжен с относительно доброкачественным течением, хорошим ответом на нелеводопосодержащие препараты, что позволяет отсрочить время инициации препаратами леводопы.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения БП у лиц с поздним дебютом заболевания.

Методы исследования. Проведено проспективное 4-летнее исследование 52 пациентов с дебютом БП (1–1,5 ст. по Хен–Яру) в возрасте 65 лет и старше (средний возраст $71,8 \pm 4,3$ лет). Верификацию диагноза БП осуществляли в соответствии с международными клинико–диагностическими критериями Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании. Степень тяжести БП определяли с помощью унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений БП (Unified Parkinson's Disease Rating Scale — UPDRS). Проводилось исследование когнитивной и аффективной сферы (MMSE, FAB, литеральные и категориальные ассоциации, кривая памяти, шкала депрессии

Гамильтона, шкала тревоги Спилбергера–Ханина). Наличие ортостатической гипотензии оценивали по результатам ортостатической пробы (тест Шеллонга).

Результаты проспективного наблюдения позволили выделить два варианта клинического течения БП с поздним дебютом заболевания. Первый вариант (67,3%) характеризовался благоприятным течением с медленным или средним темпом прогрессирования, легкими/умеренными двигательными нарушениями, отсутствием выраженного прогрессирования когнитивных и тревожно-депрессивных расстройств. Средняя длительность БП без постуральных нарушений – в $3,7 \pm 0,3$ лет. Эти пациенты удовлетворительно отвечали на монотерапию агонистами дофаминовых рецепторов (проноран, мирапекс) или их комбинацию с амантадинами, что позволяло обходиться без препаратов леводопы в среднем $2,6 \pm 0,6$ лет. При втором варианте клинического течения БП (32,7%) наблюдался быстрый темп прогрессирования двигательных, когнитивных и депрессивных расстройств с отсутствием эффекта или низкой эффективностью нелеводопосодержащих препаратов. Длительность заместительной терапии без препаратов леводопы составила $0,8 \pm 0,4$ лет. Отмечалось более быстрое развитие постуральных нарушений – через $1,8 \pm 0,5$ лет. Предикторами неблагоприятного варианта течения БП у пожилых на момент дебюта заболевания были преобладание аксиальной ригидности, отсутствие тремора, депрессия, сочетание тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями, дневная сонливость, галлюцинации и ортостатические реакции при стартовой терапии агонистами дофаминовых рецепторов ($p < 0,05$).

Заключение. Выделение благоприятного варианта течения БП при позднем ее дебюте свидетельствует о возможности отсрочки инициации леводопотерапии и снижения в последующем частоты ее осложнений у пациентов пожилого возраста. При неблагоприятном варианте течения целесообразна стартовая терапия леводопосодержащими средствами в комбинации с препаратами модифицирующими течение болезни (разагилин).

Тетерина Л.Р., Борисенко С.М., Егорова Л.С., Гурьева П.В.

Питание- составной фактор долголетия

Областной гериатрический центр, Иркутск

Марк Твен писал, что единственный способ сохранить свое здоровье - есть то, что не хочешь; пить то, чего не любишь; делать то, что не нравится. В этой шутке есть своя доля истины - в борьбе за здоровье, за активное долголетие необходимо перестроить свой образ жизни, сделать так, чтобы определенные его особенности стали составной, естественной, неотъемлемой частью жизни человека.

Широкая общественность всегда проявляла интерес к образу жизни долгожителей. Среди факторов, способствующих развитию долголетия, большое значение придается питанию. В исследованиях, выполненных в Институте геронтологии РАМН, показано, что для питания долгожителей характерна невы-

сокая калорийность, низкое содержание сахара, высокое содержание растительных продуктов, витаминов, антиоксидантов. Об очевидной роли диетических факторов свидетельствует и то, что тучные, ожиревшие люди в большей мере страдают различными заболеваниями, и в первую очередь атеросклерозом, диабетом, а продолжительность их жизни меньше. Следует отметить широкое распространение среди населения многих стран ожирения, тучности. В развитии переедания и последующего ожирения большое значение имеет пищевой центр, локализованный в гипоталамусе. Он определяет пищевой поведение, аппетит, который должен соответствовать потребности организма в пище. Из-за разрегулирования гипоталамуса в процессе старения, особенно в климактерическом периоде, возникает несоответствие между возбудимостью пищевого центра и энергетическими тратами организма, развивается переедание, часто ведущее к ожирению. Ограничение калорийности пищи и даже ограничение только содержания белка увеличивает срок жизни. Чрезвычайно важно, что ограниченная диета обладает профилактическим действием, отодвигает сроки наступления возрастной патологии - нарушений функций сердца, атеросклероза, диабета, почечных заболеваний, повреждения костной ткани. Уменьшение рациона благоприятно влияет на систему иммунитета и на возникновение так называемых иммунодефицитных заболеваний. Калорийно недостаточная диета только отодвигает время наступления болезней, но не избавляет от уже возникших.

Важная составная часть рациона - белки. Определенное ограничение их количества уже само по себе ведет к пролонгирующему эффекту. Хорошо когда диета сопровождается ощелачиванием крови. Вообще «щелочная диета» вызывала выраженное продолжение жизни. Кстати, к щелочным пищевым продуктам относятся морковь, помидоры, картофель, яблоки, груши, а к кислотообразующим - мясо, яйца, рис, рыба. Более того, для роста продолжительности жизни бывает необходимым ограничивать потребление не всего белка, а даже одной аминокислоты. Так, 2-3- кратное снижение содержания аминокислоты - триптофана в рационе приводит к заметному удлинению жизни.

В результате технического и экономического прогресса изменились условия питания в России – увеличилось потребление продуктов животного происхождения (жиры, яйца, мясо, молоко), сахара и снизилось потребление хлебопродуктов, многих овощей. О принципиальной необходимости пересмотра ряда норм питания свидетельствуют данные о связи особенностей питания и болезней человека. Длительные наблюдения за членами так называемого антикоронарного клуба в Нью-Йорке показали, что рационы с низкой калорийностью (1600 ккал) и низким содержанием жиров (10% энергоемкости) способствовали снижению заболеваний ишемической болезнью сердца в 3,5 раза. В Институте геронтологии РАМН Ю.Г. Григоров установил, что степень атеросклеротических нарушений у пожилых людей с калорийностью суточного рациона 1600-2100 ккал была значительно меньшей, чем у людей рацион которых был равен 2650-3100 ккал.

Уникальное исследование было проведено в одном из домов престарелых Мадрида на 120 мужчинах и женщинах старше 65 лет. Половина обследуемых получала обычную диету с калорийностью 2300 ккал и содержанием белка 50 г\сутки (контрольная группа). Другая половина получала эту диету, по четным числам, а по нечетным калорийность снижалась до 885 ккал, содержание белка до 36 г\сут заменой обычной диеты на один литр молока и 500г свежих фруктов. За трехлетний период наблюдений как число умерших, так и заболевших в контрольной группе обычной диетой было вдвое больше. Многие исследователи приходят к выводу, что увеличенное содержание жира в пище приводит к развитию холестеринемии и атеросклеротическому процессу. Так, по данным американского исследователя В.Киса, потребление жира в Японии - 8% общей калорийности рациона, в Индии- 13%, в Бразилии - 18%, в Италии - 20%, в Испании - 22%, во Франции - 30%, в Англии - 35%, в Швеции- 38%, в США- 41%. Эти показатели хорошо коррелируются с высотой холестеринемии, со степенью распространения атеросклероза в этих странах.

Переядание у человека часто сочетается с низкой двигательной активностью. Эти люди как бы на себе моделируют преждевременное старение. Абсолютно прав Н.М. Амосов, страстно убеждающий, доказывающий значение для «качества» жизни обратных взаимоотношений- высокой двигательной активности и ограничения в питании.

Важная, актуальная проблема - специфика питания пожилых людей. Известно, что сбалансированное питание должно соответствовать особенностям обмена веществ человека. У пожилых людей уже в покое снижено потребление кислорода, уменьшено число клеточных элементов, наступают существенные изменения в обмене веществ. Кроме того, с возрастом снижается двигательная активность людей, их энергетические траты. Отсюда вывод о необходимости снижения энергоемкости пищи, о необходимости ее антиатерогенности, высокой антиоксидантной активности, легкой перевариваемости, нормализующего влияния на микрофлору кишечника, щелочного ее действия. В пожилом возрасте целесообразно увеличение белков растительного происхождения, уменьшение содержания насыщенных жирных кислот, увеличение содержания метионина, цистеина, фосфолипидов и других веществ, нормализующих клеточные мембраны, реакционные группы белков, достаточное содержание витаминов, уменьшение доли простых углеводов и увеличение пищевых волокон, которые могут выводить из кишечника холестерин, щелочные кислоты. Все это лишь предпосылки для создания пищевого рациона, который будет иметь выраженное геропротекторное действие.

Сейчас необходим дальнейший поиск ограниченных диет с учетом труда, возраста и пола человека. При этом важен выдвинутый советским биохимиком А.А.Покровским принцип сбалансированного питания, определяющей не только количественный, но и качественный состав пищи.

Принципы режима питания: Важными принципами режима питания пожилых и старых людей являются:

- регулярный прием пищи,
- исключение длительных промежутков между ними,
- исключение обильных приемов пищи,
- по рекомендации врачей возможно включение разгрузочных дней (творожных, кефирных, овощных, фруктовых),
- необходимо избегать длительного полного голодания.

Эти мероприятия обеспечивают нормальное переваривание пищи и предупреждают перенапряжение всех систем организма, участвующих в усвоении пищевых веществ. На ночь желательно употребление кисло-молочных напитков или сырых овощей и фруктов.

Для здоровых пожилых и старых людей нет запрещенных продуктов и блюд, а только более или менее предпочтительные. Недопустимо увлечение каким-либо одним или группой пищевых продуктов, а также быстрый переход пожилых людей с привычного питания на более строгое в отношении белка и жиров.

Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что большинство людей пожилого возраста питаются неправильно. Растет число лиц с избыточной массой тела, а это серьезный фактор риска прогрессирования атеросклероза, гипертонической болезни, холецистита и желчнокаменной болезни, сахарного диабета, подагры и мочекаменной болезни, артроза и других изменений опорно-двигательного аппарата. В настоящее время в рационе преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения. Мясо потребляется в значительно большем количестве, чем рыба. Очевидны излишества мучных и сладких продуктов. В то же время овощи, фрукты, зелень, растительное масло поступают в ограниченных количествах.

В основе построения рациона лиц пожилого и старческого возраста лежит принцип энергетической сбалансированности между калорийностью потребляемой пищи и фактическими энергозатратами организма. В старческом организме снижаются энергозатраты и основной обмен, уменьшается физическая активность, сокращается мышечная масса тела. Это ведет к закономерному снижению потребности в пищевых веществах и энергии. Рекомендуемая калорийность составляет 1900-2000 ккал для женщин старше 60 лет и 2000-2300 ккал для мужчин того же возраста.

Заключение: количественно ограниченное питание увеличивает продолжительность жизни. Переедание, ожирение сокращает сроки жизни. Эти положения доказаны и десятки раз повторены в различных лабораториях мира и с ними нельзя не считаться. Современный человек часто подвержен двум порокам: гиподинамии и перееданию. Совместное их действие угрожает здоровью. Культура жизни состоит в их преодолении во имя высших, духовных интересов.

Холмогоров Н.А., Абрамович С.Г. Опыт применения «сухих» углекислых ванн на Иркутском курорте «Ангара» у больных пожилого возраста

Клинический курорт «Ангара», Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Среди различных методов бальнеотерапии, которые применяются в гериатрической кардиологии, важное место занимают «сухие» углекислые ванны (СУВ), позволяющие благодаря специальным установкам осуществить действие на пациента углекислого газа и исключить механическое и температурное действие воды, ограничивающее применение водных углекислых ванн при целом ряде патологических состояний.

Методы исследования. Нами проведён анализ применения СУВ в ЗАО «Клинический курорт «Ангара» в период с 2002 по 2009 гг. За это время на двух установках «REAVOX» фирмы «ПРИМА – МЕД» лечение получили 1843 больных. Среди них было 1470 взрослых людей (средний возраст 54,8 + 1,2 года).

Результаты. Всего проведено 14006,8 процедур. Количество процедур на одного больного составило 7,6. Лечение СУВ было проведено у 787 больных старше 60 лет. Наиболее часто (в 35,0 % случаев) данные методики применялись на курорте у больных артериальной гипертонией 1, 2 и 3 ст. с низким, средним и высоким риском развития осложнений, с недостаточностью кровообращения не выше 1 ст. при отсутствии частых гипертонических кризов. Немного реже (в 30,0 % случаев) назначались больным с бронхо–лёгочной патологией: хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких, в том числе с хроническими обструктивными бронхитами в фазе ремиссии и дыхательной недостаточностью 1 и 2 ст. 25 % больных, которые лечились СУВ на курорте, страдали ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией 1–3 функционального класса с редкими предсердными и желудочковыми экстрасистолами, мерцательной аритмией, блокадой ножек пучка Гиса и недостаточностью кровообращения не выше 1 ст., постинфарктным кардиосклерозом с давностью коронарного инцидента не ранее 6 месяцев. Остальные пациенты, получившие курс лечения СУВ, были больные с приобретенными пороками сердца, постмиокардитическим кардиосклерозом, сахарным диабетом и его осложнениями, миокардиодистрофией, дисциркуляторной энцефалопатией различного генеза, облитерирующими заболеваниями сосудов и экзогенно–конституциональным ожирением.

Заключение. Таким образом, СУВ – это лечебный метод «мягкого» и «щадящего» действия, позволяющий проводить лечение у больных разных возрастных групп и имеющий достаточно широкий спектр показаний. Это свидетельствует о целесообразности применения «сухих» углекислых ванн у гериатрических пациентов в санаторно–курортных условиях.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

12:30–13:00 Кофе–брейк	
13:00	Открытие конференции.
13:05 13:25	<i>Пустозеров Виктор Георгиевич, Иркутск.</i> Профилактика преждевременного старения.
13:30 14:00	<i>Хитров Николай Аркадьевич, Москва.</i> Полиморфизм боли при остеоартрозе. Купирование болевого синдрома.
14:05 14:35	<i>Петрова Марина Михайловна, Красноярск.</i> Миф и реальность: Терапия, продлевающая жизнь.
14:40 15:10	<i>Хитров Николай Аркадьевич, Москва.</i> Поражение мягких периартикулярных тканей – диагностика и лечение.
15:15 15:45	<i>Петрова Марина Михайловна, Красноярск.</i> Коморбидность соматической патологии, депрессии.
15:50 16:10	<i>Меньшикова Лариса Васильевна, Иркутск.</i> Боль с фокусом на безопасность.
16:15 16:35	<i>Краснова Юлия Николаевна, Иркутск.</i> Бронхообструктивный синдром у пожилых.
16:40 17:00	<i>Капустенская Жанна Исмагиловна, Иркутск, Зайцева Ольга Исаевна, Красноярск.</i> Дисциркуляторная энцефалопатия: миф или реальность?
17:05 17:15	<i>Беялов Фарид Исмагильевич, Иркутск.</i> Ведение ОКС в позднем возрасте.
17:15 17:30	<i>Онучина Елена Владимировна, Иркутск.</i> Симптоматическая терапия ГЭРБ у пожилых.
Дискуссия. Закрытие конференции.	

Подписано в печать 6.02.12.
 Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.
 Печать трафаретная. Бумага офсетная 80 г/м2.
 Усл. п. л. 2,75. Формат 84x108/32. Тираж 100. Заказ 11/14–02/1.
 Отпечатано в типографии «Форвард».