

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
21 февраля 2013 года

УДК 573.7.017.6

ББК 52.5

Б43

Практическая гериатрия: материалы IV конференции, 21 февраля 2013 года, Иркутск / под ред. Ф.И.Белялова, В.Г.Пустозерова. Иркутск, 2013. 77 с.

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

УДК 573.7.017.6

ББК 52.5

© ИГМАПО, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ.....	5
Абрамович С.Г., Машанская А.В., Семенищева Е.А., Бердницкая М.Е., Стрежнева М.В. Качество жизни у больных артериальной гипертонией с различной вкусовой чувствительностью к поваренной соли	5
Бухольцева Е.В., Ковалева О.А., Савинцева Л.Г. Особенности липидного спектра у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2 типа	8
Игнатьева Т.Г. Влияние физических факторов на показатели суточного мониторирования электрокардиограммы у больных, перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q, с различными типами адренергической реактивности ..	11
Коровина Е.О., Абрамович С.Г. Комплексная физиотерапия у больных гипертонической болезнью пожилого возраста в условиях поликлиники	13
Машанская А.В., Абрамович С.Г., Семенищева Е.А., Бердницкая М.Е., Стрежнева М.В. Вкусовая чувствительность к поваренной соли у здоровых людей и больных артериальной гипертонией	16
БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	19
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В. Распространенность изжоги у геронтов.....	19
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В. Адеметионин в терапии неалкогольной жировой болезни печени у геронтов.....	20
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В., Шестакова М.Е. Неалкогольный стеатогепатит у лиц пожилого и старческого возраста....	20
Борисенко С. М., Гурьева П. В., Егорова Л. С. Питание у пожилых пациентов с жировым гепатозом.....	21
Мунхжаргал Б., Петрунько И.Л., Цэрэндаш Б.-У. Эрозивно-язвенное поражение желудка у больных пожилого возраста циррозом печени с портальной гастропатией.....	23
Онучина Е.В., Рожанский А.А., Пошкайте И.А. Статин–индуцированное поражение печени у пожилых.....	24
Спасова Т.Е., Григорьева Е.В., Батудаева Т.И. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста	27
БОЛЕЗНИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ	30
Алексеева С. И. Сравнительная характеристика летальных случаев туберкулеза легких и сочетанного туберкулеза с ВИЧ–инфекцией, оценка взаимосвязи с генотипами микобактерии туберкулеза	30
Баженова Ю.В., Подашев Б.И., Пустозеров В.Г., Шелепьева Д.Ю. Трудности диагностики внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста	34
Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Бараховская Т.В., Волчкова Н.А. Эффективность и безопасность бронхолитической терапии больных хронической обструктивной болезнью легких в пожилом возрасте при сочетанной полиорганной патологии	40

Зоркальцева Е.Ю., Суздальницкий А.Е., Шугаева С.Н., Моисеева Е.Я. Характеристика больных туберкулом, умерших в противотуберкулезном стационаре.....	40
Трофименко И.Н., Черняк Б.А. Влияние коморбидной патологии на тяжесть хронической обструктивной болезни легких	43
ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	44
Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А. Физиотерапия у больных пожилого возраста: вопросы стратегии и тактики	44
Батудаева Т.И., Данчинова А.М., Спасова Т.Е. Оценка эффективности и переносимости симптоматических средств при лечении остеоартроза у пациентов пожилого возраста	46
Власова И.А. Физические упражнения как геропротекторное средство	51
Киреева В.В., Казакова Е.В., Малова Т.Н., Янченко Е.В. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.	54
Розанов С.Е., Демин И.В., Бессонова Л.О., Горяинова Н.Н. Опыт применения оздоровительной гимнастики цигун у лиц геронтологического возраста на фоне стандартной фармакотерапии	55
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	59
Борисенко Г.Н., Борисенко С.М., Егорова Л. С. Особенности церуменообразования и лечения у лиц пожилого и старческого возраста	59
Гурьева П.В., Егорова Л.С., Гурьев В.А., Борисенко С. М. Структура неврологических больных по материалам иркутского Областного гериатрического центра за 2012 год.....	61
Капустенская Ж.И. Оценка качества жизни гериатрических больных с хронической церебральной ишемией, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами.....	63
Петрунько О.В., Клименко О.Г. Инвалидность в пенсионном возрасте вследствие аффективных нарушений в Иркутской области по обращаемости в бюро медико–социальной экспертизы	64
Самосват С.М., Петрунько И.Л. Некоторые аспекты первичной инвалидности вследствие дорсопатии в пенсионном возрасте	65
Соловьева А.В., Ермилова Т.П., Носова Н.Ф., Азимкова Л.В. Клинико–функциональные особенности женщин пожилого возраста с абдоминальным ожирением.....	67
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ.....	68
Власова И.А. Показатели неспецифической адаптации в пожилом возрасте	68
Егорова Л. С., Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Гурьева П.В. Современный гериатрический пациент по материалам стационара Областного гериатрического центра г. Иркутска	69
Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Зырянова Н.Ю., Егорова Л.С. Перспективы развития гериатрической службы в Иркутской области.....	71
Рыбченко Н.В., Петрунько И.Л. Особенности первичной инвалидности врачей в пенсионном возрасте в Иркутской области в 2006 – 2011 годах	74
ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ	76

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Абрамович С.Г., Машанская А.В., Семенищева Е.А., Бердницкая М.Е., Стрежнева М.В. Качество жизни у больных артериальной гипертонией с различной вкусовой чувствительностью к поваренной соли

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Дорожная клиническая больница ст. Иркутск–Пассажирский, Больница восстановительного лечения ст. Иркутск – Пассажирский, Иркутск

Качество жизни (КЖ) – категория, характеризующая существенные обстоятельства жизни населения, определяющие степень достоинства и свободы личности каждого человека. Использование понятия КЖ в практике современной медицины следует считать значительным прогрессом в сравнении с традиционной тенденцией фокусирования внимания исключительно на болезни и её симптомах. Общепринятым в мировой клинической практике для АГ является использование опросника SF–36 (Short Form Medical Study).

С позиции профилактики поражения органов мишеней, важнейшим фактором риска АГ является повышенное потребление поваренной соли (ПС) с пищей. Подобная особенность пищевого поведения требует раннего выявления подобных пациентов и разработки мероприятий по лечению и профилактике в каждом конкретном случае.

Наиболее достоверным методом, позволяющим судить о количестве поступающего в организм натрия, является измерение суточного натрийуреза. Об уровне потребления ионов натрия с пищей, по данным литературы, можно косвенно судить также по порогу вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС). Этот метод вызывает особый интерес, так как избыточное потребление ПС может быть прямо связано со снижением вкусовой чувствительности рецепторов языка к хлориду натрия, что вызывает в свою очередь непроизвольное увеличение его потребления. Практически отсутствуют исследования, касающиеся изучения особенностей КЖ у больных АГ с различной солевой вкусовой чувствительностью.

Цель исследования: изучение клинических проявлений и качества жизни у больных артериальной гипертонией с различным порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли.

Обследование проведено в НУЗ «Больница восстановительного лечения на ст. Иркутск – Пассажирский ОАО «РЖД». В исследовании на условиях добровольного информированного согласия приняли участие 60 больных АГ от 20 до 83 лет (средний возраст $54,1 \pm 2,0$ года).

Всем пациентам был установлен диагноз АГ 2 стадии, 1 и 2 степени, с низким и средним риском развития осложнений, диагностированной в соответствии с рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике АГ (ESH–ESC, 2007; ВНОК, 2008). Обследование пациентов проводили в соответствии со стандартами Хельсинкской декларации «Этические принципы проведения науч-

ных исследований с участием человека» (1975) и «Правилами клинической практики в Российской Федерации» (2003).

На первом этапе исследования у всех больных проведено изучение ПВЧПС по модифицированной методике R. J. Henkin и соавт. (1963). В нашем исследовании к лицам со средним уровнем вкусовой чувствительности к ПС были отнесены те, у которых ПВЧПС составил 0,16% раствора хлорида натрия. Обследованные с высоким и низким ПВЧПС характеризовались порогом чувствительности, соответственно, более и менее 0,16 % раствора хлорида натрия. На этом основании мы разделили больных на две группы.

В первую группу вошли 27 больных с высоким ПВЧПС в возрасте от 22 до 83 лет (средний возраст $55,9 \pm 2,2$ года), во вторую – из 23 больных АГ с низким ПВЧПС в возрасте от 20 до 78 лет (средний возраст $51,8 \pm 1,9$ года).

Всем обследованным проведено изучение КЖ с помощью компьютеризированной версии опросника «SF-36 Health Status Survey». Анкета включала 36 вопросов, разделенных на 8 шкал: общее состояние здоровья (GH), физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и самооценка психического здоровья (MH). Расчеты позволяют представить значения каждой категории КЖ от 0 до 100 отн. ед., более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ, величина 100 отн. ед. соответствует понятию полного здоровья. Показатели GH, PF, RP и BP составляют физический компонент здоровья (ФКЗ), шкалы VT, SF, RE и MH характеризуют психологический компонент (ПКЗ).

Качество жизни больных АГ было изучено, также, с помощью разработанного нами медицинского показателя качества жизни (МПКЖ). В анкету для изучения МПКЖ больных АГ были внесены 18 основных симптомов заболевания. Больной самостоятельно или с помощью исследователя отвечает на вопросы, отмечая в анкете наличие и выраженность симптомов болезни. Ответ оценивался в баллах, сумма которых определяла медицинский показатель качества жизни.

Артериальное давление (АД) измерялось аускультативным методом Н.С. Короткова. Каждый обследованный информировал о привычке досаливания пищи, наличии гипертонических кризов и наследственной отягощенности по АГ. Вычислялся индекс массы тела – ИМТ (индекс Кетле, $\text{кг}/\text{м}^2$).

Для проведения статистической обработки фактического материала использовали пакеты прикладных программ «Statistica 6.0». Для оценки характера нормальности распределения данных применяли критерий Шапиро–Уилкса. Определение в выборках имело статистически значимое отличие от нормального, поэтому применялись методы непараметрической статистики. Для определения значимости отличий применялся U – критерий Манна–Уитни. Данные представляли в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD). Уровень статистической значимости (p) был принят за 0,05.

При анализе клинических данных у больных АГ с высоким и низким ПВЧПС выявлены существенные различия. Так, при изучении ИМТ оказалось, что у больных АГ мужского пола с высоким ПВЧПС данный показатель составил $28,6 \pm 1,0$ кг/м², с низким – $27,3 \pm 0,7$ кг/м² ($p > 0,05$); среди женщин, соответственно, $33,1 \pm 0,9$ кг/м² и $29,0 \pm 0,8$ кг/м² ($p < 0,001$). Выяснено, что 23 больных АГ (85,2%), представляющих группу с высоким ПВЧПС, дополнительно употребляли в пищу поваренную соль (досаливали), тогда как в сравниваемой группе лиц с низким ПВЧПС таковых оказалось только 10 человек (43,5%).

Выяснено, что больные с высоким ПВЧПС чаще, чем с низким, указывали на наличие у близких родственников повышенного АД (соответственно 48,2% и 21,7% случаев; $p < 0,01$) и случаев смерти от сердечно – сосудистых заболеваний (соответственно 44,4% и 21,7 % случаев; $p < 0,02$). У больных АГ с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли течение заболевания в 1,9 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами (соответственно у 33,3% против 17,4% с низким; $p < 0,01$). Они, как правило, развивались постепенно, протекали длительно (от 3–4 часов до 1–2 дней). В их клинической картине преобладали мозговые симптомы, обусловленные энцефалопатией: головные боли, тяжесть в голове, сонливость, вялость, головокружение, звон в ушах, тошнота, рвота, дезориентированность и кардиалгии.

При измерении АД оказалось, что систолическое (АД_с), диастолическое (АД_д) и среднегеометрическое АД (АД_{ср}) у больных с уменьшением вкусовой солевой чувствительности было выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС. Различия АД_с, АД_д и АД_{ср} у них составили $156,4 \pm 1,3$ и $152,7 \pm 1,5$ мм.рт.ст., $p < 0,05$; $96,0 \pm 1,1$ и $94,8 \pm 2,0$ мм.рт.ст., $p > 0,05$; $116,1 \pm 0,8$ и $114,1 \pm 0,7$ мм.рт.ст., $p < 0,05$ соответственно. Наиболее отчетливо направленность этих сдвигов наблюдалась у мужчин.

Полученные данные показали, что принадлежность больных АГ к различным типам чувствительности вкусовых рецепторов к поваренной соли оказывала существенное влияние на характер и выраженность клинических проявлений заболевания, что, в конечном итоге, проявлялось в увеличении МПКЖ. У больных с высоким ПВЧПС величина медицинского показателя качества жизни составила $32,8 \pm 1,8$ балла, тогда как у обследованных с низким ПВЧПС – $17,6 \pm 1,8$ баллов, что на 46,3% меньше ($p < 0,001$). Выяснено, что у больных АГ с высоким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли характерными жалобами были: головные боли, головокружение, тяжесть в голове, утомляемость, раздражительность, плаксивость, кардиалгии, снижение работоспособности и снижение памяти.

При сравнительном изучении КЖ с помощью SF-36 у больных артериальной гипертонией с низкой и высокой вкусовой чувствительностью к поваренной соли (соответственно высоким и низким ПВЧПС) было обнаружено, что обе категории этих пациентов примерно одинаково субъективно оценивают состояние своего здоровья. Различия заключались в том, что у лиц с высоким ПВЧПС ниже оказались параметры шкал, ответственных за «физический» ком-

понт здоровья. Так, у больных с высоким ПВЧПС показатели шкал RF, RP и BP оказались ниже аналогичных параметров больных с низким ПВЧПС на 15,2% ($p < 0,05$), 26,8% ($p < 0,05$) и 24,6% ($p < 0,02$). Низкие показатели по шкалам, составляющим физический компонент КЖ, свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

У пациентов с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли отмечено также статистически достоверное уменьшение ($p < 0,05$) шкалы RE, которая определяет влияние эмоционального состояния на работоспособность, повседневную деятельность. Низкие показатели по данной шкале свидетельствуют, как правило, о наличии выраженных депрессивных и тревожных переживаний.

Таким образом, у больных АГ с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли отмечается более высокий уровень артериального давления и массы тела, частые кризы, отягощённая наследственность, преобладание в клинической картине таких симптомов как головные боли, головокружение, тяжесть в голове, утомляемость, раздражительность, плаксивость, кардиалгии, снижение работоспособности и снижение памяти. У данного контингента больных наблюдается отчётливое снижение качества жизни, выраженное наиболее значительно по таким шкалам, как ролевое физическое и эмоциональное функционирование, боль и физический компонент здоровья.

Следует подчеркнуть, что значительное ограничение потребления поваренной соли в первую очередь должно коснуться именно больных АГ с высоким ПВЧПС, что будет важнейшим мероприятием, способным изменить течение заболевания и улучшить прогноз.

Бухольцева Е.В., Ковалева О.А., Савинцева Л.Г. Особенности липидного спектра у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2 типа

Иркутский государственный медицинский университет, Областной гериатрический центр, Иркутск

Сахарный диабет (СД) во всем мире признан одним из наиболее серьезных неинфекционных заболеваний. Количество больных СД постоянно увеличивается в связи с ростом численности населения старших возрастных групп, урбанизацией территории, увеличением распространенности ожирения и малоподвижного образа жизни. По последним данным Международной диабетической федерации – IDF (The International Diabetes Federation), число больных СД среди взрослого населения (20–79 лет) в мире к 2030 г. составит 439 млн. (Балаболкин М.И., 2000). Пропорционально росту заболеваемости сахарным диабетом растет число его хронических осложнений, от которых ежегодно умирает 5,5 % больных СД, уровень смертности среди них в 2–4 раза превышает таковую среди лиц без нарушений углеводного обмена, а продолжительность жизни у таких пациентов на 7–10 лет меньше, чем у лиц без диабета. Больные СД 2–

ого типа, согласно последним Европейским рекомендациям по дислипидемиям (2011) и стандартам медицинской помощи Американской диабетической ассоциации (ADA, 2012), относятся к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Поэтому одной из актуальных задач является исследование особенностей липидного спектра крови в старших возрастных группах населения с сахарным диабетом 2-ого типа. Своевременное выявление и коррекция диабетической дислипидемии является важным условием снижения количества тяжелых осложнений и увеличения продолжительности жизни лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2-ого типа.

Целью работы явилось выявление особенностей липидного спектра крови у людей пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2-ого типа.

Задачи

1. Провести анализ параметров липидного спектра: сывороточной концентрации триглицеридов, общего холестерина, липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности;
2. Рассчитать величину прогностического коэффициента атерогенности;
3. Разработать рекомендации для определения объема лабораторных исследований лицам пожилого и старческого возраста с СД 2-ого типа на основании полученных данных.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лабораторных исследований 30 пациентов, которые находились в условиях отделения стационарной помощи ГБУЗ «Областной гериатрический центр» г. Иркутск с 01.11. 2012 по 01.02. 2013гг. Средний возраст больных составил 69,5 лет. Согласно критериям ВОЗ (1963), пожилыми считаются больные в возрасте 60 лет и старше. В зависимости от наличия диагноза СД 2-ого типа больные были разделены на две группы: пациенты с установленным диагнозом сахарный диабет 2-ого типа, длительность более 3 лет (n=20) – I группа, и контрольная (II группа) – пациенты без установленного диагноза СД 2-ого типа (n=10). У всех пациентов определяли показатели углеводного (глюкоза крови) и липидного обмена – общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), б-холестерин (ХС-ЛПНП), пре-б-холестерин (ХС-ЛПОНП), уровень триглицеридов (ТГ) и коэффициент атерогенности (КА) крови. Диагноз СД 2-ого типа устанавливался на основании данных медицинской документации согласно критериям ADA (2007) Статистически значимые различия результатов анализов на липидный спектр проводились с помощью критерия χ^2 .

Использованы лабораторные методы исследования:

Исследование углеводного обмена. Углеводный обмен оценивали по уровню глюкозы в венозной крови утром натощак на биохимическом анализаторе Bio Systems BTS-350, глюкозо-оксидазным методом с использованием реактивов «Фотоглюкоза» (фирма «ИМПАКТ» г. Москва).

Исследование липидного обмена. Концентрацию ТГ и ОХС в сыворотке крови определяли энзиматическими методами, содержание ХС ЛПВП – двухстадийным седиментационным методом; для определения использовались

стандартные наборы реагентов “Триглицериды–витал”, “Холестерин–витал” и “HDL–холестерин–витал” (фирма “ВИТАЛ» г. Санкт–Петербург;). Исследование проводили на анализаторе Bio Systems BTS–350, ежедневный контроль качества исследований осуществляли с использованием аттестованных контрольных сывороток HUMATROL N(Германия).

Концентрацию ХС–ЛПНП рассчитывали по формуле: $ХС\ ЛПНП = ОХС - ХС - ЛПВП - ТГ/2,2$ (Friedewald W.T. et al, 1972); прогностический коэффициент атерогенности по формуле: $КА = (ОХС - ХС - ЛПВП)/ХС - ЛПВП$ (Климов А.Н. и др., 1980).

Расчет ХС–ЛПОНП проводили по формуле: $ХС - ЛПОНП = ТГ/2,18$ (ммоль/л). Нормальными значениями коэффициента атерогенности считали величины, не превышающие 3,0.

Результаты исследований. Характеристика групп по средним значениям показателей липидного спектра крови представлена в табл. 1. Из таблицы видно, что статистически значимые различия получены в отношении ОХС и ХС–ЛПВП – среднее значение ОХС было достоверно выше среди пациентов с сахарным диабетом, а ХС–ЛПВП – ниже в сравнении с пациентами без установленного диагноза СД 2–ого типа.

Средние значения уровня концентрации глюкозы в сыворотке крови исследуемых групп представлены в табл.2. Из которой следует, что концентрация глюкозы крови в контрольной группе в пределах допустимой нормы (в возрасте от 60 лет и старше – 4,2– 6,7 ммоль/л) (Кондрашева Е.А., 2012), что свидетельствует о не измененных показателях углеводного обмена данной группы.

Таблица 1

Средние значения показателей липидного спектра у больных сравниваемых групп

Показатели (ммоль/л)	Пациенты I группы (n=20)	Пациенты II группы (n=10)	p
ОХС	5,4 ±0,7	4,7 ±0,7	< 0,05
ТГ	1,7 ±0,4	1,22 ±0,3	< 0,05
ХС–ЛПВП	1,06 ±0,2	1,52 ±0,4	< 0,05
ХС–ЛПНП	3,29 ±0,5	2,6 ±0,7	< 0,05
ХС–ЛПОНП	0,79 ± 0,09	0,5 ±0,1	> 0,05
КА (ед.)	4,41 ±0,6	2,4 ±0,4	< 0,001

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Таблица 2

Средние значения уровня глюкозы у пациентов сравниваемых групп

Показатель, ммоль/л	I группа (n=20)	II группа (n=10)	p
Глюкоза крови	7,4 ±0,5	4,3 ±0,5	< 0,001

Выводы

1. Липидный спектр сыворотки крови у лиц пожилого и старческого возраста отличается в зависимости от наличия или отсутствия СД 2-ого типа следующими параметрами: концентрация ОХС и ХС-ЛПНП статистически значимо выше по сравнению с пациентами пожилого и старческого возраста без СД 2-ого типа; концентрации ТГ и ХС-ЛПОНП не отличаются в исследуемых группах;
2. Прогностический коэффициент атерогенности значимо выше у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2-ого типа, что указывает на высокий риск возникновения и прогрессирования имеющихся макро-сосудистых осложнений;
3. Из нарушений липидного спектра среди пожилых больных достоверно чаще встречалась гиперхолестеринемия.

Игнатьева Т.Г. Влияние физических факторов на показатели суточного мониторирования электрокардиограммы у больных, перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q, с различными типами адренергической реактивности

Областной гериатрический центр, Иркутск

Научная программа выполнялась в поликлинике Муниципального учреждения здравоохранения администрации г. Иркутска «Городская клиническая больница № 10».

Изучение суточного мониторирования (СМ) ЭКГ до и после лечения было выполнено у 60 больных основных групп, проходивших амбулаторный этап реабилитации после перенесённого инфаркта миокарда с зубцом Q (ИМ) через 41–50 дней ($44,5 \pm 1,1$ дня) от начала заболевания, и 12 пациентов контрольной группы (средний возраст $53,7 \pm 0,5$ года).

В первую группу вошли больные, которые получали электросон по глазнично-затылочной методике от аппарата «ЭС-5-10» с частотой импульсного тока 10 Гц, силой тока – 5–8 мА и продолжительностью 40 минут. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

Вторая группа состояла из больных, в лечении которых применялись синусоидальные модулированные токи с помощью аппарата «Амплипульс-4» на нижнешейный и верхнегрудной отдел позвоночника паравертебрально на уровне С7–Д6 с обеих сторон в переменном режиме. Использовался 1 РР, ЧМ 100 Гц, ГМ 75 %, сила тока – до ощущения отчётливой вибрации, продолжительность десяти процедур, назначенных ежедневно, составляла 8 минут.

Больные третьей группы получали переменное магнитное поле (ПеМП) от аппарата «Полус-1» одним цилиндрическим индуктором на область проекции нижнешейных и верхнегрудных вегетативных ганглиев на уровне С5–Д4 со стороны спины. Использовались следующие параметры процедуры: синусоидальный ток, непрерывный режим, магнитная индукция 35 мТ, продолжительность ежедневных процедур – 15 минут, курс лечения – № 10.

В четвертую группу вошли пациенты, которые получали электрофорез с 0,1% раствором аминазина по методике Л.Д. Тондия с помощью аппарата «Поток-1». Анод площадью 100 см² размещался на верхней трети левого плеча, катод (100 см²) – под правой ключицей, плотность гальванического тока – 0,05 мА/см², продолжительность ежедневных процедур – 12 минут, курс лечения – № 12.

Больным пятой группы физиотерапевтическое лечение было назначено по разработанной нами сочетанной методике электрофореза 0,1% раствора аминазина по методике Л.Д. Тондия и ПеМП одним цилиндрическим индуктором от аппарата «Полюс-1» на область проекции нижнешейных и верхнегрудных вегетативных ганглиев на уровне С5–Д4 со стороны спины. Методика проводится в виде одной процедуры с вышеуказанными дозиметрическими параметрами и продолжительностью ежедневных процедур – 10 минут, курс лечения – № 10.

Шестая группа была контрольной, больные которой не получали физиотерапевтического лечения.

Комплекс обследования включал амбулаторное СМ ЭКГ, по общепринятой методике, с использованием аппаратно-программного комплекса «Кардиотехника 4000» фирмы «Инкарт» (СПб, Россия). Мониторирование начиналось в 10 часов утра и продолжалось 24 часа. Анализировали следующие параметры: количество эпизодов болевой ишемии миокарда за 24 часа (БИМ); количество эпизодов безболевой ишемии миокарда за 24 часа (ББИМ); длительность 1 эпизода БИМ и ББИМ (мин); общую длительность БИМ и ББИМ за сутки (мин). Изучение СМ ЭКГ до и после лечения было выполнено у 60 больных основных групп и 12 пациентов контрольной группы.

Показатели суточного мониторинга ЭКГ у больных ИМ с зубцом Q с различными типами адренергической реактивности сосудов отличались между собой. Обращает внимание, что у больных ИМ с зубцом Q с гиперреактивностью, в отличие от лиц с нормо- и гипореактивностью, среднее количество эпизодов за 24 ч болевой ишемии миокарда (БИМ), средняя длительность 1 эпизода БИМ и безболевой ишемии миокарда (ББИМ) и общая длительность ишемии за 24 ч. БИМ и ББИМ были достоверно выше.

Под влиянием комплексного лечения, включающего физические факторы, было обнаружено снижение среднего количества эпизодов БИМ и ББИМ за 24 ч, средней длительности 1 эпизода ишемии и общей длительности БИМ и ББИМ за 24 ч по данным СМ ЭКГ.

Наибольшее снижение данных показателей БИМ и ББИМ наблюдалось в 5-й, 2-й и 3-й группах. Так, после лечения у больных пятой группы достоверно уменьшилось среднее количество эпизодов БИМ на 54,9 % ($p < 0,01$), средняя длительность одного эпизода БИМ на 23,1 % ($p < 0,05$), общая длительность БИМ – на 61,5 % ($p < 0,001$), среднее количество эпизодов ББИМ на 44,4 % ($p < 0,05$), общая длительность ББИМ – на 49,0 % ($p < 0,001$). У больных второй группы достоверно уменьшилось среднее количество эпизодов БИМ на 29,8 %

($p < 0,001$), общая длительность БИМ – на 41,0 % ($p < 0,01$), среднее количество эпизодов ББИМ на 48,3 % ($p < 0,02$), общая длительность ББИМ – на 46,1 % ($p < 0,001$). У больных третьей группы достоверно уменьшилось среднее количество эпизодов БИМ на 51,9 % ($p < 0,001$), средняя длительность одного эпизода БИМ на 20,4 % ($p < 0,05$), общая длительность БИМ – на 57,6 % ($p < 0,001$), среднее количество эпизодов ББИМ на 42,3 % ($p < 0,05$), общая длительность ББИМ – на 45,2 % ($p < 0,001$). В группе контроля изменения показателей оказались менее значимы, их динамика оказалась статистически недостоверной.

Таким образом, можно сделать заключение, что СМ ЭКГ имеет большое значение для объективизации выводов об эффективности лечебных физических факторов при лечении инфаркта миокарда. Наиболее простым и прогностически важным показателем следует считать общую длительность БИМ и ББИМ за 24 часа. По нашим данным курсовое комплексное лечение с применением физических факторов достоверно снижало среднее количество эпизодов БИМ и ББИМ за 24 ч и общую длительность ишемии за сутки по сравнению с традиционной медикаментозной терапией.

Коровина Е.О., Абрамович С.Г. Комплексная физиотерапия у больных гипертонической болезнью пожилого возраста в условиях поликлиники

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Одним из направлений по оптимизации физиотерапевтического лечения больных гипертонической болезнью (ГБ) пожилого возраста является рациональное и эффективное использование комплексных методик, позволяющих на основе принципов синергизма и индивидуализации воздействий оказать более мощное разноплановое влияние на различные ключевые звенья патогенеза данного заболевания. Решение этой проблемы имеет большое значение при организации внебольничной помощи больным старшего возраста в амбулаторных условиях, так как сегодня длительное лечение таких пациентов в стационарах становится экономически нерациональным, а санаторно–курортное лечение – недоступным.

Исследований по изучению в условиях поликлиники эффективности и механизмов лечебного действия комплексного воздействия общей магнитотерапией (ОМТ) и визуальной фотохромотерапии (ВФТХ) у больных ГБ пожилого возраста не проводилось.

Обследовано 105 больных ГБ 2–ой стадии и 2–ой степени с высоким риском развития осложнений в возрасте от 60 до 74 лет, средний возраст – $68,1 \pm 2,9$ года. Все пациенты – мужчины, длительность заболевания колебалась от 4 до 25 лет. Больных разделили на 3 группы. Первая (основная) группа была представлена 31 больным ГБ (средний возраст $68,1 \pm 2,4$ года), которым в условиях поликлиники был назначен комплексный метод физиотерапевтического лечения, включающий ОМТ и ВФТХ зелёным светом (длина волны 525 ± 24 нм).

Во вторую группу вошли 34 больных ГБ (средний возраст $67,1 \pm 2,3$ года), которым был назначен только курс лечения ВФТХ. В третью группу (сравнения) включены 40 больных ГБ (средний возраст $68,9 \pm 2,5$ года), которым физиотерапевтическое лечение не проводилось. Больные всех групп получали равноценную лекарственную терапию.

Комплексный метод физиотерапевтического лечения включал применение в течение одного дня двух сеансов ВФТХ: первый – за 1 час до процедуры ОМТ; второй через 2 часа после ОМТ. Ритмическое цветовое воздействие осуществляли портативным светодиодным устройством «АПЭК» с использованием излучателя зелёного света. ОМТ проводилась с помощью магнитотерапевтической установки «УМТИ–3Ф Колибри».

Комплекс обследования включал определение биологического возраста (БВ), рассчитывались параметры центральной гемодинамики – ударный объём сердца (УОС), период изометрического расслабления левого желудочка (ПИР), минутный объём сердца (МОС), сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС), индекс работы сердца (ИРС), среднегемодинамическое артериальное давление ($АД_{ср}$), пульсовое артериальное давление ($АД_{п}$). Оценивали медицинский показатель качества жизни (МПКЖ), показатель внимания (проба Бурдона), продолжительность спастической реакции кожи после электрофореза адреналина, состояние микроциркуляции (МЦ) изучалось биомикроскопией бульбарной конъюнктивы глаза.

Полученные данные показали, что наиболее значимые позитивные сдвиги МПКЖ наблюдались у представителей 1–ой и 2–ой групп. Выраженность клинических проявлений после курсового физиотерапевтического лечения уменьшилась на 39,9% ($p < 0,02$) и 39,6% ($p < 0,02$) соответственно. В 3–ей группе снижение этого показателя оказалось статистически недостоверным.

У большинства больных ГБ в конце курса лечения происходило снижение артериального давления (АД). Наибольшие изменения коснулись пульсового, систолического ($АД_{с}$) и среднегемодинамического АД: после 2–х недельного курса комплексного лечения ОМТ и ВФТХ $АД_{п}$ уменьшилось на 24,1% ($p < 0,001$), $АД_{с}$ – на 15,0% ($p < 0,001$) и $АД_{ср}$ – на 10,2% ($p < 0,01$). Во 2–ой группе снижение этих показателей оказалось менее значимо и составило, соответственно, 10,3% ($p < 0,05$), 9,2% ($p < 0,01$) и 8,8% ($p < 0,02$). Во всех группах после лечения УОС, МОС и СИ остались без изменений. Уровень УПСС в сравниваемых группах менялся после лечения разнонаправлено. В 1–ой и 2–ой группах отмечено снижение этого показателя, соответственно, с $1037,2 \pm 19,7$ $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} / \text{м}^2$ до $969,9 \pm 20,3$ $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} / \text{м}^2$ ($p < 0,02$) и $1100,6 \pm 21,6$ $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} / \text{м}^2$ до $1003,8 \pm 24,8$ $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} / \text{м}^2$ ($p < 0,02$), а в группе сравнения – наблюдалось его повышение на 8,1% ($p < 0,01$).

В результате исследования было доказано, что комплексный метод ОМТ и ВФТХ, а также монотерапия визуальной цветостимуляцией способствовали у больных ГБ урежению сердечного ритма и уменьшению продолжительности спастической реакции сосудов кожи на адреналин, что позволило нам сделать

вывод о том, что данные физиотерапевтические лечебные методы нормализуют реактивность сердечно–сосудистой системы к симпатомиметикам.

В результате курсового применения комплексной физиотерапии отмечено статистически достоверное снижение ПИР, тенденция к увеличению скорости наполнения левого желудочка в раннюю диастолу за счёт уменьшения постнагрузки на сердце, что, как известно, способствует улучшению расслабления левого желудочка. Уменьшение частоты сердечных сокращений и ИРС было зарегистрировано у большинства больных ГБ 1–ой и 2–ой групп, что свидетельствует об уменьшении потребности миокарда в кислороде, положительном влиянии методов на энергетическое обеспечение насосной функции сердца у лиц пожилого возраста.

У больных ГБ комплексное физиотерапевтическое лечение, включающее ОМТ и ВФТХ, существенно изменяло МЦ. Об этом свидетельствует положительная динамика конъюнктивных индексов. Улучшение конечного кровотока происходило за счёт нормализации периваскулярных, внутрисосудистых нарушений и, в меньшей степени, в результате воздействия на морфологические характеристики самих микрососудов – артериол, венул и капилляров.

С целью сравнения темпов старения больных ГБ пожилого возраста рассчитаны величины БВ, ДБВ и их разность (БВ–ДБВ). После физиотерапии комплексным методом величина БВ–ДБВ уменьшилась с $+4,7 \pm 2,1$ лет до $-3,0 \pm 2,0$ лет ($p < 0,01$), во второй группе – с $+4,6 \pm 2,0$ лет до $-2,1 \pm 1,8$ лет ($p < 0,02$), тогда как у представителей группы сравнения динамика этого показателя оказалась статистически недостоверной.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о целесообразности использования комплексного метода физиотерапии, включающего ОМТ и ВФТХ зелёным светом у пожилых больных ГБ на поликлиническом этапе восстановительного лечения. Благодаря однонаправленному влиянию этих физических факторов на различные патогенетические механизмы артериальной гипертонии происходит нормализация микроциркуляции и адренергической реактивности сердечно–сосудистой системы, снижение периферического сосудистого сопротивления и положительное влияние на энергетическое обеспечение насосной функции сердца и клинические проявления заболевания. Всё это свидетельствует об эффективности данного метода лечения и адекватности ответных реакций на него пожилых больных. Уменьшение пульсового артериального давления, отражающего выраженность ремоделирования миокарда левого желудочка, жёсткость аорты и крупных артерий эластического типа, является объективным критерием эффективности лечения больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

**Машанская А.В., Абрамович С.Г., Семенищева Е.А., Бердницкая М.Е.,
Стрежнева М.В. Вкусовая чувствительность к поваренной соли у
здоровых людей и больных артериальной гипертонией**

Дорожная клиническая больница ст. Иркутск–Пассажирский, Больница
восстановительного лечения ст. Иркутск – Пассажирский, Иркутская
государственная медицинская академия последиplomного образования,
Иркутск

В последние десятилетия повышается интерес к немедикаментозным средствам лечения и профилактики артериальной гипертонии (АГ). Это связано с тем, что у больных АГ достижение целевых цифр АД наблюдается, как правило, в тех случаях, когда осуществляется адекватный контроль за факторами риска. С позиции профилактики поражения органов мишеней, важнейшим фактором риска АГ является повышенное потребление поваренной соли (ПС) с пищей. Подобная особенность пищевого поведения требует раннего выявления подобных пациентов и разработки мероприятий по лечению и профилактике в каждом конкретном случае.

Наиболее достоверным методом, позволяющим судить о количестве поступающего в организм натрия, является измерение суточного натрийуреза. Об уровне потребления ионов натрия с пищей, по данным литературы, можно косвенно судить также по порогу вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС). Этот метод вызывает особый интерес, так как избыточное потребление ПС может быть прямо связано со снижением вкусовой чувствительности рецепторов языка к хлориду натрия, что вызывает в свою очередь непроизвольное увеличение его потребления.

Вопрос потребления соли населением в различных регионах России остается до конца еще не раскрытым. Практически не изучались особенности вкусовой чувствительности к поваренной соли у здоровых людей и больных АГ, проживающих в Восточной Сибири. Решение этих вопросов позволит оптимизировать мероприятия по немедикаментозному лечению артериальной гипертонии за счёт индивидуального подхода к выработке рекомендаций в каждом конкретном случае.

Цель исследования: изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у здоровых людей и больных артериальной гипертонией.

В исследовании на условиях добровольного информированного согласия приняли участие 144 человека (84 здоровых и 60 больных АГ). Обследование здоровых людей осуществлялось на кафедре физиотерапии и курортологии ГБОУ ДПО ИГМАПО из числа курсантов слушателей. Обследование больных АГ проведено в НУЗ «Больница восстановительного лечения на ст. Иркутск – Пассажирский».

Все обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 84 здоровых добровольца (33 мужчины и 51 женщина), в возрасте от 20 до 76 лет (средний возраст $36,7 \pm 2,1$ года), у которых офисное АД не превышало

140/90 мм. рт. ст. Для оценки уровня АД выполнялось не менее двух его измерений с интервалом не менее 1 мин (автоматический тонометр A&DUA-877, A&D Company Ltd, Япония). При разнице более 5 мм рт. ст. производили одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое) значение АД принимали среднее из двух последних измерений. Здоровых людей в возрасте от 20 до 39 лет (средний возраст $23,8 \pm 1,2$ года) было 44 человека, от 40 до 59 лет – 21 ($45,2 \pm 2,0$ года), от 60 до 76 лет – 19 ($66,7 \pm 2,1$ года).

Вторая группа состояла из 60 больных АГ в возрасте от 20 до 83 лет (средний возраст $54,1 \pm 2,0$ года). Пациентам был установлен диагноз АГ 2 стадии, 1 и 2 степени, с низким и средним риском развития осложнений, диагностированной в соответствии с рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике АГ (ESH-ESC, 2007; ВНОК, 2008). Обследование пациентов проводили в соответствии со стандартами Хельсинской декларации «Этические принципы проведения научных исследований с участием человека» (1975) и «Правилами клинической практики в Российской Федерации» (2003). Исследование проводили открытым сравнительным методом с формированием группы наблюдения и сравнения.

Изучение ПВЧПС проводилось у всех обследованных по модифицированной методике R. J. Henkin и соавт. (1963). Для тестирования применяли набор из 12 разведений хлорида натрия в дистиллированной воде в концентрациях от 0,0025 до 5,12% (в каждой последующей пробирке концентрация увеличивалась в 2 раза). Раствор ПС (1 капля) последовательно наносился на переднюю треть языка. За ПВЧПС принимали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус указанного раствора. Исследование повторяли через 10 минут до получения 2-х совпадающих результатов.

В нашем исследовании к лицам со средним уровнем вкусовой чувствительности к ПС были отнесены те, у которых ПВЧПС составил 0,16% раствора хлорида натрия (NaCl). Обследованные с низким и высоким ПВЧПС характеризовались порогом чувствительности, соответственно, менее и более 0,16 % раствора NaCl.

Для проведения статистической обработки фактического материала использовали пакеты прикладных программ «Statistica 6.0». Для оценки характера нормальности распределения данных применяли критерий Шапиро–Уилкса. Определение в выборках имело статистически значимое отличие от нормального, поэтому применялись методы непараметрической статистики. Для определения значимости отличий применялся U – критерий Манна–Уитни. Данные представляли в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD). Уровень статистической значимости (p) был принят за 0,05.

Результаты. Среднее значение ПВЧПС для всей группы здоровых людей составило $0,2 \pm 0,04$ % раствора хлорида натрия, тогда как у больных АГ этот показатель оказался больше в 2,1 раза ($0,42 \pm 0,06$ %; $p < 0,001$). Наиболее ярко эта закономерность наблюдалась при анализе ПВЧПС у мужчин и в возрастной группе старше 60 лет. Так, у больных АГ мужского пола ПВЧПС был в 2,3 раза

выше ($p < 0,001$), чем у здоровых мужчин. У представителей второй группы пожилого возраста ПВЧПС на 56,9% ($p < 0,001$) превышал аналогичный показатель у их ровесников из группы сравнения.

По нашим данным ПВЧПС у здоровых мужчин и женщин составил соответственно $0,24 \pm 0,08\%$ и $0,18 \pm 0,03\%$ ($p > 0,05$), различия оказались статистически недостоверны. Напротив, у мужчин с АГ чувствительность к соли оказалась в 1,8 раза (на 42,9%) ниже, чем у женщин. Об этом свидетельствовали средние значения их ПВЧПС – соответственно $0,56 \pm 0,05\%$ и $0,32 \pm 0,07\%$ ($p < 0,001$).

Представляют интерес полученные данные о различиях реактивности вкусовых рецепторов к поваренной соли у здоровых лиц и больных АГ в зависимости от возраста. ПВЧПС в 1-ой группе у лиц в возрасте 20–39 лет и у представителей среднего возраста (40–59 лет) оказался примерно одинаковым. В возрастной группе пожилых людей имела место достоверность различий этого показателя (на 39,3%, $p < 0,01$) по сравнению с здоровыми лицами молодого возраста. Аналогичная направленность сдвигов наблюдалась и в основной группе обследованных: ПВЧПС у больных АГ 20–39 лет составил $0,25 \pm 0,05\%$; у больных 40–59 лет – $0,36 \pm 0,06\%$ (увеличение на 30,6%; $p < 0,02$); у больных 60–83 года – $0,65 \pm 0,07$ (увеличение на 61,5%; $p < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что по мере старения у здоровых людей и, особенно, у больных АГ, вкусовая чувствительность к хлориду натрия снижается, что проявляется значительным увеличением ПВЧПС.

У большинства здоровых людей был низкий ПВЧПС (77,3 %), у 19,1 % – средний ПВЧПС и только у трёх человек (3,6%) выявлено снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли в виде высокого ПВЧПС. Среди больных ГБ низкий, средний и высокий ПВЧПС был обнаружен, соответственно, в 38,3%, 16,7% и 45,0% случаев. Анализ частоты обнаружения различных типов ПВЧПС у здоровых мужчин и женщин показал отсутствие различий. Среди больных ГБ мужчин 42,9% обследованных характеризовались высоким ПВЧПС, тогда как у женщин таковых оказалось на 10,5% меньше. Распределение здоровых людей по типам ПВЧПС в разных возрастных группах было равномерным. У больных АГ по мере увеличения возраста отмечено существенное снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли: у лиц пожилого возраста высокий ПВЧПС был обнаружен более чем у каждого второго обследованного (55,0%), тогда как у более молодых – лишь в 29,4% случаев.

Обсуждение и выводы. Полученные данные свидетельствуют, что определение ПВЧПС является простым и надёжным тестом, с помощью которого можно судить о количестве поваренной соли, потребляемой больным АГ с пищей. С помощью метода определения ПВЧПС врач может оперативно и наглядно продемонстрировать больному АГ причины данного явления, что будет способствовать выполнению им профилактических рекомендаций. Следует учитывать то, что плохая приверженность к лекарственной терапии, как правило, подразумевает и плохую приверженность в отношении немедикаментозных методов

лечения, что еще более препятствует снижению АД. Поскольку для определения ПВЧПС по методике R. J. Henkin и соавт. (1963) необходимо относительно мало времени (8–10 минут), этот тест наряду с данными опроса может быть использован для объективного суждения о потреблении пациентом поваренной соли.

Следует подчеркнуть, что значительное ограничение потребления поваренной соли в первую очередь должно коснуться именно больных АГ с высоким ПВЧПС, что будет важнейшим мероприятием, способным изменить течение заболевания и улучшить прогноз. Известно, что среди пациентов с артериальной гипертензией имеет место низкая осведомленность об алиментарно-зависимых факторах риска и низкий охват их профилактическим диетологическим консультированием врачами первичного звена: только 29,2% пациентов получают рекомендации по питанию при посещении участкового врача и 8,0% соблюдают эти рекомендации.

Модификация образа жизни – обязательная часть комплексного лечения больных АГ. Необходима активизация работы по формированию у них мотивации по оздоровлению образа жизни. Каждый пациент должен получать конкретные рекомендации по ограничению пищевой соли в питании и возможностях повышения вкусовых качеств пищи при ограничении соли.

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В.

Распространенность изжоги у геронтов

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

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

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

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

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

**Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В.
Адеметионин в терапии неалкогольной жировой болезни печени у
геронтов**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

У лиц старшей возрастной группы частота неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП) выше, чем в любой другой возрастной группе. НЖБП у пожилых возникает на фоне ожирения, сахарного диабета, несбалансированного питания, гиперлипидемий. Использование гепатопротекторов является патогенетически обоснованным в лечении НЖБП.

Цель исследования: изучить эффективность препарата Адеметионина (гептрал) в лечении неалкогольного стеатогепатита.

Материалы и методы. На базе Иркутского госпиталя ветеранов войн проведено обследование и лечение 42 больных неалкогольным стеатогепатитом. Верификация диагноза проводилась на основании клинического, лабораторного и инструментального обследования с учетом рекомендаций EASL (2008). Адеметионин назначался в дозе 800 мг в сутки перорально в течение 3 недель. Лечение проводилось на фоне базисной терапии, проводимой с учетом сопутствующей патологии (диета, гипотензивные, сахароснижающие препараты).

Результаты. После лечения значительно улучшилась клиническая симптоматика. Тяжесть в правом подреберье и общая слабость уменьшились у 76% и 82% больных соответственно. Улучшились показатели биохимических проб: общий билирубин снизился с $24,3 \pm 1,6$ мкмоль/л до $16,4 \pm 1,2$ мкмоль/л, уровень АЛТ снизился с $0,94 \pm 0,08$ ммоль/л до $0,42 \pm 0,07$ ммоль/л. Отмечена положительная динамика УЗ-показателей: уменьшение размеров печени отмечено в 70% случаев, средний показатель индекса затухания эхосигналов к задним сегментам печени уменьшился с $48,8 \pm 3,2$ мм до $34,2 \pm 2,1$ мм.

Вывод: адеметионин является эффективным препаратом медикаментозной терапии неалкогольного стеатогепатита у лиц пожилого и старческого возраста.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Ковалева Л.П., Щербакова А.В., Шестакова М.Е. Неалкогольный стеатогепатит у лиц пожилого и старческого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, МСЧ №36, Ангарск

Цель исследования: изучить особенности неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП) у лиц старшей возрастной группы.

Материал и методы. Обследованы 428 больных 1-го терапевтического отделения Иркутского госпиталя ветеранов войн, пациентов "МСЧ № 36" г.Ангарска. У 125 из них (29.3%) была выявлена НЖБП (86 женщин и 39 мужчин, средний возраст $76,6 \pm 4,4$ года). Критериями исключения из группы были регулярный прием алкоголя, вирусные гепатиты. НЖБП диагностирована по

данным УЗИ органов брюшной полости: характерная УЗ – картина «белой» печени, гепатомегалия, увеличение среднего показателя индекса затухания эхосигналов к задним сегментам печени. У 41,1% больных НЖБП диагностирован стеатогепатит (отмечено повышение АЛАТ в 1,9 раза, Щф в 1,7 раза и ГГТП в 2,1 раза). Все больные НЖБП имели абдоминальное ожирение (ИМТ $32,3 \pm 3,3$ кг\м, ОТ $109,2 \pm 4,6$ см). У 49 (39,3%) был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Частота сахарного гепатита в группе лиц со стеатогепатитом составила 88,4%.

Выводы. НЖБП – частая патология у лиц старшей возрастной группы. Заболевание ассоциировано с абдоминальным ожирением, сахарным диабетом 2 типа. Сахарный диабет 2 типа у лиц пожилого возраста является фактором риска возникновения стеатогепатита.

Борисенко С. М., Гурьева П. В., Егорова Л. С. Питание у пожилых пациентов с жировым гепатозом

Областной гериатрический центр, Иркутск

Печень, это жизненно важный, постоянно работающий орган, выполняющий около 500 различных функций. В печеночных клетках ежеминутно происходит почти 20 миллионов химических реакций. Без печени, как, например, без желудка, селезенки, почки или толстой кишки, человек жить не сможет.

Понятие «жирная печень» означает патологическое состояние, которое врачами описывается как: жировая дистрофия печени, жировой гепатоз, стеатоз печени. Эти названия описывают одно и то же состояние, которое характеризуется избыточным отложением жира в клетках печени. Жировой гепатоз – состояние обратимое. Если устранить причины возникновения заболевания, то можно либо полностью восстановить нормальную структуру печени, либо затормозить прогрессирование процесса.

В течение жирового гепатоза различается два этапа. На первом этапе жир аккумулируется в печени, но функция печеночных клеток практически не нарушена и если на этом этапе устранить провоцирующие причины, то через несколько месяцев избыточное количество жира из печени исчезнет. При продолжении накопления жира, клетки печени воспаляются и патологический процесс переходит во второй этап – развивается жировой гепатит. Воспаленные клетки погибают и замещаются фиброзной соединительной тканью, которая не может выполнять никаких функций печеночных клеток.

У женщин основная причина этого заболевания – избыточная масса тела. У 75% людей с повышенной массой тела развивается жировая дистрофия печени, у 20% стеатогепатит, у 2% – цирроз печени. Итого 97%. Наиболее опасен абдоминальный тип ожирения, когда жир преимущественно откладывается в области живота. Простым маркером является увеличение окружности талии у мужчин более 102 см, у женщин – более 88 см. (Буторова Л. И., 2011).

У мужчин на первом месте среди причин развития жирового гепатоза стоит воздействие алкоголя.

Если говорить о рациональном питании, то нужно знать что печень «любит» и чего «не любит». Печень «не любит»: маринованные, копченые продукты, любые консервы, острые блюда и приправы, редьку, редис, чеснок, сало. Жирное мясо, особенно свинину и баранину, мясо гуся, утки, наваристые бульоны, маргарин, майонез, спиртные напитки, крепкое кофе.

Печень «любит»: морковь, капуста, свекла, кукуруза, огурцы, кабачек, тыква, петрушка, укроп, бананы, яблоки, финики, чернослив, нежирная рыбы. Моркови в сутки необходимо съесть около 150 г с добавлением растительного масла. Пища должна быть свежеприготовленная, без консервантов, лучше готовить на пару.

При уже выставленном диагнозе жирового гепатоза рекомендовано:

Первые блюда: овощные, крупяные, молочные супы, борщи, свекольники, щи из свежей капусты.

Вторые блюда: телятина, курица, индейка (запеченные, отварные, либо приготовленные на пару). На гарнир – любые овощи в запеченном виде. Лук добавляется только после отваривания. Не острый сыр, ветчина. Можно вареные яйца, не более одного в день, или омлет, сделанный на пару.

Каши: овсяная, гречневая, манная, рис.

Молочные продукты: молоко, нежирный творог, кефир, йогурт.

Сладкие блюда: компоты, мед, свежие фрукты. Соки и фрукты лучше всего употреблять в качестве отдельной еды (полдник, второй завтрак).

Напитки: слабый чай, некрепкий кофе с молоком, настой смородины и шиповника.

Воду пить только очищенную через фильтр. Из минеральных вод «Славянская», «Нарзан», «Ессентуки №5», «Истринская».

Большую проблему при жировом гепатозе представляют нитраты. Нитраты, нитриты, пестициды, гормоны и антибиотики в обязательном порядке содержатся в исходном сырье, из которого изготавливают консервы, колбасы, сосиски, сардельки. Мясные продукты длительного хранения вообще должны быть исключены из рациона. Если на изделиях указаны E – 250 – E – 255, это говорит о наличии нитратов. В овощах также присутствуют нитраты, но при правильной чистке и приготовлении их можно снизить до 3 раз. Нужно соблюдать простейшие правила:

Очень тщательно моем овощи, фрукты и ягоды, по возможности удаляем кожицу. Старые клубни картофеля вымачивать в подсоленной воде (10 г соли на литр воды) в течение 1,5 часов.

Нитраты при варке переходят в воду, поэтому предпочтительнее варка на пару. Воду в которой варились овощи выливаем, если же хотим использовать овощи для супа, предварительно овощи обрабатываем.

Отрезаем корни, кожицу, черенки, хвостики корней, кочерыжки и сердцевинки. У моркови отрезаем верхний и нижний кончики и внутренний конус, у огурца с обеих концов отрезаем около 2 см. У пряной зелени в пищу употреб-

лять только листочки. Из салатного листа удаляем длинный центральный стерженек.

Выбираем средние по размеру овощи и фрукты, в них меньше всего нитратов. Мелкие плоды содержат в себе запас нитратов на будущий рост, а крупные чаще всего являются результатом применения удобрений. Толстая кожица у лимонов и апельсинов свидетельствуют о наличии в них нитратов.

Салаты готовим непосредственно перед подачей на стол, при хранении порезанных овощей нитраты переходят в нитриты.

Рассолы и маринады, оставшиеся от овощных консервов вбирают в себя до 30% нитратов из овощей, поэтому их выбрасываем.

Если вес повышенный, нужно его снижать, причем постепенно – 300 – 400 г в неделю, так как резкая потеря веса приводит к ухудшению болезни, вследствие ускоренной мобилизации жира из депо и отложения его в печени. Пищу нужно тщательно прожевывать, пить маленькими глоточками. Не заниматься самолечением, не принимать различные БАДы и растительные настои для «очистки» печени. Заниматься физкультурой по 30 минут 5 – 7 раз в неделю.

Нужно помнить, что «здоровье гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства» (Леббок Д.).

Мунхжаргал Б., Петрунько И.Л., Цэрэндаш Б.-У. Эрозивно-язвенное поражение желудка у больных пожилого возраста циррозом печени с портальной гастропатией

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Монгольский научно-исследовательский институт медицины имени Т. Шагдарсурена, Улан-Батор

Цель исследования. Изучить особенности эрозивно-язвенных поражений желудка у больных пожилого возраста циррозом печени (ЦП) в сочетании с портальной гипертензионной гастропатией (ПГГ) в Монголии.

Материал и методы. В исследование было включено 170 больных ЦП с ПГГ, находившихся на стационарном лечении в гепатологическом отделении 3-ей клинической больницы г. Улан-Батора в 2008-2010 гг. Видеоэзофагогастродуоденоскопия проводилась аппаратом PENTAX-EG-2770K. Выраженность ПГГ классифицирована по Baveno III (2000). Для оценки стадии компенсации цирроза печени использовали классификацию Child-Pugh (1964). Статистическая обработка полученных результатов проводилась по критерию χ^2 .

Результаты. Из 170 больных ЦП с ПГГ 45 было пожилого, 125 - трудоспособного возраста. Эрозивно-язвенное поражение желудка на фоне ПГГ выявлено у 22 (48,9%) больных пожилого возраста, у 53 (42,4%) - трудоспособного возраста (χ^2 0,10, p 0,76). У 10 лиц пожилого возраста и у 28 трудоспособного возраста с ПГГ обнаружены язвы желудка (χ^2 0,02, p 0,96), эрозии желудка – у 12 и 28 соответственно, различия частоты также недостоверны (χ^2 0,07, p 0,80).

При анализе частоты эрозивно-язвенных поражений у лиц пожилого по сравнению с трудоспособным возрастом в зависимости от класса компенсации ЦП по Child-Pugh оказалось, что при классе А у пожилых (4 чел.) эрозий, язв не было, а в трудоспособном возрасте из 8 чел. с классом А язвы и эрозии желудка выявлены у 4 (χ^2 0,44, p 0,51). В пожилом возрасте при классе В ЦП эрозивно-язвенные поражения на фоне ПГГ обнаружены у 11 из 23 чел., а в трудоспособном возрасте – у 27 из 58 чел. (χ^2 0,02, p 0,88). При классе С цирроза эрозии и язвы у пожилых выявлены у 11 из 18 чел., а в трудоспособном возрасте – у 22 из 59 чел. (χ^2 0,72, p 0,40).

Различий в частоте эрозивно-язвенного поражения между классами А, В и С цирроза печени как у лиц пожилого, так и трудоспособного возраста не выявлено (χ^2 0,04-0,59, $p > 0,05$).

Нами проанализирована зависимость частоты эрозивно-язвенных поражений желудка у больных ЦП разного возраста от выраженности ПГГ. Оказалось, что из 34 пожилых с ПГГ 1 степени эрозии и язвы были у 16, а в трудоспособном возрасте - у 38 из 98 больных (χ^2 0,13, p 0,72). Не обнаружено также зависимости от возраста в частоте эрозий и язв желудка при ПГГ 2 степени: так у пожилых они выявлены у 6 из 11 чел., а в трудоспособном возрасте - у 15 из 27 чел. (χ^2 0,07, p 0,79).

Чаще эрозии и язвы локализовались в антральном отделе желудка как у больных пожилого, так и трудоспособного возраста. Одиночные язвы обнаружены у 8 пожилых (17,7%) и у 16 (12,8%) - в трудоспособном возрасте ($p > 0,05$). Множественные язвы встречались реже: у 2 пожилых (4,4%) и у 9 больных трудоспособного возраста (7,2%) ($p > 0,05$). Размеры язв чаще были небольшие (0,5-1,0 см).

Выводы. На фоне ПГГ эрозивно-язвенное поражение желудка выявлено у 48,9% больных пожилого возраста и у 42,4% - трудоспособного возраста ($p > 0,05$). Не выявлены различия в частоте эрозивно-язвенных поражений желудка у больных пожилого и трудоспособного возраста ЦП с ПГГ в зависимости от класса компенсации цирроза по Child-Pugh и степени выраженности ПГГ. Не выявлено также возрастных различий в частоте одиночных или множественных язв, в их локализации и размерах.

Онучина Е.В., Рожанский А.А., Пошкайте И.А. Статин–индуцированное поражение печени у пожилых

Иркутский государственный медицинский университет, Клиническая больница № 1, Иркутск

Статины, ингибиторы 3–гидрокси–3–метилглутарил–коэнзим А–резуктазы, высоко эффективны для первичной и вторичной профилактики сердечно–сосудистых событий (Nakagomi A., et al., 2012, Biasucci L.M., et al., 2012). Однако возможные побочные эффекты, прежде всего – гепатотоксичность, вызывают озабоченность у врачей и пациентов, что может привести к снижению частоты назначения препаратов врачами и приверженности пациен-

тов к лечению и, как следствие – эффективности кардиопревенции. Приводим собственное клиническое наблюдение статин–индуцированного поражения печени.

Больная А., 1932 года рождения поступила в гастроэнтерологическое отделение отделения МАУЗ КБ № 1 Иркутска 17.02.2009 с жалобами на горечь во рту, тошноту, тяжесть в правом подреберье, слабость.

Из анамнеза установлено, что страдает ИБС с 2001 года, в 2004 году диагностирована дислипидемия IIА типа. Исходная липидограмма: ОХ 8,21 ммоль/л, Х–ЛПВП 1,46 ммоль/л, Х–ЛПНП 5,76 ммоль/л, Х–ЛПОНП 0,99 ммоль/л, КА 4,6, ТГ 2,2 ммоль/л. Принимая во внимание пожилой возраст в соответствии с Российскими рекомендациями больной были назначены гиполлипидемическая диета и модификация образа жизни. На их фоне показатели липидограммы в 2005 году: ОХ 8,55 ммоль/л, Х–ЛПВП 1,42 ммоль/л, Х–ЛПНП 6,26 ммоль/л, Х–ЛПОНП 0,87 ммоль/л, КА 5,0, ТГ 1,93 ммоль/л. Уровень ТА, ЩФ и ГГТФ – в пределах референтных значений. В связи с неэффективностью не медикаментозных мер начата терапия липримаром 10 мг/с. В 2006 году больная перенесла субэндокардиальный инфаркт нижней стенки левого желудочка, после которого стала получать Аторис в дозе 10 мг/с, а с 2008 – 20 мг/с. Через 3 месяца после увеличения дозы статина впервые повысился уровень ТА: АсАТ 95,9 МЕ/л, АлАТ 86,0 МЕ/л. По данным УЗИ изменений со стороны печени не обнаружено. Временно был отменен прием препарата. Уровень ТА нормализовался. Прием статинов возобновлен через полгода: Аторис 20 мг/с. Через 6 месяцев ТА – 10 N. Прекращен прием статинов. Вышеуказанные жалобы впервые появились через месяц после отмены гиполлипидемического препарата. Постоянно принимает клопидогрел в дозе 75 мг/с.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 21,4 кг/м². Окружность талии 79 см. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с ЧСС 68 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выходит из–под края реберной дуги на 2 см, слабо болезненная. Селезенка в положении на правом боку не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Результаты дополнительных методов исследования:

- ОАК: без изменений. БАК: АлАТ 660,7 МЕ/л (21 N), АсАТ 471,4 МЕ/л (15 N); билирубин 16,9 мкмоль/л, ГГТФ 205,0 МЕ/л (6 N), ЩФ 334,2 Ед/л (1,4 N), общий белок 74,6 г/л; глюкоза крови 4,6 ммоль/л, креатинин 84 мкмоль/л. Липидограмма: ОХ 6,75 ммоль/л, Х–ЛПВП 1,69 ммоль/л, Х–ЛПНП 4,51 ммоль/л, Х–ЛПОНП 0,55 ммоль/л, КА 2,99, ТГ 1,23 ммоль/л.
- Маркеры вирусных гепатитов, онкомаркеры, АМА, LKM–1, ANA не обнаружены. Ig A 145 мг/дл, Ig M 216 мг/дл, Ig G 1146 мг/дл, ЦИК 0,26 ед.оп.пл.
- УЗИ органов брюшной полости: КВР печени 170 мм, контуры ровные, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Протоки, сосуды без

изменений. Желчный пузырь не увеличен, стенки 3 мм, просвет чистый, холедох не расширен. Поджелудочная железа обычных размеров, контуры ровные, структура повышенной эхогенности, однородная, проток не расширен. Селезенка не увеличена

Больная проведена по шкале CIOMS/RUCAM (Councils for International Organizations of Medical Sciences/Roussel Uclaf Causality Assessment Method) (Danan G., Benichou S., 1993). Набрано 13 баллов – высокая вероятность наличия лекарственного поражения печени. На основании полученных данных выставлен диагноз: Лекарственный гепатит, ассоциированный с приемом аторвастатина в дозе 20 мг, высокой степени биохимической активности. Назначено следующее лечение: Диета № 5. Фосфоглив 5,0 г/сут в/в струйно. Урсосан 250 мг – 2 капсулы на ночь. На фоне лечения к концу первой недели исчезли жалобы на горечь во рту, тошноту, боли в правом подреберье, слабость. БАК через 14 дней : АсАТ 149 МЕ/л (4,8 N), АлАТ 192,7 МЕ/л (6,2 N), ГГТФ 117 МЕ/л (3,2 N), ЩФ 212,8 Ед/л. К 17 дню нормализовались размеры печени по данным объективного обследования и УЗИ органов брюшной полости. Больная выписана с рекомендациями: продолжить прием фосфоглива по 1–2 капсуле 3 раза/сут во время еды, запивая небольшим количеством жидкости, урсосан 250 мг н/ночь. Через 2 месяца после выписки уровень ТА и ГГТФ нормализовался, от дальнейшего приема статинов больная отказалась.

Пожилой возраст характеризуется инволютивным уменьшением инактивации в печени и замедлением клиренса лекарственных средств, способствуя росту концентрации и продолжительности действия препарата. Кроме того, присущая старшим возрастным группам полиморбидность зачастую сопровождается полифармацией, что также повышает вероятность межлекарственных взаимодействий и токсического воздействия медикамента (Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С., 2010). В Российских рекомендациях по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2009) отмечено, что пожилые больные подвержены большему риску развития побочных реакций при приеме гиполипидемических средств, поэтому начинать нормализацию нарушений липидного обмена в этой возрастной группе следует с немедикаментозных мер. Только при безуспешности проведения последних рекомендуется переходить к медикаментозной терапии с минимальной дозой препарата, постепенно повышая ее для достижения необходимого гиполипидемического эффекта, контролируя при этом уровни печеночных ферментов не реже 1 раза в месяц. При титровании дозы в первую очередь следует ориентироваться на переносимость и безопасность лечения, во вторую – на достижение целевых уровней липидов.

Таким образом, клиническое наблюдение, с одной стороны, иллюстрирует сложности гиполипидемической терапии в старших возрастных группах; с другой – быстрая положительная клинико–лабораторная динамика позволяет говорить об эффективности комбинации препарата УДХК и препарата фосфо-

глив для лечения статин-ассоциированного поражения печени у пожилых. Возможность их применения для профилактики гепатотоксичности статинов нуждается в изучении.

Спасова Т.Е., Григорьева Е.В., Батудаева Т.И. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Улан-Удэ

Демографический прогноз ООН предсказывает все более возрастающую долю пожилых людей в человеческой популяции. Уже сейчас в России количество пенсионеров по возрасту превышает 30 млн. К 2015 году количество землян старше 60 лет достигнет 1 млрд 100 млн. Рост популяции пожилого населения во всем мире обусловлен не только увеличивающейся продолжительностью жизни, но и возрастанием сроков доживаемости хронических больных, страдающими одновременно несколькими хроническими заболеваниями (Лазебник Л. Б., Кузнецов О. О., Конев Ю. В., 2003).

Наиболее распространенным заболеванием органов пищеварения является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Ее распространенность в странах Западной Европы и Северной Америки составляет 10–20%, а в странах Азии – 5% (Dent J., 2005). Диагностика этого заболевания строится в первую очередь на выявлении и оценке жалоб больного (Васильев Ю.В., 2005). Согласно монреальскому определению, ГЭРБ – состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений (Vakil N., 2006). Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация (кислая отрыжка, срыгивание пищи), а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит. У пожилого человека классическая симптоматика заболеваний изменяется, симптомы сглаживаются или даже инвертируются, что дезориентирует врача.

В последние годы наибольшее распространение в качестве инструмента эпидемиологических исследований получил опросник клиники Мэйо (Locke G. R., et al., 1994), в котором количественным критерием ГЭРБ является наличие изжоги и/или регургитации 1 раз в неделю и чаще в течение последних 12 месяцев. Популяционные исследования, проведенные по этой методике, демонстрируют распространенность ГЭРБ в странах Западной Европы и Северной Америки 10–20%, а в странах Азии – 5% (Dent J., et al., 2005). В литературе имеются лишь единичные работы, рассматривающие проблемы ГЭРБ в возрастном аспекте. В целом исследователи солидарны, что частота выявления данного заболевания с возрастом увеличивается, при этом отмечаются более тяжелые повреждения пищевода по сравнению с лицами молодого возраста (Johnson D.A., 2004). Некоторые авторы отмечают, что в группе пожилых лиц, несмотря на более тяжелую степень рефлюкс-эзофагита, изжога встречалась достоверно реже – в 82% случаев у молодых и в 34% у больных ГЭРБ старше 70 лет ($p < 0,001$) (Johnson D.A., 2004).

Анализ литературы выявил определенные противоречия в описании клинической картины ГЭРБ у больных пожилого возраста. Ряд исследователей в качестве весьма частого симптома заболевания расценивает изжогу (Лазебник Л.Б., 2004), по данным других авторов в клинической картине доминируют внепищеводные проявления (Franceschi M., 2001) или преобладает стертая симптоматика (Fass R., 2000).

Целью исследования явилось изучение особенности течения ГЭРБ у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 110 больных ГЭРБ, находившихся на амбулаторном лечении. В зависимости от возраста они были разделены на две группы: 51 больной в возрасте 18–59 лет (средний возраст – $42,3 \pm 11,7$ года) отнесены к молодым, 59 человек в возрасте 60–85 лет (средний возраст – $70,1 \pm 4,8$) – к пожилым. У всех больных проводилось изучение частоты симптомов заболевания (изжога, регургитация) с помощью стандартизованного опросника, ЭГДС, гистологическое исследование слизистой оболочки желудка с определением *Helicobacter Pylori*. Проведено сравнение частоты выявления эрозивного эзофагита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), наличия атрофии слизистой оболочки желудка в зависимости от возраста и длительности анамнеза заболевания (в качестве короткого была принята длительность симптомов ГЭРБ менее 5 лет, длительного – более 5 лет).

Результаты исследования. Среди молодых больных преобладали лица с коротким анамнезом заболевания, тогда как среди пожилых наблюдалось практически равное количество пациентов с коротким и длительным анамнезом.

Таблица 1

Общая характеристика больных ГЭРБ

Все n=110	n	%	Возраст (годы)	Давность симп- томов ГЭРБ	n	%	Возраст (годы)
Молодые (18–59)	51	46,3	$42,3 \pm 11,7$	Менее 5 лет (ко- роткий анамнез)	35	68,6	$41,8 \pm 11,5$
				Более 5 лет (дли- тельный анамнез)	16	31,4	$43,1 \pm 10,3$
Пожилые (60–65)	59	53,7	$70,1 \pm 4,8$	Менее 5 лет (ко- роткий анамнез)	31	52,4	$70,3 \pm 5,3$
				Более 5 лет (дли- тельный анамнез)	28	47,6	$69,4 \pm 5,7$

Длительный анамнез заболевания отягощает течение ГЭРБ у пожилых больных в большей степени, чем у молодых. Так, установлено, что ежедневные симптомы у пожилых наблюдались чаще, чем у молодых, в целом, и достоверно чаще у пожилых с длительным анамнезом (табл. 2).

В целом, частота выявления эрозивного эзофагита была выше у пожилых больных (50,8%). При этом эрозивный эзофагит одинаково часто встречался у молодых с коротким и длительным заболеванием, тогда как у пожилых эрозии наблюдались достоверно чаще при длительном анамнезе.

Известно, что с возрастом существенно увеличивается частота ГПОД. После 50 лет ГПОД наблюдается у каждого второго (Cameron A.J., 1999). Ее формирование обусловлено нарушениями анатомических структур, принимающих участие в фиксации пищевода и желудка в брюшной полости, а также состояниями, связанными с повышением внутрибрюшного давления. ГПОД сопровождается нарушением замыкательной функции кардии и, как следствие, увеличением времени воздействия содержимого желудка на слизистую пищевода.

Таблица 2

Особенности ГЭРБ в зависимости от возраста и длительности заболевания

	Молодые с коротким анамнезом	Молодые с длительным анамнезом	Пожилые с коротким анамнезом	Пожилые с длительным анамнезом
Частота симптомов 1–2 раза в неделю	25 (71,4%)	9 (56,2%)	17 (64,6%)	8 (28,6%)
Чаще 2 раз в неделю, ежедневно	10 (28,6%)	7 (43,8%)	11 (35,4%)	20 (71,4%)* P≤0,01
Частота эрозивной ГЭРБ	8 (15,6%)	9 (17,6%)	12 (20,3%)	18 (30,5%)* P≤0,001
Частота ГПОД	12 (34,2%)	9 (56,2%)	24 (77,4%)* p≤0,01	21 (75%)* p≤0,001
Частот атрофии СО желудка с кишечной метаплазией	4 (12,9%)	7 (43,7%)	11 (35,4%)	14 (50%)* p≤0,01
Частота инфекции НР	9 (29%)	5 (31,2%)	11 (35,4%)	7 (25%)

Частота выявления ГПОД у пожилых достоверно выше, чем у молодых (табл. 3), и сопоставима в группе с коротким и длительным анамнезом (табл. 2), При этом наличие ГПОД достоверно увеличивает частоту симптомов (табл. 3).

Таблица 3

Влияние ГПОД на частоту симптомов

Частота симптомов	Молодые		Пожилые	
	ГПОД нет	ГПОД есть	ГПОД нет	ГПОД есть
Всего	30 (58,8%)	21 (41,2%)	14 (24,1%)	45 (85,9%)

1–2 раза в неделю	28 (93,4%)	6 (28,6%)	11 (78,6%)	17 (37,3%)
Чаще 2 раз, ежедневно	2 (6,6%)	15 (71,4%)* p≤0,001	3 (21,4%)	28 (62,2%)* p≤0,001

Основными средствами для лечения ГЭРБ в настоящее время являются ингибиторы протонной помпы, которые, как известно, необходимо с осторожностью применять при атрофическом гастрите, особенно ассоциированном с хеликобактерной инфекцией.

В нашем исследовании частота атрофии слизистой оболочки желудка наблюдалась достоверно чаще у пожилых с длительным анамнезом ГЭРБ. Разницы в частоте выявления хеликобактерной инфекции у молодых и пожилых пациентов не отмечено.

Выводы.

1. У пожилых пациентов на течение ГЭРБ влияет длительность заболевания.
2. Чаще наблюдаются эрозивные изменения слизистой пищевода.
3. Чаще выявляется ГПОД и атрофия слизистой желудка с кишечной метаплазией.
4. У пожилых больных частота хеликобактерной инфекции сопоставима с таковой у молодых.

БОЛЕЗНИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Алексеева С. И. Сравнительная характеристика летальных случаев туберкулеза легких и сочетанного туберкулеза с ВИЧ–инфекцией, оценка взаимосвязи с генотипами микобактерии туберкулеза

Иркутский областной противотуберкулезный диспансер, Иркутск

В России отмечается начало слияния двух эпидемий: туберкулеза и ВИЧ–инфекции. В настоящее время более чем у половины больных ВИЧ–инфекцией в стране ведущим вторичным заболеванием является туберкулез (Найговзина Н.Б. и др., 2009).

Иркутская область – одна из территорий Сибирского федерального округа с наиболее напряженной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу. Выраженная тенденция дальнейшего усугубления неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу прослеживается и обусловлена ВИЧ–инфекцией. Туберкулез в современных условиях характеризуется более выраженными симптомами интоксикации респираторными проявлениями, полисегментарными поражениями легочной ткани с множественными полостями распада, обильным бактериовыделением и прогрессирующим течением, большей частотой МЛУ (Сапожникова Н.В. и др., 2003). Опасность указанных состояний заключается в высокой летальности и низкой эффективности прово-

димой терапии (Хоменко А.Г., 1997). Риск заболевания, распространения и смерти больных от туберкулеза возрастает на фоне снижения иммунитета (Погадаева В.А. и соавт., 2010).

Цель исследования: дать характеристику летальным случаям туберкулеза легких и туберкулеза в сочетании с ВИЧ–инфекцией, выявить и оценить генетическую принадлежность микобактерии туберкулеза (МБТ) у умерших больных.

Материалы и методы. Комплексное обследование проведено 200 больным туберкулезом органов дыхания в возрасте от 15 до 86 лет, находившихся на стационарном лечении в Иркутском областном противотуберкулезном диспансере в 2004–2005 гг., 2008–2011 гг. В ходе обследования дана клиническая и бактериологическая характеристика 200 пациентам, которые были разделены на 2 группы: 1 группа – больные туберкулезом легких без ВИЧ–инфекции (150 человек); 2 группа – больные ВИЧ–инфекцией в сочетании с туберкулезом (50 человек). В свою очередь, в каждой группе выделены подгруппы летальных исходов (в первой группе 11 человек и во второй – 15 человек). Проводилась выкопировка медицинской документации из амбулаторных карт, историй болезни. Проводился забор культур МБТ, выращенных в бактериологической лаборатории ГБУЗ ИОПД. Выделение ДНК *M. tuberculosis* методом ПЦР с последующим определением полиморфизма MIRU–VNTR повторов штаммов МБТ с определением их генотипов на базе бактериологической лаборатории института эпидемиологии и микробиологии НЦ ПЗСРЧ СО РАМН. Статистическая обработка данных включала расчет достоверности различий показателей по t–критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Среди обследованных выявлено: в первой группе летальных случаев 7,3 % (11 человек), во второй группе – 30,0 % (15 человек).

Значимого различия в группах по половому распределению умерших не было: мужчины в абсолютном большинстве: 72,7 % (8 человек) и 73,3% (11 человек), соответственно.

Принадлежность к группам диспансерного учета летальных случаев представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение умерших больных по группам диспансерного учета

	1А		1Б		2А		2Б		всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Туберкулез без ВИЧ–инфекции	5	45,4	1	9,1	1	9,1	4	36,4	11	100,0
Туберкулез+ВИЧ–инфекция	12	80,0	2	13,3	1	6,7	0	0	15	100,0

Из таблицы видно, что число лиц с впервые выявленным туберкулезом (1А группа учета) среди больных ВИЧ–инфекцией (80,0 % – 12 человек) превышает таковое среди пациентов, не имеющих ВИЧ–инфекцию (45,4 % – 5 человек), $p > 0,05$. Длительно страдающих туберкулезом (состоящих во 2Б группе

ДУ) среди пациентов без ВИЧ–инфекции 36,4 % (4 человека), при нулевых значениях в группе больных ВИЧ–инфекцией ($p < 0,05$), что служит подтверждением о невысокой продолжительности жизни среди больных ВИЧ–инфекцией, а при заболевании туберкулезом таких пациентов, со склонностью к его генерализации, увеличивается вероятность летального исхода. Таким образом, можно заключить, что хроническое течение туберкулеза не свойственно для больных ВИЧ–инфекцией.

Анализ путей выявления туберкулеза среди обследованных больных показал, что как среди больных туберкулезом, так среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ–инфекцией, подавляющее большинство выявлялось при обращении за медицинской помощью (72,7 % и 73,3 %).

Оценивая социальный статус среди умерших пациентов, следует отметить, что подавляющее большинство в обеих группах имели инвалидность (54,5 % и 53,4 %) и не работали (27,3 % и 33,3 %).

Принадлежность к месту проживания умерших пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Число городских и сельских жителей среди умерших, больных туберкулезом

Место жительства	Туберкулез без ВИЧ–инфекции		Туберкулез+ВИЧ–инфекция	
	n	%	n	%
город	3	27,3	10	66,7*
район/село	5	45,4	5	33,3
БОМЖ	3	27,3*	0	0
всего	11	100,0	15	100,0

* – статистически значимые различия с уровнем достоверности 95%

Из таблицы видно, что среди горожан преобладали больные ВИЧ–инфекцией ($p > 0,05$), а среди пациентов без ВИЧ–инфекции наблюдался перевес лиц БОМЖ ($p = 0,05$). Приведенные данные, указывают на высокую заболеваемость ВИЧ–инфекцией среди городских жителей. Совершенно очевидно, что среди лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания без ВИЧ–инфекции, высока доля летальных исходов, поскольку в данной категории отсутствует какая–либо приверженность к профосмотрам и диспансерному наблюдению, а следовательно, имеет место хроническое течение тяжелых запущенных форм туберкулеза.

Возрастная структура умерших больных представлена в таблице 3.

Таблица 3

Возрастная структура умерших больных*

		< 20–39	>40	Всего
Туберкулез без ВИЧ–инфекции	n	3	8	11
	%	27,3	72,7	100,0
Туберкулез+ВИЧ–инфекция	n	15	0	15
	%	100,0	0	100,0

* – статистически значимые различия с уровнем достоверности 92%

По данным исследования, больные ВИЧ–инфекцией погибают от туберкулеза преимущественно в возрасте 20–39 лет (100,0 % – 15 человек), по сравнению с лицами, не страдающими ВИЧ–инфекцией (27,3 % – 3 человека). Напротив, число лиц со смертельным исходом туберкулеза легких без ВИЧ–инфекции максимально высоко в возрасте 40–60 и >лет (72,7 % – 8 человек, $p>0,02$).

Клиническая структура умерших больных представлена в таблице 4.

Таблица 4

Клиническая структура умерших больных

Клиническая форма туберкулеза	Туберкулез без ВИЧ–инфекции		Туберкулез+ВИЧ–инфекция	
	n	%	n	%
Инfiltrативный	1	9,1	3	20,0
Диссеминированный *	1	9,1	7	46,5
Фиброзно–кавернозный*	8	72,7	1	6,7
Казеозная пневмония	0	0	1	6,7
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	0	0	1	6,7
Очаговый	0	0	1	6,7
Милиарный	1	9,1	1	6,7
Всего:	11	100,0	15	100,0

* – статистически значимые различия

Известно, что характерным для ВИЧ–инфекции является неспособность иммунных реакций к отграничению патоморфологических изменений приводит к развитию генерализации специфического процесса. Видно, что чаще среди больных ВИЧ–инфекцией развивается диссеминированный туберкулез легких, приводящий к гибели пациентов (46,5 % – 7 человек, $p>0,02$), а среди лиц без ВИЧ–инфекции – сформировавшийся фиброзно–кавернозный туберкулез (72,7 % – 8 человек, $p<0,05$), т. е. имеет место хронизация процесса, которая не свойственна для больных ВИЧ–инфекцией.

Выделенные культуры возбудителя туберкулеза, оказались равными по скорости роста, большинство из них – быстрорастущие в изучаемых группах и составили по 80,0 %.

Удельный вес множественной лекарственной устойчивости в сравниваемых группах оказался достаточно высоким 60,0 % и 66,7 %, соответственно.

Генетическая принадлежность микобактерий, выделенных из культур обследованных пациентов представлена в таблице 5.

Изучение выделенных культур МБТ больными обеих групп и приведенные данные отражают и подкрепляют известное мнение многих авторов о повсеместном доминировании микобактерий туберкулеза генотипического семейства Beijing, обладающего способностью вызывать тяжелое прогрессирующее течение заболевания с развитием полирезистентности к антибактериальным препаратам. Установлено, что абсолютное большинство летальных случаев как туберкулеза обусловлено МБТ генотипа Beijing.

Таблица 5

Генотипы МБТ, выделенные из культур обследованных пациентов

	Beijing		nonBeijing		всего	
	n	%	n	%	n.	%
Туберкулез без ВИЧ-инфекции	8	72,7	3	27,3	11	100,0
Туберкулез+ВИЧ-инфекция	14	93,3	1	6,7	15	100,0

Заключение. Частота летальных исходов среди больных ВИЧ-инфекцией высокая (30%). Среди заболевших туберкулезом и умерших, преобладают больные ВИЧ-инфекцией, проживающие в городе. Все пациенты, умершие от туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией, были впервые выявленными, в возрасте 20–39 лет. В клинической структуре больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией преобладал диссеминированный туберкулез а среди лиц без ВИЧ-инфекции чаще причиной смерти являлся фиброзно-кавернозный туберкулез. Удельный вес множественной лекарственной устойчивости у умерших больных высок – 60,0– 66,7%. Абсолютное большинство летальных случаев туберкулеза обусловлено микобактериями генотипа Beijing.

Баженова Ю.В., Подашев Б.И., Пустозеров В.Г., Шелепьева Д.Ю.

Трудности диагностики внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

«Друг стариков» – такую саркастическую характеристику пневмонии дал знаменитый канадский врач IX века, профессор четырех университетов Уильям

Ослер. Он был первым из ученых, который достаточно полно описал, насколько своеобразно клиническое течение пневмонии у пожилых людей.

Внебольничная пневмония (ВП) – это острое инфекционное заболевание, которое возникло во внебольничных условиях, либо возникшее в первые 48 часов (2 суток) с момента госпитализации и проявляется симптомами инфекционного поражения нижних отделов дыхательных путей (кашель, выделение мокроты, одышка, боль в грудной клетке, лихорадка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагов и инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Согласно рекомендациям российского респираторного общества, диагноз «внебольничная пневмония» рекомендуется выставить, если у пациента имеются рентгенологические проявления в легких и как минимум два или более следующих клинических признаков:

- Лихорадка ($> 38,0^{\circ} \text{C}$), имеющая острое начало;
- Кашель с выделением мокроты;
- Физикальные признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- Лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерного сдвига ($> 10\%$).

При отсутствии рентгенологического подтверждения пневмонии, диагноз считается неточным/неопределенным.

По данным Национального центра статистики заболеваний США (National Center for Health Statistics), у пожилых людей заболеваемость внебольничной пневмонией в 2 раза выше, чем у лиц молодого возраста. Если заболеваемость внебольничной пневмонией среди всех возрастных групп в развитых странах составляет 3–6 случаев на 1000 человек в год, то у лиц пожилого и старческого возраста этот показатель возрастает до 25–44 случаев на 1000 человек (Синопальников А.И., 2003). Частота госпитализаций при этой патологии с возрастом увеличивается более чем в 10 раз.

Проблема диагностики, лечения, профилактики пневмонии у пожилых людей весьма актуальна. Это связано с тем, что в данной возрастной группе болезнь протекает тяжелее, чем у лиц молодого и среднего возраста. Кроме этого, людям старших возрастных групп чаще требуется госпитализация, причем с большей продолжительностью стационарного лечения (Дворецкий Л.И., 2008).

Еще один важный момент – высокий уровень летальности. По данным ВОЗ, пневмония занимает четвертое место в структуре причин смертности, летальность составляет 5% (среди лиц пожилого возраста – 30%). По данным других авторов, летальность при пневмонии среди лиц старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах и достигает 10–15 % при пневмококковых пневмониях (Ноников В.Е., 2006).

Течение внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет имеет несколько существенных особенностей, в связи с чем диагностика этого заболевания нередко сопряжена с определенными трудностями. Пневмония у лиц старших возрастных групп обычно развивается в условиях нарушенной вентиляции и

перфузии легочной ткани. Кроме этого, возрастные изменения многих органов и тканей определяют снижение способности организма человека препятствовать проникновению патогенных микроорганизмов и противостоять развитию инфекционного процесса.

Предпосылками для более легкого внедрения инфекции и повышенной подверженности пожилого человека легочным воспалительным процессам являются:

- возрастные структурные и функциональные изменения костно-мышечного аппарата грудной клетки, бронхов и легких;
- ослабление кашлевого рефлекса, деятельности мерцательного эпителия и тонуса гладкой мускулатуры бронхов;
- сгущение мокроты, нарушение бронхиальной проходимости;
- атрофия лимфоидной ткани;
- изменение иннервации и трофики;
- уменьшение выработки лизоцима;
- ослабление защитных иммунных реакций;
- развитие возрастной эмфиземы легких;
- хронические заболевания органов дыхания;
- сердечно-сосудистые заболевания.

У лиц старше 60 лет внебольничная пневмония часто характеризуется скудной клинической симптоматикой. Часто отсутствует острое начало заболевания, лихорадочная реакция слабо выражена, изменения лейкоцитарной формулы незначительные. Иногда инфекция у пациентов старших возрастных групп протекает атипично и клинически может проявляться симптомами со стороны ЦНС (заторможенность, сонливость, слабость, нарушение сознания, изменения психики, головная боль, головокружения и т. д.), внезапным появлением или прогрессированием легочной, сердечной или почечной недостаточности.

В ряде случаев первым проявлением пневмонии становится внезапное нарушение физической активности, развитие апатии, потеря интереса к окружающему, отказ от еды, недержание мочи. Подобные ситуации иногда ошибочно трактуют как проявление сенильной деменции (Юдина Л.В., 2012).

Долевая или полисегментарная пневмония у пожилых людей ведет к очень быстрому возникновению и усилению сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. У таких больных появляется одышка вплоть до удушья. Цианоз, нарушение сознания, ухудшение вентиляции легких и недонасыщение артериальной крови кислородом при этом быстро приводят к необратимым изменениям в центральной нервной системе.

Из клинических проявлений пневмонии у пожилых на первый план может выступать декомпенсация фоновых заболеваний. Так, у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких клинические проявления

пневмонии могут характеризоваться усилением кашля, появлением дыхательной недостаточности, что может ошибочно расцениваться как обострение хронического бронхита.

При развитии пневмонии у пожилого больного с застойной сердечной недостаточностью, последняя может прогрессировать и стать плохо поддающейся коррекции.

Клиническими проявлениями пневмонии могут также быть декомпенсация сахарного диабета с развитием кетоацидоза у пожилых больных сахарным диабетом, появление признаков печеночной недостаточности у больных циррозом печени, развитие или прогрессирование почечной недостаточности у больных хроническим пиелонефритом.

Часто внебольничная пневмония маскируется другими хроническими заболеваниями лёгких и кровообращения.

Наличие эмфиземы легких, хронического бронхита, застой в малом круге кровообращения создают фон, при котором распознать пневмонию затруднительно. Иногда клиническая картина внебольничной пневмонии у пожилых людей может начаться с расстройства мозгового кровообращения и сопровождаться психозами или параличами в результате гипоксии мозга, вследствие чего такие больные попадают в психоневрологические стационары. У части больных нарушена ориентация, наблюдаются и другие проявления интоксикации организма, вплоть до глубокой протрации.

Нередко ведущим симптомом развития острого воспаления легких является быстро нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность.

Легочные признаки пневмонии у лиц старческого возраста очень часто выражены слабо, а иногда отсутствуют и вовсе. Известно, что основными признаками пневмонии являются кашель, одышка, повышение температуры тела и рентгенологические изменения со стороны легких. Однако следует помнить, что кашель у ослабленных больных при угнетении кашлевого рефлекса (инсульт, болезнь Альцгеймера) может отсутствовать. У пожилых лиц при пневмонии выраженность кашля также не соответствует тяжести заболевания. Как правило, он редкий и малопродуктивный. Небольшое количество мокроты может отходить при переходе пневмонии в стадию разрешения. У наиболее ослабленных пациентов кашля может вообще не быть. Мокрота при разрешении пневмонии отходит плохо, может задерживаться в бронхиолах, приводя к ателектазу участков легких, являясь источником абсцедирования или повторных воспалений.

Наиболее постоянный признак развивающейся пневмонии — одышка. У пожилых пациентов нередко он является единственным ее симптомом. Следует помнить, что не всегда одышка отражает наличие легочного процесса, нередко выраженность этого симптома зависит от сопутствующей патологии.

Рентгенологическое исследование — один из краеугольных камней диагностики пневмонии. Наиболее доказательным признаком пневмонии является рентгенологически определяемая инфильтрация легочной паренхимы, однако

этот характерный признак может не определяться в первые часы заболевания, при дегидратации, лейкопении (нейтропении).

Обследование больного следует начинать с производства снимков в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Полипроекционная рентгенография позволяет судить о локализации и протяженности воспалительного процесса в легких, состоянии легких в целом, корней легких, плевры, средостения и диафрагмы. Снимок только в прямой проекции допускается для больных, находящихся в очень тяжелом состоянии. Также на рентгенограммах в двух проекциях (прямой и боковой), возможно определить прикорневую локализацию пневмонического очага, которая почти не обнаруживается физикально.

Рентгенологическая картина зависит от фазы развития процесса. В первые сутки отмечается усиление легочного рисунка, расширение тени корня легкого и повышение ее плотности, а также постепенное стирание гомогенной структуры корня. Параллельно наблюдается уменьшение дыхательных экскурсий диафрагмы. В последующие дни (при переходе процесса во вторую и третью стадию) появляются, преимущественно в прикорневой зоне, нежные фокусы затемнения, которые быстро увеличиваются, становятся более выраженными, сливаются между собой и создают картину интенсивного затемнения пораженной доли, достигающего максимума на 3—5-й день заболевания (рис.). При этом один из контуров тени приобретает форму четкой линии, располагающейся по ходу одной из междолевых щелей.



Рис. Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

В стадии разрешения отмечается постепенное исчезновение гомогенного затемнения и медленное восстановление прозрачности ткани легких.

Рентгенологическая картина при очаговой пневмонии может быть разнообразной. При ограниченной мелкоочаговой пневмонии нередко выраженных изменений нет — отмечается лишь изменение легочного рисунка. В других случаях имеются четкие множественные очаги затемнения. Иногда на ограниченном участке наблюдается усиленная тяжесть, которая приобретает радиарный характер (создается впечатление, что она исходит из расширенной тени легкого в виде густого сетчатого рисунка с мелкими просветлениями). Прозрачность всего пораженного участка снижена, на его фоне отмечаются более плотные мелкие очаговые тени.

Интерпретация рентгенологических данных сама по себе может быть затруднена, потому что следует дифференцировать собственно пневмонию и другие причины уплотнения легочной паренхимы. Основные дифференциально-диагностические проблемы связаны с заболеваниями со сходной симптоматикой (туберкулез, опухолевые заболевания, пневмониты неинфекционной природы, интерстициальные заболевания легких, тромбоэмболия легочной артерии и др.). У лиц пожилого возраста чаще всего встречаются застойная сердечная недостаточность и рак легкого. Если пневмония развивается в ателектатическом участке дистальнее обтурированного бронха, необходимо исключить бронхогенный рак. Приблизительно у 50% подобных больных диагноз «рак легкого» ставится уже при обращении больного к врачу. В остальных случаях ключом к диагностике опухолевого процесса является затяжное течение пневмонии. Реже пневмонии приходится дифференцировать с туберкулезом легких, лекарственными альвеолитами, поражением легких при коллагенозах.

Всем больным внебольничной пневмонией необходимо провести контрольные рентгенологические исследования легких для подтверждения разрешения пневмонии.

Пожилой и старческий возраст, а также наличие ХОБЛ относятся к факторам, увеличивающим сроки разрешения пневмонии. Оптимальными сроками контрольного рентгенологического исследования являются 10–12 дней с начала лечения пневмонии. В случае неполного разрешения пневмонии в указанные сроки необходимо дальнейшее исследование для исключения опухолевого процесса.

Таким образом, влияние сопутствующих заболеваний, инволютивные процессы естественного старения, побочное действие медикаментозной терапии меняют клиническую картину и течение внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет. Диагностика пневмоний у лиц старших возрастных групп нередко сложна, а характер и тяжесть осложнений снижают качество жизни пациентов, ограничивают или усложняют лечебно-диагностический поиск.

Бессонова Л. О., Верлан Н.В., Бараховская Т.В., Волчкова Н.А.
Эффективность и безопасность бронхолитической терапии больных хронической обструктивной болезнью легких в пожилом возрасте при сочетанной полиорганной патологии

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

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения тиотропия бромидом у больных с ХОБЛ в старшей возрастной категории.

Материалы и методы. Проанализировано 45 случаев лекарственной терапии больных ХОБЛ на фоне сочетанной кардио–респираторной патологии и ДГПЖ II ст. в условиях терапевтического отделения МБУЗ «КГВВ». Из них 28 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил $77,7 \pm 6,3$ лет, страдающих ХОБЛ II стадии и 17 мужчин с диагнозом ХОБЛ III стадии, средний возраст – $79,7 \pm 2,4$ лет.

Базисная терапия проводилась с использованием тиотропия бромидом в дозе 18 мкг однократно в сутки, а в группе больных ХОБЛ III в сочетании с ИГКС (11 человек) и ДДВА (4 человека) или их комбинации (3 чел.) в стандартных терапевтических дозировках ингаляционно дозировано или через небулайзер. Клиническая эффективность терапии оценивалась по динамике жалоб, аускультативной картины в легких, степени дыхательной недостаточности по данным пульсоксиметрии, пикфлоуметрическому мониторингу и данным спирометрии до и после лечения. Критериями безопасности явились изменения параметров ЭКГ в динамике, в 8 случаях исследовались данные Холтеровского мониторирования на фоне лекарственной терапии. Влияние на уродинамику оценивалось по данным УЗИ предстательной железы (объем железы и остаточной мочи) в динамике на фоне терапии.

Результаты. У больных ХОБЛ II и III стадии на фоне проводимой терапии значимых изменений по данным ЭКГ и ХМ ЭКГ выявлено не было. Случаев острой задержки мочи, отрицательной динамики УЗИ–данных не зарегистрировано.

Выводы: Применение тиотропия бромидом при сочетанной полиорганной патологии у больных ХОБЛ в старшей возрастной категории является эффективным и безопасным методом длительной базисной терапии.

Зоркальцева Е.Ю., Суздальницкий А.Е., Шугаева С.Н., Моисеева Е.Я.
Характеристика больных туберкулом, умерших в противотуберкулезном стационаре

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутский областной противотуберкулезный диспансер, Иркутск

Иркутская область является одной из наиболее неблагополучных в отношении туберкулеза территорий, а по показателю смертности занимает 2 место в Российской Федерации. Одной из причин сложившейся ситуации является вы-

сокая распространенность ВИЧ–инфекции в регионе (Кощев М.Е. и соавт., 2011).

Целью исследования является исследование клинической структуры и результатов патологоанатомического заключения умерших больных.

Результаты исследования. Проанализировано 212 историй болезни пациентов, находившихся и умерших в стационаре ИОПД в 2010 году. У 49 больных из 212 родственники от вскрытия отказались (23,1%). Среди умерших 27 пациентов по результатам вскрытия были с нетуберкулезной патологией (16,5%).

Распределение умерших по клиническим формам, согласно клиническому диагнозу, представлено в таблице 1.

Наиболее частой клинической формой у умерших в соответствии с клиническим диагнозом был диссеминированный туберкулез, а также инфильтративный и фиброзно–кавернозный.

Расхождения клинического и патологоанатомического диагноза были чаще всего отмечены у больных с внелегочными локализациями, поражениями внутригрудных лимфатических узлов, плевритами, реже – при инфильтративных и диссеминированных процессах.

Таблица 1

Клиническая структура умерших больных

Клиническая форма	Всего больных		Сочетанная локализация менингит		Сочетанная локализация менингоэнцефалит		Сочетание с другими локализациями		Нет туберкулеза**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Диссеминированный	63	29,7	14	22,2	14	22,2	17	27,0	5	7,9
Милиарный	11	5,2	5	45,4	4	36,4	2	18,2	–	
ТВГЛУ*	10	4,7	4	40,0	2	20,0			3	30,0
Инфильтративный	61	28,8	11	18,0	12	19,7			8	13,1
Кавернозный	1	0,5			1	100,0			–	
Казеозная пневмония	6	2,8			1	16,7			–	
Плеврит	4	1,9			2	50,0			1	25,0
Туберкулема	2	1,0			1	50,0			–	
Фиброзно–кавернозный	37	17,4					2	5,4	2	5,4
ВЛТ	12	5,6	4	33,3	5	41,7	3	25,0	6	50,0
Не туберкулез	5	2,4							2	40,0
Всего	212	100,0	38		42		22		27	

*ТВГЛУ – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. ** – патологоанатомическое заключение.

Среди умерших 135 больных были с ВИЧ–инфекцией (63,9%), 22 человека не были обследованы на ВИЧ в связи с кратковременным пребыванием в

стационаре – от 1 до 5 суток и 55 пациентов были с туберкулезом без сочетания с ВИЧ–инфекцией.

Следует отметить, что сочетанные локализации туберкулеза с поражением мозговых оболочек и ЦНС были у 80 больных (43,2%), 32 человека (23,5%) имели генерализованный туберкулез с поражением легких, мозговых оболочек и ЦНС и других органов.

Распределение умерших, больных сочетанной патологией – туберкулезом и ВИЧ–инфекцией (135 человек), по клиническим формам туберкулеза органов дыхания представлено в таблице 2.

Следует отметить, что, в соответствии с клиническим диагнозом, у 105 умерших (77,8%) были сочетанные локализации туберкулеза, а по результатам вскрытия, сочетанные локализации обнаружены у 97 (91,5%) умерших.

Соотношение клинического и патологоанатомического диагноза у больных туберкулезом без сочетания с ВИЧ–инфекцией представлено в таблице 3.

У 10 умерших (18,2%) были диагностированы сочетанные локализации туберкулеза, а по результатам вскрытия, сочетанные локализации обнаружены у 19 (50,0%) умерших.

Таблица 2

Клинический и патологоанатомический диагноз у умерших с туберкулезом и ВИЧ–инфекцией

Клинический диагноз	Количество больных		Патологоанатомический диагноз*	
	n	%	n	%
ТВГЛУ	9	6,7	5	4,7
Диссеминированный туберкулез	46	34,1	50	47,2
Милиарный туберкулез	8	5,9	9	8,5
Инфильтративный туберкулез**	46	34,1	8	7,5
Кавернозный туберкулез	1	0,75	–	
Туберкулома	1	0,75	–	
Казеозная пневмония	2	1,5	3	2,8
Не туберкулез**	3	2,2	19	17,9
Изменений в легких не выявлено (внелегочный туберкулез)	10	7,4	3	2,8
Плеврит туберкулезной этиологии	3	2,2	3	2,8
Фиброзно–кавернозный туберкулез	6	4,4	6	5,7
Очаговый туберкулез	–		3	2,8
Всего	135	100,0	106	100,0

* – у 29 умерших вскрытия не было, ** – значимые различия с уровнем достоверности 99,0%.

Таблица 3

Клинический и патологоанатомический диагноз у умерших с туберкулезом **

Клинический диагноз	Количество больных		Патологоанатомический диагноз*	
	n	%	n	%
ТВГЛУ	1	1,8	–	
Диссеминированный туберкулез	8	14,6	7	18,4
Милиарный туберкулез	1	1,8	1	2,6
Инфильтративный туберкулез	13	23,6	4	10,6
Туберкулома	1	1,8	1	2,6
Казеозная пневмония	3	5,5	3	7,9
Не туберкулез	1	1,8	4	10,6
Изменений в легких не выявлено (спондилит)	1	1,8	1	2,6
Плеврит туберкулезной этиологии	1	1,8	–	
Фиброзно-кавернозный туберкулез	25	45,5	17	44,7
Всего	55	100,0	38	100,0

* – у 17 умерших вскрытия не было, ** – значимых различий не установлено.

Заключение. Большинство больных в областном противотуберкулезном стационаре умирают с сочетанной патологией – туберкулез и ВИЧ-инфекция. Умершие от туберкулеза и ВИЧ-инфекции, как правило, имеют сочетанные локализации туберкулеза или генерализованный туберкулезный процесс. Расхождения клинического и патологоанатомического диагноза чаще выявляются у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, что является отражением сложности дифференциальной диагностики и требует использования у таких больных высокоинформативных методов исследования – мультиспиральной компьютерной томографии, молекулярно-генетических и инструментальных методов диагностики.

Трофименко И.Н., Черняк Б.А. Влияние коморбидной патологии на тяжесть хронической обструктивной болезни легких

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель: оценить влияние сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) на клинико-функциональный статус и качество жизни (КЖ) больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования. У 139 амбулаторных больных ХОБЛ средней степени тяжести (GOLD, 2008) в возрасте 41–80 лет (в среднем 57,7±6,8 лет, M±SD), проанализированы симптомы (одышка по 4-балльной шкале MRC, кашель и продукция мокроты по 5-балльной шкале Paggiaro), показатели спирометрии (ОФВ₁, ФЖЕЛ), бронхиальная гиперреактивность (БГР) в ингаляционном тесте с метахолином, толерантность к физической нагрузке в 6-минутном шаговом тесте (6-МШТ). Изучение КЖ проводилось с помощью специализированного

респираторного вопросника госпиталя Святого Георгия (St George's Respiratory Questionnaire – SGRQ).

Результаты. ССЗ (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца или их сочетание) выявлены у 73 (53%) больных ХОБЛ. Индекс массы тела был значительно выше среди больных ХОБЛ с ССЗ: разница средних показателей составила 4,4 кг/м² (p=0,001). КЖ больных с ССЗ было достоверно ниже в сравнении с пациентами с аналогичной степенью тяжести ХОБЛ, но без ССЗ. Так, разница средних показателей доменов «Симптомы», «Активность», «Влияние» и «Общее КЖ» вопросника SGRQ составила 9,8–16,3 балла (p<0,05). Одышка, оцененная по шкалам MRC и Борга, соответствуя снижению КЖ, была сильнее у больных с ССЗ в среднем на 0,6 и 0,9 балла, соответственно (p<0,05). Выраженность кашля, продукция мокроты и пройденное расстояние в 6–МШТ были сопоставимы в обеих группах.

БГР встречалась чаще у пациентов с ССЗ и характеризовалась большей степенью выраженности. Так, гиперреактивность бронхов к метахолину выявлена у 58 (79%) больных в группе с ССЗ и у 27 (61%) пациентов без ССЗ (p=0,05, двусторонний точный критерий Фишера). При этом провокационная доза (ПД₂₀) для метахолина была достоверно ниже у больных с ССЗ, что свидетельствует о более высокой степени БГР: 0,076 мг по сравнению с 0,149 мг (p<0,01). Показатели ОФВ₁, ФЖЕЛ и индекс курения не отличались в обеих группах.

Заключение. ССЗ сопутствуют значительной части больных ХОБЛ, утяжеляя не только выраженность респираторных симптомов, степень бронхиальной реактивности, но и способствуют снижению толерантности к физической нагрузке и КЖ больных ХОБЛ при сопоставимых показателях легочной функции.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ

Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А. Физиотерапия у больных пожилого возраста: вопросы стратегии и тактики

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

В начале 21 века главной особенностью демографических процессов, происходящих в современном мире, является старение населения. Физиотерапия больных пожилого возраста – сложный и трудный для врача процесс, имеющий ряд особенностей. В последнее десятилетие на Иркутском курорте «Ангара» накоплен опыт, позволяющий сформулировать правила, на которые могут ориентироваться практические врачи при назначении физических факторов больным пожилого возраста.

В современной физиотерапии и курортологии нет верхних возрастных барьеров, которые являлись бы противопоказанием для лечения. Мы считаем, что оптимальным вариантом организации лечебно–профилактических мероприятий является предварительное изучение у больного биологического воз-

раста, который несёт более важную информацию о его функциональном состоянии, чем календарный возраст. Результаты наших исследований свидетельствуют о нецелесообразности (в связи с их низкой эффективностью) назначения физических факторов лицам с высокой скоростью старения, т.е. в тех случаях, когда биологический возраст испытуемого значительно превышает паспортный.

С позиций гериатрии представляется обязательным, чтобы при назначении физического фактора врач отдавал себе отчёт в необходимости, целесообразности и безопасности его применения. У этого контингента больных перед назначением бальнеологического лечения и аппаратной физиотерапии необходимо тщательное клиническое исследование на предмет выявления противопоказаний и функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. По нашим данным, у 30,8 % пожилых больных активное бальнео- и физиолечение не могло быть назначено в связи с нарушениями ритма сердца, тяжёлым течением артериальной гипертонии, выраженной хронической коронарной недостаточностью, наличием тяжёлой сочетанной кардиоцеребральной патологии и дисциркуляторной энцефалопатии.

При старении создаются условия для возникновения множественной патологии. Результаты наших исследований показали, что у больных 6 и 7 декад жизни обнаруживаются, как – правило, четыре, а иногда и пять заболеваний. Поэтому при назначении физических факторов больным старших возрастных групп необходимо выделить ведущее, определяющее в данный момент тяжесть состояния заболевание, которое подлежит лечению в первую очередь. У пожилых больных недопустима физиотерапевтическая полипрагмазия. У людей старшего возраста, в отличие от молодых, следует свести до минимума число одновременно назначаемых методов физического воздействия.

Хорошо известно, что методы аппаратной физиотерапии и естественные природные факторы противопоказаны для онкологических больных. Врачи, работающие в курортной системе с больными пожилого и старческого возраста, чаще сталкиваются с такой их сопутствующей патологией, как аденома предстательной железы и доброкачественные гормонально-ассоциированные опухоли женской половой сферы.

Неспецифическая адаптационная реактивность, являясь количественной мерой здоровья, существенно меняется с возрастом и определяет темп старения, характер и выраженность патологических процессов, динамику и результаты лечения. Оптимальные ответные адаптационные реакции у лиц пожилого возраста возникают при действии «факторов малой интенсивности». У пожилых людей рекомендуется (особенно в начале курса лечения) применять при воздействиях физическими факторами малые интенсивности. Курсовое лечение у геронтологических больных может быть продолжительным, однако ежедневная расстановка процедур не всегда оправдана.

В гериатрической практике могут применяться любые методы физического воздействия. Однако чаще предпочтение отдаётся физическим факторам

мягкого и локального действия, таким как постоянный непрерывный ток, импульсные токи средней частоты, лазеротерапия и многие другие. Электромагнитные поля высокой, сверхвысокой частоты дециметрового и сантиметрового диапазона, высокочастотная магнитотерапия, ультразвуковая (особенно низкочастотная) терапия, центральная электроанальгезия, диадинамические токи, как правило, плохо переносятся больными, оказывают общее воздействие на весь организм и могут оказаться сверхмощными и неадекватными раздражителями для стареющего организма. Негативное влияние (особенно у лиц с высокой скоростью старения и календарным возрастом старше 70 лет) оказывают: саунотерапия, подводный массаж, душ Шарко и Шотландский душ, контрастные ванны, циркулярный душ высокого давления, хлоридные натриевые ванны высокой минерализации, сероводородные ванны с большим его содержанием, горный климат, значительные (по площади) грязевые аппликации или применение пелоидотерапии при температуре грязи более 42 градусов. Наш опыт свидетельствуют о целесообразности научного обоснования и хороших перспективах практического применения у пожилых больных крайневисокочастотной электромагнитной терапии, «сухих» углекислых и йодобромных ванн, низкочастотной магнитотерапии (в своих различных модификациях), инфитотерапии, нормобарических интервальных гипоксических тренировок, лазеротерапии и фитоароматерапии.

Таким образом, изучение процессов старения человека и разработка путей его оздоровления является одной из важнейших задач медицины в современных условиях. Нам представляется, что практическое здравоохранение для решения этих актуальных проблем должно более активно использовать значительный потенциал природных физических факторов и методов аппаратной физиотерапии.

Батудаева Т.И., Данчинова А.М., Спасова Т.Е. Оценка эффективности и переносимости симптоматических средств при лечении остеоартроза у пациентов пожилого возраста

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск; Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которого лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и околосуставных мышц (Алексеева Л.И., 2008). Распространенность ОА среди лиц старше 15 лет в России составляет 6,4% (Беневоленская Л.И. и др., 1988), в г. Иркутске среди лиц старше 18 лет – 8% (Петрачкова Т.Н. и др., 2006). Частота выявления ОА увеличивается с возрастом – у людей старше 60 лет он диагностируется в 97% случаев. Прогнозируют, что к 2020 году встречаемость ОА в популяции может достичь 57%. В Бурятии также отмечается рост этого заболевания. Распространенность ОА в г. Улан-Удэ с 2003 г. по

2011 г. увеличилась с 1558,1 до 2638,1 на 100 000 населения. Заболеваемость за тот же период возросла почти вдвое – с 188,8 до 474,0 на 100 000 населения. (Батудаева Т.И. и др., 2009).

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

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

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

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

Нами проведено сравнительное исследование эффективности и переносимости ацеклофенака, мелоксикама, кетопрофена (в лекарственной форме капсул) и диклофенака при ОА у пациентов пожилого возраста. Работа проводилась в отделениях терапевтического профиля Бурятского Республиканского Госпиталя для ветеранов войн.

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость ацеклофенака, мелоксикама и кетопрофена в форме капсул с замедленным высвобождением препарата с «золотым стандартом» НПВП диклофенаком.

Материалы и методы. В исследование были включены 89 пациентов с достоверным диагнозом остеоартроза, без явлений синовита, имеющих хронический болевой синдром «механического» ритма. Больные были рандомизированы на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В первой группе было 22 человека, из них 8 мужчин (средний возраст 83,9 г.) и 14 женщин (средний возраст 78,9 г.); во второй группе – 24 человека: 10 мужчин (средний возраст 79,7 лет) и 14 женщин (средний возраст – 78,4 г.); в третьей группе – 23 пациента: 11 мужчин (средний возраст 79,8 г.), 12 женщин (средний возраст 79,3 г.), в четвертой группе – 20 человек: 9 мужчин (средний возраст 81,8 г.) и 11 женщин (средний возраст 80,1 г.).

Пациенты 1–й группы после обследования получали ацеклофенак по 100 мг 2 раза в день, 2–й группы – 7,5 мг мелоксикама в сутки, при необходимости доза препарата увеличивалась до 15 мг в сутки, 3–й группы – диклофенак внутрь в дозе 75 мг в сутки, 4–й группы – кетопрофен в дозе 200 мг в сутки.

Продолжительность лечения в обеих группах составила 10 дней. Оценка интенсивности суставной боли и выраженности диспепсического синдрома проводилась перед исследованием, на 3–5 сутки и на 10 сутки лечения. Лабораторное обследование проводилось до начала терапии НПВП и на 10–11 сутки.

Критериями включения в исследование были:

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

Критерии исключения:

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

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

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

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

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

Лабораторные критерии безопасности лечения включали:

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

Артериальное давление контролировалась ежедневно методом Короткова, при необходимости проводилась коррекция гипотензивной терапии.

Результаты. Всего участие в исследовании приняли 89 человек. 69 участников, вошедших в первые три группы, удовлетворительно перенесли лечение. Отмены НПВП вследствие появления/усиления выраженности диспепсического синдрома или неконтролируемого повышения артериального давления, появления отеков не было. Из 20 человек, составлявших 4–ю группу, трое выбыли из исследования на 3–5 сутки после начала приема кетопрофена в связи с нарастанием симптоматики хронической сердечной недостаточности, отекающего синдрома.

Выраженность болевого синдрома в суставах, измеренная с помощью ВАШ, до лечения составляла: в 1–й группе в среднем $6,7 \pm 0,2$ балла, во 2–й группе $6,3 \pm 0,2$ балла, в 3–й – $6,7 \pm 0,2$ балла, в 4–й – $6,8 \pm 0,3$ балла. На третьи сутки отмечено умеренное уменьшение боли у пациентов всех групп: до $5,0 \pm 0,3$ балла в 1–й группе, $3,8 \pm 0,4$ балла во 2–й группе, до $3,3 \pm 0,2$ балла в 3–й группе и до $5,5 \pm 0,5$ балла в 4–й группе. К концу лечения зафиксировано достоверное уменьшение болевого синдрома во всех группах (табл. 1).

В группе лиц, получавших ацеклофенак, до лечения отсутствие диспепсии отметили 68,2% человек, 1 симптом выявлен у 18,2% пациентов, 2 симптома у 13,6% больных. После 10–дневного курса лечения усугубления симптоматики диспепсического синдрома в группе не отмечено.

В группе пациентов, принимавших мелоксикам, до лечения отсутствие диспепсии отметили 45,8% пациентов, 1 диспепсический симптом выявлен у 54,2% обследованных. После 10–дневного приема препарата выраженность диспепсического синдрома у пациентов этой группы несколько изменилась. 45,8% паци-

ентов, по-прежнему, не испытывали дискомфорта в животе, но у 16,7% больных появился дополнительный диспепсический симптом (на 2 балла), у 37,5% пациентов сохранялся 1 диспепсический симптом.

Таблица 1

Динамика болевого синдрома

Интенсивность боли в суставах	До лечения M±SD	3–и сутки лечения M±SD	10–е сутки лечения M±SD	Достоверность изменений в группе
1 группа (n=22)	6,7±0,2	5,0±0,3	3,4±0,4	p≤0,002
2 группа (n=24)	6,3±0,2	3,8±0,4	2,1±0,3	p≤0,002
3 группа (n=23)	6,7±0,2	3,3±0,2	1,1±0,2	p≤0,002
4 группа (n=17)	6,8±0,3	5,5±0,5	3,9±0,4	p≤0,002

У больных, лечившихся диклофенаком, отмечено усиление субъективных диспепсических симптомов на фоне лечения. До начала терапии диспепсические симптомы отсутствовали у 60,9% пациентов, 1 симптом отметили 39,1% больных. После курса лечения жалобы на возникновение или усиление боли, дискомфорта в эпигастральной области, чувства тяжести, переполнения в эпигастрии после еды, изжогу предъявили все пациенты: 1 симптом отметили 65,2% пациентов, 2 симптома – 26,1% больных, 3 симптома – 8,7% обследованных.

Таблица 2

Динамика биохимических показателей

группы	АЛТ (ммоль/л)		АСТ (ммоль/л)		Креатинин (мкмоль/л)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 группа (n=22)	0,58±0,05	0,67±0,07	0,52±0,05	0,55±0,05	80,3±3,0	77,7±2,5
2 группа (n=24)	0,83±0,05	0,8±0,06	0,65±0,04	0,69±0,05	92,01±2,6	93,4±2,4
3 группа (n=23)	0,84±0,04	0,83±0,04	0,67±0,04	0,68±0,03	87,1±1,7	93,6±2,0*
4 группа (n=17)	0,51±0,10	0,57±0,11	0,52±0,10	0,62±0,12	89,0±4,0	95,4±4,6

* – p ≤ 0,05

В 4–й группе пациентов, получавших кетопрофен, до начала приема препарата диспепсия отсутствовала у 70,6% больных, 1 симптом отмечен у 23,5% и 2 симптома – у 5,9% пациентов. После проведенного курса лечения кетопрофеном лишь у одного пациента, имевшего до приема препарата 1 симптом, добавился второй симптом диспепсии. Таким образом, все 70,6% больных, не предъявлявших жалоб на диспепсию до лечения, после курса приема препарата,

по-прежнему, не испытывали симптоматики желудочной диспепсии, 1 симптом сохранялся у 17,6% обследованных, 2 симптома отметили 11,8% пациентов.

Согласно полученным результатам, лучшая переносимость по диспепсии отмечена в группе ацеклофенака. В группе больных, получавших диклофенак, переносимость лечения оказалась хуже, однако изменения были статистически недостоверными, возможно в связи с малочисленностью группы.

Патологических изменений в общих анализах крови, общих анализах мочи, показателей АСТ, АЛТ, креатинина у больных всех четырех групп до назначения НПВП не выявлено. По окончании 10-дневного курса лечения значимых изменений перечисленных показателей в 1-й, 2-й и 4-й группах не произошло. В группе больных, получавших диклофенак, отмечено небольшое (на 7,5%), но достоверное увеличение азотемии. Среди пациентов, получавших кетопрофен, также зарегистрировано нарастание азотемии, однако изменения были статистически недостоверными.

Выводы:

1. Ацеклофенак, мелоксикам и кетопрофен показали сравнимую с классическим НПВП диклофенаком эффективность при симптоматическом лечении ОА у пациентов старше 70 лет.
2. Субъективно переносимость ацеклофенака оказалась лучшей в сравнении с кетопрофеном, мелоксикамом и диклофенаком, в свою очередь, выявлена лучшая сравнительная переносимость кетопрофена и мелоксикама, чем диклофенака.
3. Число субъективных симптомов диспепсии у лиц, получавших диклофенак, статистически недостоверно увеличилось.
4. Выявлено достоверное нарастание уровня креатинина в сыворотке крови у пациентов, получавших диклофенак.
5. Кетопрофен в новой форме (Быструмкапс) показал хорошую переносимость со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, однако у части больных (15%) вызвал нарастание отеков в связи с усугублением симптомов сердечной недостаточности.
6. При назначении кетопрофена в форме капсул с замедленным высвобождением препарата пациентам пожилого возраста необходимо учитывать состояние сердечно-сосудистой системы и с осторожностью назначать препарат при наличии признаков хронической сердечной недостаточности.

Власова И.А. Физические упражнения как геропротекторное средство

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Одной из целей демографической политики РФ является планируемое увеличение продолжительности жизни до 70 лет к 2015 году и до 75 лет – к 2025 году, что свидетельствует о необходимости системного решения проблем здоровья людей старшего поколения с рассмотрением всех видов приспособи-

тельной деятельности физиологических систем, особенно с позиций профилактической медицины.

Старение представляет собой сложный, многогранный и противоречивый процесс. Уменьшение с возрастом двигательной активности только усугубляет эти сдвиги. Однако, несмотря на угасание функций, организм обладает способностью к мобилизации своих резервов, что является основанием для поиска, а также разработки средств и методов, расширяющих диапазон адаптационных возможностей пожилых людей. Одним из таких способов является мышечная деятельность, которая обладает мощным стимулирующим влиянием на организм человека.

Общебиологические закономерности ее воздействия проявляются на всех уровнях организма, формируя новое взаимоотношение нервных центров, гормональных, вегетативных и исполнительных органов. Механизмы образования долговременной адаптации к мышечной деятельности направлены на те звенья физиологических систем, которые более всего изменяются с возрастом. Повышаются мощность системы митохондрий, уровень порога аэробного и анаэробного обмена, снижается «кислородная стоимость» единицы мощности работы, осуществляется более эффективная утилизация и использование кислорода, улучшается выполнение тестов, требующих исполнительного контроля, увеличивается устойчивость организма к различным повреждающим воздействиям. Сложная и многогранная архитектура адаптационных реакций обуславливает формирование экономизирующего, антигипоксического, антистрессорного, генорегуляторного, психоэнергетизирующего эффектов. Способность к адаптации, как фундаментальному и универсальному свойству живых существ – одно из условий развития человека и его здоровья.

Результаты воздействия физических упражнений проявляются уже спустя 2 месяца от начала занятий. Первые месяцы сочетаются с наиболее выраженными сдвигами в показателях гемодинамики. Далее происходит стабилизация функциональных возможностей на достигнутом уровне. Шесть месяцев регулярных тренировок приводят к уменьшению интенсивности болевых синдромов. После 12 месяцев наблюдаются изменения в липидном обмене. С ростом степени физической подготовленности улучшаются реологические свойства крови, фибринолитическая активность, динамика липидного спектра у пожилых лиц с хронической сердечной недостаточностью. Поддержание лёгкой или умеренной активности снижает количество сердечных приступов. Уменьшается частота гипертонических кризов, снижается артериальное давление, что отражается на дозе лекарственных средств.

Физические тренировки повышают толерантность к мышечной деятельности при заболеваниях периферических сосудов. Изменяется паттерн неспецифической адаптации организма в сторону увеличения количества физиологических реакций. Замедляются процессы моторного регресса.

Существуют различные подходы и взгляды на отдельные виды физических упражнений, как оздоровительные нагрузки. Двигательный режим счита-

ется оптимальным, если ежедневно расходуется от 300 до 400 ккал, что уменьшает смертность от коронарных поражений на 20%. Для 75-летних женщин, ведущих пассивный образ жизни, рекомендуются простые гимнастические упражнения. Пожилым лицам с хронической сердечной недостаточностью предлагаются велотренировки в «режиме свободного выбора нагрузки», когда по субъективным ощущениям организм самостоятельно подбирает их дозу. Наиболее естественным видом физической активности для людей старшего поколения считается ходьба. В пожилом возрасте следует сокращать не разнообразие физических напряжений, а лишь их общую величину и интенсивность. Морфофизиологические изменения при геронтогенезе отражаются на свойствах личности. В старших возрастах частота только депрессивных состояний достигает 40–60%, при которых суицидальный риск отмечается в 25–45% случаях. В этой связи особое значение имеют исследования, показывающие выраженное корригирующее влияние определенных видов мышечной деятельности на психофизическое состояние организма человека. Адаптация к определенным видам физических нагрузок обеспечивает не только позитивное изменение эмоционального фона, но и уменьшает риск развития нарушений нервно-психического статуса.

Поскольку с увеличением возраста растет удельный вес лиц с низким физическим состоянием, то возникает необходимость, как тщательного дозирования мышечной работы, так и подбора оптимального соотношения ее средств различной направленности. Считается, что с возрастом должна увеличиваться доля упражнений аэробного характера. Именно в этом режиме энергообеспечения следует проводить оздоровительные тренировки у лиц старших возрастов, учитывая их морфофункциональные особенности. Дополнять их должны упражнения на гибкость и силовую выносливость.

Организация оздоровительных тренировок в пожилом возрасте, изменяя типичную динамику физиологических показателей на данном этапе онтогенеза, способствует повышению уровня соматического здоровья более, чем в 3 раза, снижению биологического возраста, увеличению количества лиц, продолжающих трудовую деятельность.

Дозирование физических упражнений невозможно без тщательного учета особенностей адаптации к ним старших возрастных групп. Это сниженная экономичность реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем на нагрузки. Замедленный переход организма из состояния покоя к работе, значительные сдвиги физиологических функций при небольших мощностях работы с выраженными величинами потребления кислорода, легочной вентиляции, частоты сердечных сокращений и дыхания. Нарушение согласованности между динамикой сердечного выброса и общим периферическим кровообращением, повышение чувствительности скелетных мышц к кислородной недостаточности и др. Кроме того, выделен целый ряд физических упражнений и исходных положений, использование которых в пожилом возрасте должно быть ограничено или требует специальной подготовки. С большой осторожностью применяются

упражнения с резкой и большой нагрузкой на суставы и связки. Необходимо избегать напряженной экстензии, длительного держания ног «под прямым углом», упражнений на животе, особенно при значительных отложениях жировой ткани. Длительной подготовки требуют сложные координационные движения на ловкость. Противопоказаны положения, при которых голова находится ниже опоры.

Таким образом, можно заключить о высокой роли физических упражнений относительно восстановления и повышения физического здоровья людей пожилого возраста. Значимость данного способа воздействия на организм определяется его естественной стимуляцией регуляторно–приспособительных механизмов, что очень важно для людей старшего поколения. Актуальным остаются вопросы дозирования мышечной деятельности с учетом морфофункциональных изменений при старении. Очевидна необходимость наиболее широкого использования физических упражнений на поздних этапах онтогенеза человека в качестве геропротекторного средства.

Киреева В.В., Казакова Е.В., Малова Т.Н., Янченко Е.В. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.

Больница ИНЦ СО РАН, Иркутск

Значительные успехи в различных областях медицины, достигнутые за последние годы, во многом обязаны внедрением в медицинскую практику новых высокоактивных лекарственных средств. Эффективность современной фармакотерапии доказана, но большую тревогу вызывают сообщения об осложнениях лекарственной терапии, которые подчас приводят к большему страданию, чем основное заболевание, а иногда являются причиной инвалидизации или даже гибели больных.

Для любого препарата существуют отношение «риск–польза», и его определение, по сути, является основной задачей при назначении препарата. Риск определяется частотой возникновения нежелательных побочных реакций (НПР), присущих данному препарату, и их тяжестью.

Особенности физиологии лиц пожилого возраста требуют чрезвычайной осмотрительности при выборе лекарственных средств и доз. Необходимый препарат нельзя отменять только из–за возраста больного, но следует соблюдать осторожность при назначении режима его применения и внимательно наблюдать за пожилым больным.

Больные преклонного возраста отличаются повышенной чувствительностью к побочному и токсическому действию многих лекарств.

Цель: изучить частоту возникновения нежелательных побочных реакций (НПР) у пациентов старше 60 лет.

Методы исследования. Сбор карт–извещений о НПР у пациентов с различной патологией стационарного и амбулаторно–поликлинического звена Больницы ИНЦ СО РАН за 2011–2012 год.

Результаты. За 2011–2012 годы собрано 17 карт–извещений о НПР на различные лекарственные препараты. При этом 2/3 пациентов с нежелательными реакциями приходилось на возраст старше 60 лет. Чаще всего в этой возрастной группе встречались побочные реакции на бета–адреноблокаторы, ноотропные препараты, ингибиторы протонной помпы. Как правило, это были пациенты, которые страдали одновременно несколькими заболеваниями, что требовало назначения нескольких лекарственных средств и соответственно вероятность возникновения побочных реакций увеличивалась.

Побочные реакции на непрямые антикоагулянты встречались у пациентов младше и старше 60 лет в одинаковом количестве случаев. Несмотря на то, что нарушения в системе гомеостаза повышает у этой категории больных (старше 60 лет) риск возникновения токсических реакций, необходимо учитывать, что в данном случае имело большое значение применение воспроизведенного эноксипарина нартия (гемопаксана), имеющего меньшую доказательную базу, а соответственно и недостаточно изученные эффективность и безопасность препарата.

Заключение. Таким образом, частота встречаемости нежелательных побочных реакций у пациентов старше 60 лет выше, чем у молодых пациентов. Тем не менее, факт учащения побочных лекарственных реакций с возрастом окончательно не подтвержден. Нет убедительных оснований считать, что возраст сам по себе является фактором, увеличивающим число побочных лекарственных реакций. Риск возникновения побочных явлений скорее связан с количеством заболеваний и числом используемых препаратов у пожилых пациентов, а не с возрастом как таковым.

Розанов С.Е., Демин И.В., Бессонова Л.О., Горяинова Н.Н. Опыт применения оздоровительной гимнастики цигун у лиц геронтологического возраста на фоне стандартной фармакотерапии

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

Достижения рефлексотерапии и цигун высоко оценены Всемирной организацией здравоохранения и являются частью медицины большинства стран не только Юго–Восточной Азии, но и Европы и Америки. Согласно рекомендациям ВОЗ процесс интеграции медицинских традиций академической и восточной медицины представляется перспективным (Минву Ц. с соавт., 1991; Жернов В.А., 2001; Николаев Н.А., 2004)

Цель исследования – оценить эффективность выполнения оздоровительной гимнастики цигун лицами геронтологического возраста,

Материал и методы. Под наблюдением находилось 77 пациентов в возрасте от 75 до 88 лет, с широким спектром общесоматических заболеваний (таб. 1), получающих базовую медикаментозную терапию.

Таблица 1

Спектр имеющихся заболеваний у пациентов

Заболевания	Относительная доля, %
Ишемическая болезнь сердца	100
Гипертоническая болезнь	90
Остеохондроз	100
Деформирующий остеоартроз	60
Хроническая болезнь почек	20
Атеросклероз	90
Сахарный диабет	15

Выполнение гимнастики цигун «Возвращение весны» проводилось в группах по 7–8 человек. Длительность курса составила от 7 до 10 сеансов, продолжительность 1 занятия – 30 минут. Проводилось обучение 16 видам упражнений, направленных на активизацию процессов обмена веществ в организме, улучшение физического и психического статуса (табл. 2). Для оценки состояния здоровья пациентов проводился контроль артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и после выполнения занятия (МТ–45, «Medical Technology Product., inc», США). Проведена субъективная оценка качества жизни пациентов до и после выполнения курса.

Полученные результаты были проанализированы с помощью методов статистического анализа. Правильность распределения переменных проанализирована с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Проведены вычисления средних значений M и стандартных отклонений s . Проведен сравнительный анализ данных с применением критерия Вилкоксона.

В качестве тренера группы выступал врач–рефлексотерапевт, прошедший подготовку у даосского мастера цигун 51 передачи Ли Джан (г. Уси, КНР), практикующий гимнастику цигун в течение 18 лет.

Результаты. Все пациенты удовлетворительно выполняли упражнения. При анализе параметров инструментального исследования АД и ЧСС, выявлено некоторое снижение систолического АД (рис 1.), диастолического АД и достоверное снижение ЧСС на 5,5% ($p < 0,001$), что говорит о тренирующей форме нагрузки во время данной занятий.

По завершении выполнения цикла лечебно–оздоровительного комплекса у пациентов отмечены следующие явления: потепление ладоней и стоп, улучшение цвета лица, ослабление тусклости глаз, более концентрированный взгляд. Субъективно пациенты отмечали улучшение самочувствия, бодрость и радостный настрой.

Таблица 2

Упражнения комплекса «Возвращение весны»

№	Упражнение	Методика выполнения упражнения	Саногенетическая направленность	Число повторов
1.	«Берем воду»	Сгибание туловища во фронтальной плоскости	Активизация передней и задней поверхности тела	16
2.	«Дыхание сердечного центра»	Дыхательное упражнение	Активизация дыхания	16
3.	«Берем воздух»	Боковые ротации туловища	Активизация косых мышц	16
4.	«Легкое приседание»	Неполное приседание с разведением рук	Включение сгибателей и разгибателей нижних конечностей	4
5.	«Встряхивание»	Вибрация тела без отрыва пяток	Активизация внутренних органов	1
6.	«Хрустальный шар»	Боковые ротации рук	Активизация мышц верхних конечностей	4
7.	«Хитрая морская черепаха»	Одновременное движение рук, туловища, шеи	Активизация мышц груди, шеи и живота	4
8.	«Дракон»	Движения рук, головы, тела относительно друг друга	Улучшение гибкости позвоночника	4
9.	«Плывущая лягушка»	Движения рук в горизонтальной плоскости	Активизация мышц верхних конечностей	4
10.	«Пагуа»	Вращательные движения рук	Активизация суставов верхних конечностей	4
11.	«Небесный круг»	Вертикальные вращательные движения рук	Активизация мышц и суставов плечевого пояса	8
12.	«Земной круг»	Горизонтальные вращательные движения рук с одновременным наклоном туловища	Активизация нижней части позвоночника	8
13.	«Кошка»	Повороты туловища	Улучшение координации	4
14.	«Птица Феникс»	Повороты туловища с вытягиванием рук	Улучшение координации, растяжка мышц верхних конечностей	8
15.	«Три поклона»	Ритмические движения рук одновременно с ходьбой	Улучшение координации	1
16.	Точечный массаж	Точечный массаж лица, мышц языка, рта, волосистой части головы, ушей, шеи, рук, ног	Активизация рефлексогенных зон и каналов	1

АД систолическое снизилось с $132,6 \pm 13,6$ мм рт.ст. (в начале цикла) до $117,7 \pm 12,4$ мм рт.ст. (в конце цикла). АД диастолическое в снизилось с $75,8 \pm 10,5$ мм рт.ст. (в начале) $72,8 \pm 11,7$ мм рт.ст. (в конце). Пульс увеличился с $62,3 \pm 7,6$ ударов в минуту до $69,1 \pm 10,1$ ударов в минуту (Рис. 2).

Полученные результаты говорят об улучшении эффективности кровообращения, активизации системы гипотензивного действия, улучшении обмена веществ. Данный объем нагрузки не превышает допустимые параметры АД и ЧСС, и носит тренировочный характер.

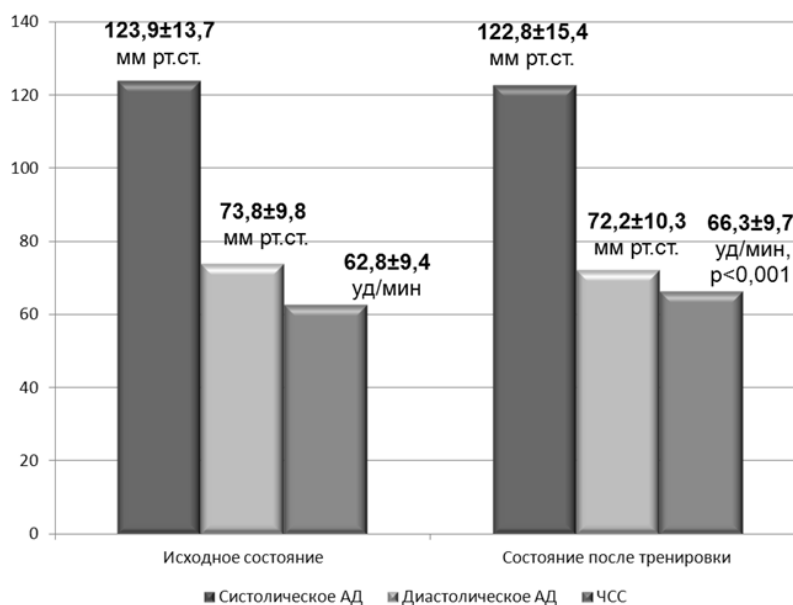


Рис. 1. Показатели АД и пульса до и после выполнения тренировки ($M \pm s$).

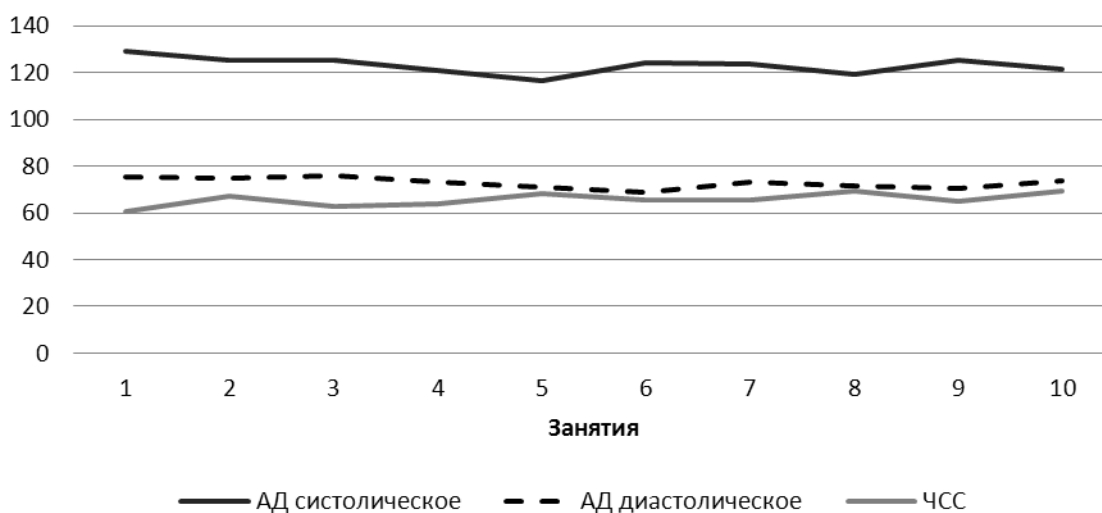


Рис. 2. Показатели АД и ЧСС у пациентов на протяжении цикла занятий.

Таким образом, обучение лечебно-оздоровительному комплексу цигун «Возвращение весны» лиц геронтологического возраста, отягощенных рядом

заболеваний, имеет положительные результаты. Вместе с тем, обращает на себя внимание, необходимость определенного подхода:

1. Создание позитивного настроения и микроклимата в группе.
2. Прививание желания получить положительный результат: « Я тоже это смогу!»
3. Создание условий для ослабленных пациентов (дополнительные сидячие места, контроль АД, пульса), а также динамическое врачебное наблюдение и при необходимости изменение ритма, времени и последовательности упражнений.

Также следует отметить, что пациенты отмечают положительные сдвиги в самочувствии уже в процессе выполнения одного комплекса упражнений. Что создает желание освоить технику цигун, и продолжить выполнение комплекса в дальнейшем.

Заключение. Цигун–терапия у лиц в возрасте 80 лет и старше является простым, эффективным и безопасным средством реабилитации. Выполнение данного комплекса оздоровительной программы позволяет улучшить качество жизни. Полученный опыт обучения лиц старшего возраста может быть использован в других геронтологических центрах и в домашних условиях. Мы считаем, что лечебно–оздоровительная гимнастика цигун может быть одним из базовых направлений лечебно–восстановительного лечения в комплексе с основной фармакотерапией.

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Борисенко Г.Н., Борисенко С.М., Егорова Л. С. Особенности церуменообразования и лечения у лиц пожилого и старческого возраста

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

Проблема серных пробок достаточно распространена и актуальна во всем мире. По данным В.С. Козлова, около 4% населения Российской Федерации сталкиваются с этим явлением. Серные пробки в ушах гораздо чаще возникают у пожилых людей. Всего в РФ серные пробки отмечаются у 750 тыс. пожилых людей и 860 тыс. детей. Возрастные комбинации гиперсекреции и снижения эффективности процесса выведения ушной серы обусловленные ограничением в движениях височно–нижнечелюстного сустава при жевании, увеличение количества волосков, длительное использование слуховых аппаратов, изменение биохимического состава серы могут влиять на формирование серных пробок, вызывая неприятные ощущения у пожилых людей.

Основными современными методами лечения серных пробок являются церуменолиз, инструментальный кюретаж, аспирация и ирригация. Используются размягчающие или растворяющие препараты (3% раствор перекиси водорода, раствор или гидрокарбоната натрия, масла, современные фармпрепараты – Ремо–Вакс, А–Церумен, Ауди–спрей, церумекс и др. Аспирация, инстру-

ментальное удаление серной пробки, вымывание серных пробок с помощью шприца Жане вызывает ряд осложнений. Минусами методов являются громкий звук, возникновение вестибулярных расстройств при аспирации, опасность травматизации структур уха. Церуменолизис не всегда бывает эффективным, что требует дополнительное использование других способов удаления остатков серной пробки, профилактики отомикозов у пожилых людей. На сегодняшний день самым распространенным среди отоларингологов способом удаления серной пробки является ирригация (электронные ирригаторы Propulse 4-го поколения успешно используются в большинстве клиник Великобритании). Противогрибковую и антибактериальную активность обеспечивают кислая реакция, наличие жирных кислот, ферментов, лизоцима и иммуноглобулинов.

Цель исследования – изучение влияния средств церуменолиза в сочетании с ирригационной терапией у лиц пожилого и старческого возраста.

Методы исследования. Обследовано 30 больных лиц пожилого и старческого возраста (средний возраст составил 64,3 лет), получающих церуменолизную и ирригационную терапию подкисленным раствором (рН = 4–6) с последующим высушиванием и обработкой наружного слухового прохода антисептическими препаратами. Значимые различия по полу и возрасту в группах сравнения и в основной группе отсутствовали ($p > 0,05$). Наиболее частыми симптомами образования серной пробки у пожилых людей, ухудшающих качества жизни являлись: гул в ушах, звон в ушах, снижение остроты слуха, головокружение, болезненные ощущения наружном слуховом проходе. В качестве контроля были использованы результаты, полученные при ирригации теплым 0,9% раствором хлорида натрия у 30 больных.

Результаты. Получены положительные результаты при использовании препарата А–Церумен и ирригационной терапии. Пациенты (92%) отмечали улучшение качества жизни. Положительная динамика состояния наружного слухового прохода по данным отоскопии у большинства (89%). Средние показатели кислотности наружном слуховом проходе после ирригационной терапии превышали ($p > 0,001$) значение соответствующего показателя в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, с учетом основных особенностей церуменообразования у лиц пожилого возраста, имеющимися осложнениями после самостоятельного или поликлинического удаления серных пробок, наиболее оптимальным является комбинация использования средств для растворения/размягчения серной пробки (церуменолизиса) в сочетании с ирригационной терапией подкисленным раствором (рН = 4–6). Еще одним шагом в борьбе с образованием серных пробок у лиц пожилого и старческого возраста может стать регулярное использование церуменолитических препаратов (например, А–Церумен) с профилактической целью.

Гурьева П.В., Егорова Л.С., Гурьев В.А., Борисенко С. М. Структура неврологических больных по материалам иркутского Областного гериатрического центра за 2012 год

Областной гериатрический центр, Иркутск

Одной из главных демографических проблем, стоящей перед современным мировым сообществом, является проблема старения населения. С начала 21 века доля пенсионного населения во всем мире превысила 20,6%, что в 1,8 раза больше по сравнению с 1960 г. По прогнозам ООН доля трудоспособного населения к 2016 году составит менее 60% от всего населения (Арьев А.Л., 2007). Почти четверть населения современной России составляют люди пенсионного возраста. В абсолютных цифрах это порядка 35млн человек. Согласно международным критериям, население считается старым, если более 7% его составляют люди в возрасте 65 лет и старше (Ефремов И.П. и др., 2000). В России в настоящее время 13% перешагнули этот возраст, причем наблюдается значительный дисбаланс между мужчинами и женщинами в сторону женского населения.

По этой причине одной из основных проблем современного российского здравоохранения является организация квалифицированной помощи пожилым людям, требующей специальных знаний особенностей возрастной патологии. С этой целью в 2005 г. был открыт Областной Гериатрический центр, где получают лечение люди в возрасте 60 лет и старше. С момента открытия центра, акцент был сделан преимущественно на население районов области, поскольку в областном центре доступность квалифицированной медицинской помощи (в том числе и по возрастной патологии) значительно выше.

Мощность стационара составляет 55 коек. За период с 1.01.2012 по 31.12.2012 было пролечено в общей сложности 1192 больных. В структуре коечного фонда выделено 13 неврологических коек, на которых за указанный период пролечено 226 больных (3906 койко-дней) с неврологической патологией, что составило 13% от общего числа пациентов. В структуре неврологических диагнозов преобладает сосудистая патология: всего 163 человека (72,12%) с хронической формой сосудистого заболевания головного мозга. Среди них 33 пациента (20,24%) с диагнозом последствия перенесенного инсульта; энцефалопатия сочетанного генеза – 53 человека (32,51%). Второе место по частоте занимают заболевания костно-мышечной системы – всего 50 человек (18,79%), среди них 18 больных с дискогенными поражениями (36%). На остальные неврологические заболевания приходится 5,75% всех случаев – 13 человек: с заболеваниями периферической нервной системы, болезнью паркинсона, симптоматической эпилепсией, последствиями травм головного мозга, последствиями удаления опухоли головного мозга.

По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 58 мужчин (26%) и 168 женщин (74%). Сложившиеся показатели могут подтвердить верность статистических данных о меньшей продолжительности жизни

мужчин и дают возможность согласиться с предположением о более внимательном отношении к собственному здоровью и более частом обращении за врачебной помощью женщин.

Таблица

Встречаемость пациентов в зависимости от возраста

Показатели	50–59 лет	60–64 лет	65–74 лет	75–89 лет	90 и > лет
Мужчины (человек)	8	11	12	27	0
Женщины (человек)	4	21	72	70	1

Большее число пациентов составило возрастную группу от 75 до 89 лет: 97 человек (42,92%). Чуть меньше встретилось пациентов в возрасте 65–74 лет: 84 человека (37,16%). Распределение пациентов по возрастному признаку показано в таблице.

Стоит отметить, что преобладающее количество всех неврологических гериатрических больных имели 3 и более сопутствующих соматических заболеваний, часто встречались различные формы онкологических заболеваний, что свидетельствует о сложности ведения таких пациентов. Актуальной проблемой для пожилых и старых людей, особенно в условиях сосудистого заболевания головного мозга, является развитие когнитивных нарушений. У 8 пациентов эти нарушения достигали уровня выраженных нарушений познавательной деятельности. Такие пациенты требовали постоянного ухода и нахождения ухаживающего человека.

Значительное число людей пожилого и старческого возраста в нашем обществе, большое число заболеваний у этих больных, особенности мышления и поведения «старого больного человека», требует специальной подготовки докторов и создания специальных бюджетных медицинских учреждений. Наряду с успешной активной работой персонала иркутского областного гериатрического центра, необходимо совершенствование системы оказания медицинской гериатрической помощи, как в областном центре, так и во взаимосвязи с центральными районными больницами с целью создания единой сети предоставления медицинских услуг и возможности более полной реализации социальных программ.

Капустенская Ж.И. Оценка качества жизни гериатрических больных с хронической церебральной ишемией, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, больница ИНЦ СО РАН, Иркутск

Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста на фоне имеющейся соматической патологии являются широко распространенной проблемой современной гериатрии. Тревога и/или депрессия значительно ухудшают качество жизни, снижают эффективность лечебных мероприятий и затрудняют реабилитацию больных.

Цель исследования: оценить качество жизни у больных пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией (ХЦИ), страдающих тревожными и депрессивными расстройствами; оценить переносимость идебенона, изучить его влияние на эмоциональную сферу и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Было обследовано 407 больных в возрасте от 65 до 74 лет с хронической церебральной ишемией, из них мужчин – 46,7%, женщин – 53,3%. Преобладали пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии (ДЭ II) – 382 (93,9%).

Оценка состояния тревоги и депрессии проводилась с использованием скрининговой госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), разработанной Zigmund A.S. и Snaith R.P. специально для соматических больных, оценка качества жизни (КЖ) – при помощи неспецифического опросника SF-36.

Результаты. Аффективные расстройства выявлялись у 61,9% пациентов. Причем в большинстве случаев диагностирована субклиническая тревога (71,7%) и субклиническая депрессия (85,5%). Коморбидность тревоги и депрессии встречалась у значительного числа обследованных (81,7%). При проведении сравнительного анализа по шкалам качества жизни отмечены более низкие показатели у пациентов с аффективными расстройствами, причём статистически достоверные различия выявлялись по векторам «жизнеспособность», «социальная активность», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье», определяющим эмоциональное благополучие.

В группу наблюдения были включены 10 пациентов с ХЦИ, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами. В контрольную группу вошли 10 человек с аналогичной патологией. Все пациенты получали медикаментозную терапию согласно формализованным протоколам ведения неврологических больных. Пациенты 1-ой группы в дополнение к этому получали тенотен 3 таблетки в сутки в течение 15 дней. За время проводимого лечения тенотеном не было выявлено побочных реакций. Применение тенотена сопровождалось нормализацией эмоционального фона у 86% пациентов, повышением интереса к жизни (75%), повышением комплаентности к лечению, объективным

уменьшением степени выраженности аффективных расстройств (преимущественно тревожных проявлений на $3 \pm 0,21$ балла), а также после курса проведенного лечения тенотеном отмечено улучшение показателей блоков качества жизни, определяющих не только эмоциональное, но и физическое благополучие (средняя величина эффекта 0,21).

Выводы. Выявлена значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у геронтов с хронической церебральной ишемией, а также высокая коморбидность тревоги и депрессии в данной группе пациентов. Проведенное исследование показало, что применение тенотена у больных пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией улучшает качество жизни, оказывает положительное влияние на эмоциональную сферу и не вызывает побочных эффектов, что является одним из особо важных критериев выбора лекарственного препарата в гериатрической практике.

Петрунько О.В., Клименко О.Г. Инвалидность в пенсионном возрасте вследствие аффективных нарушений в Иркутской области по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Главное бюро МСЭ по Иркутской области, Иркутск

Аффективные расстройства социально дезадаптируют и инвалидизируют больных, нанося большой экономический ущерб. На современном этапе возрастает актуальность изучения проблем инвалидности вследствие аффективных нарушений, однако такие работы до настоящего времени в России не проводились.

Цель работы: изучить общую (по обращаемости в бюро МСЭ) инвалидность вследствие аффективных расстройств населения пенсионного в сравнении с трудоспособным возрастом Иркутской области за 2007–2011 гг. в зависимости от пола.

Материалы и методы. Анализировались сплошным методом статистические талоны по электронной базе данных ФКУ «Главное бюро МСЭ по Иркутской области» о взрослых лицах, признанных инвалидами за 2007–2011 годы. в Иркутской области вследствие заболеваний, включенных в МКБ–10 в рубрику F3 «Расстройства настроения (аффективные расстройства) », рассчитывались интенсивные показатели (уровень) общей инвалидности на 1 000 населения и доли первичной, повторной инвалидности в %, раздельно для лиц трудоспособного и пенсионного возраста, мужчин и женщин.

Результаты и обсуждение. Доля инвалидов вследствие аффективных нарушений от всех признанных при психических заболеваниях была небольшой и составляла от 3,3% в 2007 г. до максимальной – 4,0% в 2011 г. Инвалидность вследствие аффективных нарушений по обращаемости в бюро МСЭ в Иркутской области за 2007–2011 гг. устанавливалась от 344 в 2008 г. до 273 чел. в 2011 г., из них первично от 61 в 2007 г. до 39 чел. в 2008 г. За пятилетний период 82,5% инвалидов составили лица трудоспособного возраста, тогда как пен-

сионного возраста – только 17,5%. Доля первично признанных инвалидами за 5 лет была 18,5%, преобладали повторно признанные инвалидами (81,5%).

Средний уровень общей инвалидности у лиц трудоспособного возраста (16,5) превышал показатель в пенсионном возрасте (11,5 на 1000 населения). В пенсионном возрасте уровень общей инвалидности колебался от 0,12 в 2007 г. до 0,10 в 2009 г., 0,11 в 2011 г., тогда как в трудоспособном возрасте отчетливо снизился от максимального (0,20) в 2008 г., до минимального (0,15 на 1000 населения) в 2011 г.

Если в пенсионном возрасте женщин–инвалидов вследствие аффективных нарушений было 89,5%, то в трудоспособном возрасте их доля была меньше – 73,6%. В пенсионном возрасте в среднем за 5 лет уровень общей инвалидности вследствие аффективных нарушений у женщин (0,14) превышал уровень у мужчин (0,04) в 3,5 раза, тогда как в трудоспособном возрасте – только в 2,9 раза (0,08 и 0,25 соответственно). В 2009 г. у мужчин пенсионного и трудоспособного возрастов уровни общей инвалидности были одинаковые (0,08 на 1000 населения). Максимальный уровень общей инвалидности вследствие аффективных нарушений был в 2008 г. у женщин трудоспособного возраста (0,29), тогда как у мужчин трудоспособного возраста он составил 0,1 на 1000 населения. Минимальный показатель общей инвалидности вследствие аффективных нарушений отмечен в трудоспособном возрасте также у мужчин (0,08), для сравнения у женщин – 0,15 на 1000 населения.

Выводы. В пенсионном возрасте уровень общей инвалидности вследствие аффективных нарушений был ниже, чем в трудоспособном. Доля женщин–инвалидов в пенсионном возрасте была выше, чем в трудоспособном, а уровень инвалидности у них превышал аналогичный у мужчин в 3,5 раза.

Самосват С.М., Петрунько И.Л. Некоторые аспекты первичной инвалидности вследствие дорсопатии в пенсионном возрасте

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, кафедра медицинской экспертизы, Иркутск, Главное бюро медико–социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск

Цель исследования: изучить первичную инвалидность вследствие дорсопатий у лиц пенсионного возраста в Иркутской области за последние 11 лет (2001 – 2011 гг.).

Методы исследования. Анализ проводился на основании электронной базы данных статистических талонов лиц пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами (ВПИ), за 2001–2011 гг. в Иркутской области вследствие заболеваний, включенных в МКБ–10 в рубрики М40–М54 «дорсопатии». Рассчитывались интенсивные показатели первичной инвалидности (ИППИ, уровень) на 10000 населения соответствующего возраста.

Результаты. В Иркутской области наиболее высокие показатели первичной инвалидности вследствие дорсопатии в пенсионном возрасте за анализируемый период были отмечены в 2005 г. Так, абсолютное число ВПИ вследствие дорсо-

пации пожилого возраста в 2005 г. составило 296, тогда как в 2001 г. – 104 чел. Темп прироста в сравнении с 2001 г. составил 184,6%. Именно в 2005 г. отмечалась наиболее высокая доля пенсионеров среди ВПИ вследствие дорсопатии – 34,2%. Уровень первичной инвалидности у лиц пенсионного возраста в 2005 г. возрос по сравнению с 2001 г. почти в 3 раза и достиг 6,9 на 10000 населения соответствующего возраста. К 2011 г. число ВПИ снизилось (в сравнении с 2005 г.) на 49,7%, уровень – в 2,2 раза (до 3,1). Аналогичная тенденция прослеживалась и в Российской Федерации (РФ), однако уровни первичной инвалидности в пенсионном возрасте при данной патологии в РФ были ниже, чем в Иркутской области в 1,2 – 1,8 раз и варьировали от 1,9 на 10000 населения (в 2002, 2003, 2010 гг.) до 4,5 (в 2005 г.). Среди ВПИ в пенсионном возрасте вследствие данной патологии на протяжении всего анализируемого периода преобладали женщины в 1,4 (2002 г.) – 4,3 (2006 г.) раз. В течение 2001 – 2011 гг. отмечалось улучшение структуры первичной инвалидности вследствие дорсопатий по тяжести: если доля инвалидов второй группы в 2001 – 2003 гг. превышала долю инвалидов третьей группы, то с 2004 г. к 2011 г. она понизилась до 15,4%, тогда как удельный вес инвалидов третьей группы возрос до 81,9%. Уровень инвалидности второй группы в 2001 – 2002 гг. был почти в 2 раза выше, чем третьей группы (1,4 и 1,7 против 0,8 на 10 000 населения). В 2003 г. уровни были одинаковые (1,3), с 2004 до 2011 г. уровень инвалидности второй группы понижался и достиг 0,5 на 10 000 населения. Уровень первичной инвалидности третьей группы к 2006 г. вырос почти в 5 раз с 0,8 до 4,1 на 10000 населения, но с 2007 г. по 2011 г. он понизился в 1,5 раз до 2,6 на 10000 населения. Уровень самой тяжелой первой группы инвалидности в течение указанного периода был невысок и незначительно варьировал от 0 (2007 – 2010 гг.) до 0,3 (в 2005 г.) на 10 000 населения.

Заключение. Рост показателей первичной инвалидности среди пенсионеров с дорсопатиями в 2005 году был вызван изменениями социального законодательства в связи со вступлением в силу Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122 – ФЗ («О монетизации льгот»), когда граждане пенсионного возраста, желая приобрести статус федерального льготника, стали чаще обращаться в бюро медико-социальной экспертизы. Вероятно, именно с 2005 г. мы имеем возможность оценить реальные показатели инвалидности в пенсионном возрасте вследствие дорсопатии. В половой структуре первичной инвалидности лидировали женщины. Улучшилась за 2001–2011 гг. структура инвалидности по тяжести: уменьшилась доля и уровень инвалидов вследствие дорсопатии второй группы, повысилась доля инвалидов третьей группы, что свидетельствует об улучшении качества реабилитации граждан с дорсопатиями до возникновения у них стойких ограничений жизнедеятельности и направления на медико-социальную экспертизу.

Соловьева А.В., Ермилова Т.П., Носова Н.Ф., Азимкова Л.В. Клинико–функциональные особенности женщин пожилого возраста с абдоминальным ожирением

Рязанский государственный медицинский университет, Рязанская областная клиническая больница, Рязань

Цель. изучить клинико–функциональные особенности женщин пожилого возраста с абдоминальным ожирением и факторы, ухудшающие качество жизни.

Методы исследования. На базе терапевтического и кардиологического отделений ОКБ г.Рязани обследовано 41 женщина в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст $65,9 \pm 0,6$ лет). Комплексное обследование включало антропометрическое исследование (измерение ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, роста, веса, ИМТ пациентов), лабораторное исследование (липидный профиль, показатели углеводного обмена). Качество жизни исследовалось с помощью опросника SF–36. Статистический анализ осуществляли при помощи Statistica (Statsoft Inc. версия 6.0). Определяли среднее арифметическое (M), ошибку среднего арифметического (m), коэффициент корреляции Спирмена (r). Критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты. Все женщины имели абдоминальный характер отложения жира, ОТ составила $110,4 \pm 1,8$ см. ИМТ обследованных составил $35,2 \pm 0,7$ кг/м², при этом избыточный вес был у 6 больных (14,6%), ожирение I ст. – у 14 (34,1%), II ст. – у 13 женщин (31,7%) и ожирение III ст. – у 8 (19,6%). Все исследуемые страдали артериальной гипертензией (стаж гипертензии от 3 до 45 лет), 19 женщин (46,3%) имели сахарный диабет типа 2 с длительностью от впервые выявленного до 25 лет. Показатели липидного спектра характеризовались следующими величинами: общий холестерин $6,5 \pm 0,2$ ммоль/л, триглицериды $1,9 \pm 0,17$ ммоль/л, ЛПНП $4,4 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП $1,5 \pm 0,09$ ммоль/л. Согласно критериям ВНОК (2009г.) у всех женщин диагностирован метаболический синдром, у большинства из них выявлено 3 компонента метаболического синдрома – 24 человека (58,6%), 4 компонента – у 12 больных (29,3%) и у пяти присутствовали 5 компонентов метаболического синдрома (12,1%).

При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи уровня холестерина с возрастом женщин ($r = 0,34$, $p = 0,027$), с длительностью менопаузы ($r = 0,48$, $p = 0,007$), в связи с чем необходимо обращать особое внимание на женщин с ранней менопаузой в плане профилактики и коррекции атеросклероза. Уровень ЛПВП коррелировал обратно с длительностью артериальной гипертензии ($r = -0,4$, $p = 0,026$) и уровнем гликемии натощак ($r = -0,44$, $p = 0,019$).

Показатели качества жизни по шкалам в исследуемой группе составили ОЗ – $39,1 \pm 2$ балла, ФА – $31,1 \pm 3,2$ балла, РФ – $6,9 \pm 3,4$ балла, РЭ $24,2 \pm 5,9$ баллов, СА $42,6 \pm 2,3$ балла, по шкале Боли – $30,3 \pm 2,6$ баллов, ЖС – $32,08 \pm 2,4$ балла, ПЗ – $46,8 \pm 2,6$ баллов. Обращают на себя внимание низкие показатели качества жизни по шкалам Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.

ем, как наиболее уязвимые компоненты качества жизни в пожилом возрасте. Показатель качества жизни по шкале Ролевого функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием находился в обратной связи с наличием сахарного диабета типа 2 ($r = -0,39$, $p = 0,016$), с показателем ОТ/ОБ ($r = -0,34$, $p = 0,04$), а так же с количеством компонентов метаболического синдрома ($r = -0,44$, $p = 0,006$). С увеличением ИМТ уменьшается показатель шкалы Психическое здоровье ($r = -0,34$, $p = 0,04$).

Заключение. У женщин пожилого возраста нарушения липидного обмена атерогенного характера усугубляются с возрастом, с увеличением продолжительности менопаузы и длительности артериальной гипертензии, с увеличением уровня тощачковой гликемии. Качество жизни у пожилых женщин снижено преимущественно по шкалам Ролевого функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, на что оказывает негативное влияние абдоминальный характер ожирения, наличие сахарного диабета типа 2 и в целом количество компонентов метаболического синдрома.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Власова И.А. Показатели неспецифической адаптации в пожилом возрасте

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

При старении морфофункциональные изменения в организме сопровождаются снижением неспецифической резистентности организма, преобладанием признаков хронического стресса. Между тем, формирование долговременной адаптации к физическим нагрузкам на поздних этапах онтогенеза является средством, повышающим жизнеспособность людей старшего поколения.

На основании вышеизложенного **целью** настоящего исследования стало изучение реакций неспецифической адаптации пожилых лиц, занимающихся дозированными физическими тренировками.

Методы исследования. Под наблюдением находились 60 пациентов, 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. Тип адаптационной реакции определялся по количеству лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и степени её напряжённости, критериями которой служили лейкоцитоз, лейкопения, эозинопения или эозинофилия, моноцитоз, монопения, базофилия и др.. Выделялись реакции спокойной и повышенной активации (СА и ПА), тренировки (Т), стресса (С) и переактивации (ПРА).

Результаты. Изучение 4-х летней динамики абсолютного количества лимфоцитов в процессе физических тренировок показало изменение типа неспецифической адаптационной реакции организма на мышечную деятельность. Так, в начале оздоровительной программы в среднем отмечалась реакция СА. На втором году занятий, несмотря на отсутствие достоверных различий, процентное

содержание лимфоцитов говорило о наличии реакции ПА, которая сохранялась на третьем году тренинга и была статистически значимой в четвёртом годовом тренировочном цикле. При этом наблюдалось отсутствие реакции стресса. Не велика была и доля тех, кто имел реакцию ПРА. Её частота уменьшилась от 1 к 4-му году занятий, однако, эти изменения не носили достоверного характера ($p > 0,1$). По мере увеличения стажа занятий постепенно уменьшалась частота реакции Т, достигая достоверных различий на четвёртом году занятий ($p < 0,05$). Одновременно с этим увеличивалась частота регистрации реакции ПА, которая достигала статистически значимых отличий ($p < 0,05$) в третьем годовом тренировочном цикле относительно первого и соответствовала таковой на четвёртом году занятий. Если в начале исследования реакции тренировки, спокойной и повышенной активации имели одинаковую распространённость, то на 2-м году – появилось преобладание частоты реакции повышенной активации над тренировкой ($p < 0,01$). На третьем году оздоровительных занятий данный вариант неспецифической адаптации статистически значимо превалировал над другими реакциями организма ($p < 0,01$). Указанная закономерность сохранялась и на четвёртом году программы дозированных физических тренировок. Данный феномен сочетался с повышением в 30% случаях гармоничности или уменьшением признаков напряжённости (низких уровней реактивности) антистрессорных неспецифических адаптационных реакций. Это исчезновение лейкопении или лейкоцитоза, эозинопении или эозинофилии, моноцитоза и других изменений лейкоцитарной формулы.

Заключение. Таким образом, физические дозированные оздоровительные тренировки в пожилом возрасте являются фактором, стимулирующим неспецифическую адаптацию организма. Степень активационных реакций неспецифической адаптации может служить индикатором эффективности тренировочных программ в пожилом возрасте.

Егорова Л. С., Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Гурьева П.В.
Современный гериатрический пациент по материалам стационара
Областного гериатрического центра г. Иркутска

Областной гериатрический центр, Иркутск

В конце XX начале XXI века в мировой популяции увеличилась абсолютная численность лиц старших возрастных групп. Долголетие становится нормой в развитых странах, сложилась устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения в 1955 году число пожилых людей в возрасте 65 лет и старше во всех странах составляло 143 млн человек (5,2%), в 2005 г. достигло 475 млн (7,1%), а к 2025 г. количество людей пожилого возраста достигнет более 1 млрд человек (Безруков В.В. и др., 1988). Американские демографы прогнозируют, что в США лица старше 65 лет в 2030 году составят 17% общей популяции (Гаврилов Н.Е. и др., 2008). Ожидается, что в ближайшие 10 лет 30% населения Европы будет старше 65 лет. По прогнозам ООН, к 2050 году доля пожилых людей со-

ставит 1/4 мирового населения, а в наиболее развитых регионах более 1/3 населения. Ежемесячно 1 млн человек достигает 60-летнего возраста (Лабезник Л.Б. и др., 2007). В настоящее время более 80% из них проживают в развивающихся странах. Предполагается, что за 1950–2050 гг. количество людей старше 80 лет в мире возрастет с 14 млн до 400 млн (Беловол А.Н. и др., 2012).

Во всем мире обеспечение качества жизни граждан пожилого и старческого возраста признается приоритетной задачей государственной социальной политики. Рост численности лиц пожилого и старческого возраста приведет к существенному увеличению расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, в связи с чем увеличивается значимость геронтологии для государства. Следствием постарения населения является увеличение в популяции распространенности зависимой от возраста патологии (болезни системы кровообращения, новообразования, урологическая патология и другие заболевания мочеполовой системы, старческие переломы и ограничивающие жизнедеятельность костно-мышечные нарушения, психические расстройства, связанная с возрастом патология органов чувств и др.). Для лиц данных групп характерно повышение заболеваемости – в пожилом возрасте в 2 раза, в старческом – в 6 раз, что в значительной степени обусловлено развитием инволютивных изменений органов и систем. Закономерные изменения в органах и системах (в частности сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой и других) способствует прогрессированию имеющихся заболеваний и развитию новой патологии – атеросклероза, артериальной гипертензии, мочекаменной болезни и прочих. У женщин старше 60 лет в среднем диагностируются 5,2 заболеваний. Каждые последующие 10 лет к ним прибавляется еще по 1–2 болезни. Пожилой и старческий возраст – это период клинических проявлений комплекса заболеваний. в пожилом возрасте наблюдается явление полиморбидности («избыточность патологии») (Лабезник Л.Б. и др., 2007). Взаимовлияние заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает жизненный прогноз.

В целях изучения наиболее значимых аспектов патологии современного гериатрического пациента нами проанализированы нами проанализированы истории болезни 4 395 больных, областного гериатрического центра (ОГЦ) за 2009–2012 гг., данные функциональных и лабораторных исследований.

Для изучения клинической и функциональных особенностей гериатрических пациентов они были разделены на 2 группы: пожилые (60–74 года) и старые (старше 75 лет). В структуре соматических заболеваний преобладают болезни системы кровообращения, что составляет 78,5%, где 31% болезни, характеризующиеся повышением артериального давления, 30% – ишемическая болезнь сердца, 18% – цереброваскулярные болезни. Большую группу составляют болезни костно-мышечной системы – 13%. Все заболевания сочетаются с болезнями других систем организма: пищеварительной, эндокринной, мочеполо-

ловой, болезнями глаз. Следует выделить полиморбидность заболеваний. По нашим данным у 1 пожилого пациента в среднем имелось 4,1 диагноза, а у лиц старше 75 лет – до 5 диагнозов. Учитывались только выраженные нозологические формы.

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

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

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

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Зырянова Н.Ю., Егорова Л.С. Перспективы развития гериатрической службы в Иркутской области

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

Демографическая ситуация в России характеризуется ростом абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста. Современная демографическая ситуация в Иркутской области так же характеризуется динамичным увеличением доли граждан пожилого возраста. Начиная с 1995 года, доля граждан пожилого возраста в составе населения Российской Федерации превышает 20%. В Иркутской области наблюдается устойчивый рост в общем составе населения доли граждан пожилого возраста: с 16,7% в 2002 году до 18,6% в 2011 году. В настоящее время в области проживает чуть более 465–и тысяч граждан пожилого возраста. Средняя продолжительность жизни составляет 65,5 лет (мужчины – 59,0 лет, женщины – 72,1 года). Создание необходимых условий для повышения качества жизни граждан старшего поколения – одно из ключевых направлений медико–социальной политики как в целом в Российской Федерации, так и Иркутской области. На сегодняшний день каждый пятый житель Иркутской области старше пенсионного возраста. 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 потре-

бителями 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 менее пяти тысяч 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 проведенном в октябре месяце 2012 г. третьем съезде геронтологов и гериатров России. 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 семьи, 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 долгосрочных медико–социальных программ «Гериатрическая помощь населению». Необходимо разработать единый перечень критериев оценки потребностей пациентов в услугах. В целях оказания адекватных услуг эти критерии должны использоваться всеми учреждениями гериатрического профиля (здравоохранения и социальной сферы). Критерии должны учитывать физическое и психическое состояние пациента, а также его функциональные возможности. Следует регулярно анализировать соотношение стоимости медицинских услуг и их эффективности. Такой анализ и более глубокая оценка потребностей пациента в услугах должны обеспечить целенаправленное расходование средств.

Демографическая ситуация требует, чтобы была создана целостная служба гериатрической помощи населению, включающая как существующие

гериатрические поликлинические и больничные учреждения, так и вновь создаваемые районные гериатрические центры. Необходимо развивать сеть отделений сестринского ухода и отделений дневного пребывания для дементных больных. Для организации службы требуется объединить нормативную правовую базу здравоохранения и социальной защиты населения. Особое внимание должно уделяться межотраслевому взаимодействию.

Гериатрическая помощь населению Иркутской области должна строиться как многоуровневая система. Для ее функционирования необходимо создание доступных возможностей для приобретения средств ухода и инвалидной техники; разработка нормативной правовой базы социальной работы в здравоохранении; создание системы обеспечения службы кадрами, формирование базы данных медико-социального положения пожилых жителей, определить объемы потребности в гериатрической помощи. В соответствии с поручением президента Российской Федерации от 27 октября 2010 года, постановлением Правительства Иркутской области от 1 марта 2011 года № 54-пп принята долгосрочная целевая программа Иркутской области «Старшее поколение» на 2011 – 2013 годы. Основными исполнителями программы являются министерство социального развития, опеки и попечительства Иркутской области, министерство здравоохранения области, министерство образования Иркутской области, министерство по физической культуре, спорту и молодежной политике Иркутской области, министерство культуры и архивов Иркутской области. В Иркутской области активно ведется разработка новой долгосрочной программы «Повышение качества жизни пожилых людей. С целью повышения доступности лекарственного обеспечения населения пожилого возраста, особенно в отдаленных поселениях и малых городах, на сегодняшний день решен вопрос об отпуске лекарственных средств через фельдшерско-акушерские пункты и участковые больницы. Разработан и утвержден перечень лекарственных средств, подлежащих отпуску в участковых больницах. Для совершенствования льготного лекарственного обеспечения граждан пожилого возраста в 2012 году проводится выписка рецептов на льготных условиях пациентам с хроническими заболеваниями на курс лечения сроком 2–3 месяца.

Мадридский мировой план принятый на второй международной ассамблее ООН в апреле 2002 года, поставил перед мировым сообществом в качестве ключевой проблемы задачу создания общества для людей всех возрастов. В Российской Федерации в настоящее время проживает 31,7 млн. человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения с 1989 года возросла с 15% до 21%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она доходит до 28% от общей численности населения региона. Увеличение доли старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям и требует принятия масштабных безотлагательных комплексных мер административного, юридического, экономического, медицинского, социального и культурного характера. Федеральная целевая программа «Старшее поколение на 2002–2004 годы», Приказ Мин-

здрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» не были выполнены и, как следствие, ряд важнейших вопросов, определяющих состояние геронтологии и гериатрии в нашей стране, остаются открытыми. На сегодняшний день остро стоит вопрос разработки средств и методов ранней диагностики возраст ассоциированных заболеваний, профилактики и лечения преждевременного, сохранения трудоспособности в пожилом возрасте, разработки медицинских стандартов (протоколов) ведения этой категории больных с учетом высокой степени полиморбидности у данной категории пациентов. Недостаточная поддержка оказывается не только фундаментальным исследованиям, но и прикладным разработкам в области геронтологии. В перечне направлений государственной научно-технической программы «Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении» отсутствует раздел, определяющий решение медицинских проблем старших возрастных групп. Нормативная база гериатрической службы РФ существенно устарела; действующие документы, заложившие ее основу и определившие начальные этапы становления, нуждаются в адаптации к современным условиям. Быстрое увеличение численности лиц пожилого и старческого возраста в регионах России побуждает необходимость принятия определенных управленческих решений. Об этом говорилось на прошедшем третьем съезде геронтологов и гериатров России, который проходил в октябре месяце 2012 года в городе Новосибирске. В этой связи съезд поддержал инициативу по формированию Государственной программы «Активное долголетие с высоким качеством жизни населения России» на период 2014–2018 гг.

Рыбченко Н.В., Петрунько И.Л. Особенности первичной инвалидности врачей в пенсионном возрасте в Иркутской области в 2006 – 2011 годах

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск

Цель исследования: провести сравнительный анализ основных показателей, характеризующих первичную инвалидность врачей пенсионного возраста в Иркутской области, работавших по специальности на момент освидетельствования, и первичной инвалидности населения пенсионного возраста Иркутской области в целом.

Материалы и методы: сплошным методом проанализирована база данных по освидетельствованным в главном бюро МСЭ по Иркутской области за 2006 – 2011 гг.

Результаты и обсуждение. Доля лиц пенсионного возраста среди всех впервые признанных инвалидами (ВПИ) врачей составила по усредненным за 6 лет данным 52%, что соответствует и среднему показателю по области в целом. Однако, в то время как доля лиц пенсионного возраста характеризуется тен-

денцией к снижению (с 59% в 2006 г. до 48 и 49% в 2010 и 2011 гг. соответственно), удельный вес этой возрастной группы среди ВПИ врачей отличается вариабельностью, достигая максимального значения (56%) в 2007 г. и минимального 41,2% – в 2009 г. В структуре первичной инвалидности по полу у врачей пенсионного возраста обращает на себя внимание несколько большая величина доли женщин в сравнении с соответствующим показателем среди ВПИ этого возраста по области в целом: так если по Иркутской области удельный вес женщин данной возрастной группы составил 66,2%, колеблясь по годам в пределах 69,9 – 63,6%, то среди врачей доля женщин по усредненным за 6 лет данным – 75,3%. Максимальных значений в 82,4 и 80,0% соответственно эта доля достигала в 2006 и 2009 гг., а минимального в 62% - в 2010 г.

При первичном освидетельствовании врачей пенсионного возраста им более чем в половине случаев (60,4%) устанавливалась третья группа инвалидности. Вторая группа установлена в 34,8% случаев. Обращает на себя внимание нестабильность удельного веса инвалидов первой группы по годам: в 2007 г. инвалидность указанной группы не устанавливалась, а в 2010 г ее доля составила 12,8%, в среднем за 6 лет - 4,8%. Первичная инвалидность врачей пенсионного возраста отличается меньшей тяжестью по сравнению со всем населением области пенсионного возраста. У последних на долю наиболее тяжелых первой и второй групп инвалидности приходится 54,7%, а удельный вес инвалидов третьей группы – 45,3%.

Основные нозологические причины первичной инвалидности врачей пенсионного возраста следующие: болезни системы кровообращения (БСК) – 41%, злокачественные новообразования (ЗНО) – 23%, болезни костно-мышечной системы (БКМС) – 16%, последствия травм и других неуточненных воздействий внешних причин – 4%, и пятое ранговое место разделили болезни уха и сосцевидного отростка и болезни органов дыхания – по 3%. В структуре первичной инвалидности лиц пенсионного возраста по области в целом имеются некоторые отличия: первые три ранговых места занимают те же группы болезней, однако, если удельный вес БСК незначительно выше (46%), чем у врачей, то доли ЗНО (16,9%) и БКМС (9,5%) ниже. На 4 месте среди причин первичной инвалидности всех граждан пенсионного возраста области – болезни уха и сосцевидного отростка и болезни эндокринной системы (по 4,5%), на 5-м месте - последствия травм (3,8%).

Выводы. Особенности первичной инвалидности врачей в пенсионном возрасте были: меньшая тяжесть инвалидности; большая (в 1,14 раза) доля женщин (что соответствует возрастнo-половой структуре врачебных кадров). Нозологическая структура характеризовалась более высоким удельным весом ЗНО (в 1,4 раза) и БКМС (в 1,7 раза) по сравнению со всеми гражданами пенсионного возраста, проживающими в области.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

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



21 февраля 2013 года
Иркутск

21 февраля. Конференция 13:00 – 17:00. Курорт «Ангара».

13:00–13:25 Кофе–брейк	
13:25 13:30	Открытие конференции.
13:30 13:45	<i>Пустозеров Виктор Георгиевич.</i> Новое в гериатрической науке и практике.
13:50 14:05	<i>Меньшикова Лариса Васильевна.</i> Современные подходы к лечению боли.
14:10 14:25	<i>Абрамович Станислав Григорьевич.</i> Особенности физиотерапии в гериатрии.
14:30 14:45	<i>Краснова Юлия Николаевна.</i> Новое в диагностике и лечении ХОБЛ.
14:50 15:05	<i>Капустенская Жанна Исмагиловна.</i> Хронические цереброваскулярные заболевания у пожилых.
15:10 15:25	<i>Куклин Сергей Германович.</i> Новое в гериатрической кардиологии.
15:30 15:45	<i>Онучина Елена Владимировна.</i> Новое в ведении пациентов с инфекцией <i>H. pylori</i>.
15:50 16:05	<i>Саютина Светлана Борисовна.</i> Стандарты лечения болезни Паркинсона.
16:10 16:25	<i>Ковалева Лилия Петровна.</i> Особенности лечения сердечной недостаточности у пожилых.
16:30 16:45	<i>Иванов Александр Федорович.</i> Особенности течения и лечения ОРВИ и гриппа в гериатрической практике.
Дискуссия. Закрытие конференции.	

Подписано в печать 14.02.13.
 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».