

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

Практическая гериатрия

10 лет кафедре
геронтологии и гериатрии



Иркутск
19 марта 2014 года

УДК 573.7.017.6
ББК 52.5
Б43

Практическая гериатрия: материалы V конференции, 19 марта 2014 года, Иркутск / под ред. Ф.И.Белялова, В.Г.Пустозерова. Иркутск, 2014. 50 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, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Абросимова Н.И. Объем работы медицинской сестры офтальмологического кабинета.....	5
Агапитова С.Т., Черкашина Л.Г., Бережных Т.А. Опыт применения транскраниальной магнитотерапии у лиц пожилого возраста.....	7
Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Воробьева Е.М., Гурьева П.В., Егорова Л.С., Ковалева Л.П., Михайлова А.Х., Севрюкова О.В. Питание пациентов пожилого возраста принимающих варфарин.....	8
Бухольцева Е.В., Пустозеров В.Г., Ковалева О.А. Особенности липидного спектра у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2–го типа в зависимости от степени выраженности ожирения.....	10
Власова И.А. Показатели экономической эффективности инвестиций в профилактику преждевременного старения.....	14
Воробьева Е.М., Егорова Л.С., Борисинко С.М., Пустозеров В.Г. Лечение цереброваскулярной болезни в практике врача гериатра.....	15
Григорьева Е.В., Шоболова А.Б. Опыт использования СМАРТ–терапии симбикортом у геронтологических больных с бронхиальной астмой.....	21
Гурьева П.В., Гурьев В.А., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Ковалева Л.П. Внедрение дистанционных методов работы с пациентами на примере программы «Электронный кабинет» между Иркутским диагностическим центром и Иркутским гериатрическим центром.....	24
Егорова Л.С., Гурьева П.В., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Ковалева Л.П., Севрюкова О.В., Воробьева Е.М. Распространенность онкологических заболеваний в структуре терапевтического стационара Областного гериатрического центра.....	26
Исхаков Р.Б. Комплексное лечение трофических язв в виде свободной аутодермопластики, компрессионной терапии и электромиостимуляции голени у пациентки с выраженным поражением опорно–двигательного аппарата. Клиническое наблюдение.....	28
Лозинская Г.А. Оценка эффективности лечения глаукомы в гериатрической практике.....	31
Лихолетова Н.В., Петрова И.Л., Евтушенко Е.Н., Кускенов Р.А. Изменения скорости мозгового кровотока при смене положения головного конца кровати у пожилых больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями.....	33
Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Погодаева Е.С., Шелест Н.А. Влияние препарата Кардионат на эффективность антиангинальной терапии и функциональное состояние миокарда у больных пожилого и старческого возраста.....	34
Краснова Ю.Н. Преимущества использования тиотропия бромид (Спиривы) в ингаляционной системе Респимат в сравнении с ингалятором ХандиХалер у пожилых пациентов.....	36
Пустозеров В.Г., Пустозерова О.В. Проблемы профилактики преждевременного старения и возрастной патологии.....	37

Пустозеров В.Г. История кафедры геронтологии и гериатрии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования	41
Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Воробьева Е.М., Егорова Л.С. Перспективы развития гериатрической службы в Иркутской области.....	42
Чигвинцева С.Ю., Шагина Т.М. Особенности взаимоотношений медицинского персонала с пожилыми пациентами.....	45
Щербакова А.В., Красильникова И.П., Волчкова Н.А., Стрекаловская М.А., Стеценко Л.К. Нарушения ритма у пациентов пожилого возраста при сочетании ХОБЛ и ИБС.....	47

Абросимова Н.И. Объем работы медицинской сестры офтальмологического кабинета.

Областной гериатрический центр, Иркутск

Всестороннее обследование глаз больного – процесс трудоемкий. Провести его врачу–офтальмологу одному довольно трудно. В этом большую помощь ему оказывает медицинская сестра, тем самым врачу остается больше времени для проведения сложных, врачебных исследований и подбора медикаментозного лечения.

Прием больных в ГБУЗ Областной гериатрический центр осуществляется согласно расписанию офтальмологического кабинета в утреннее и вечернее время работы гериатрического центра.

Офтальмологический кабинет в оснащен необходимым оборудованием согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 902н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты".

В задачи офтальмологического кабинета входит:

- оказание консультативной, диагностической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи больным с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты;
- динамическое и диспансерное наблюдение больных с заболеваниями глаза;
- проведение профилактических осмотров прикрепленного населения;
- проведение реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление утраченных зрительных функций;
- направление больных с заболеваниями глаза, при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование и консультацию в другие медицинские организации к врачам–специалистам;
- направление больных с заболеваниями глаза, для оказания медицинской помощи в офтальмологические стационары города;
- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- оформление направлений в центры здоровья граждан с факторами риска развития заболеваний глаза;
- участие в выполнении программ, направленных на профилактику слепоты и слабовидения среди прикрепленного населения;
- организация и проведение санитарно–просветительной работы среди населения по вопросам профилактики заболеваний глаза;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Несмотря на большую нагрузку в кабинете, основными задачами медицинской сестры офтальмологического кабинета являются – выполнение

лечебно–диагностических назначений врача и помощь в организации офтальмологических назначений.

В функциональные обязанности медицинской сестры офтальмологического кабинета входит:

1. Подготовка рабочего места, контроль наличия необходимого медицинского инструментария, медикаментов, аппаратуры, документации. Проверка исправности аппаратуры.
2. Осуществление таких диагностических манипуляций как, определение остроты зрения, оптической силы стекол очков методом нейтрализации, межзрачкового расстояния, для назначения оправы очков, простейшую коррекцию (подбор очков для дальнего и ближнего зрения);
определение цветового зрения с помощью полихроматических таблиц, исследование поля зрения контрольным способом, измерение внутриглазного давления бесконтактным пневмотонометром, контактным методом (грузами по Маклакову).
3. Осуществление по назначению врача следующих лечебно–диагностических манипуляций: закапывание капель, закладывание за веки мази или смачивание ею век, промывание глаз лекарственными веществами, "выворачивание" век с помощью стеклянной палочки, наложение моно– и бинокулярных повязок на глаза, массаж век мастью с помощью стеклянной палочки.

Согласно приказа Министерства Здравоохранения от 03.12.2012 года № 1006Н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», взрослое население Российской Федерации должно подлежать обязательной диспансеризации.

Целями диспансеризации являются:

- раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, таких как глаукома, катаракта;
- выявление основных факторов риска их развития;
- определение необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

После определения группы диспансерного наблюдения наших пациентов с выявленными хроническими заболеваниями, проводится оформление документов для льготы на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами.

С каждым пациентом, состоящим на диспансерном учете, проводятся беседы по режиму и способу приёма лекарственных препаратов с учетом анатомического строения глаза. Проводятся обучение массажу глазного яблока после проведенных оперативных вмешательств по поводу глаукомы, для нормализации внутриглазного давления и предотвращения склерозирования путей оттока внутриглазной жидкости.

Пациентам, которые находятся в тяжелом соматическом состоянии, старческого возраста и инвалиды – колясочники помощь оказывается на дому. При посещении измеряется внутриглазное давление медицинской

сестрой и проводится осмотр врачом–офтальмологом. Одновременно оформляются документы диспансерного наблюдения.

Выезд на дом к этой категории пациентов осуществляется строго по графику.

Учитывая, что пациенты гериатрического центра преклонного возраста, 80% больных старше 65 лет, медицинской сестрой проводится разъяснительная работа с близкими родственниками, социальными работниками о правильном режиме медикаментозного лечения, а так же профилактических мероприятиях, которые необходимо проводить каждому пациенту для предупреждения снижения остроты зрения.

Агапитова С.Т., Черкашина Л.Г., Бережных Т.А. Опыт применения транскраниальной магнитотерапии у лиц пожилого возраста

Областной гериатрический центр, Иркутск

В период с 1 октября по 28 февраля 2013–2014 гг. в Областном гериатрическом центре проводились медицинские испытания магнитотерапевтического аппарата Диамаг (Алмаг–03) разработанного ОАО «ЕПЗ» г. Елаьта, Рязанской области.

Цель испытаний – оценить – лечебный эффект магнитотерапевтического аппарата Диамаг.

Аппарат состоит из блока централизованного управления и двух излучателей магнитного поля. Магнитные излучатели имеют «гибкую» излучающую поверхность, позволяющую располагать их на голове, шейном отделе позвоночника.

Аппарат генерирует низкочастотные, низкоинтенсивные импульсные магнитные поля для физиотерапии заболеваний головного мозга.

В аппарате заложены 4 программы магнитного воздействия. Показаниями к применению являются: последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения, транзиторная ишемическая атака, хроническая ишемия головного мозга, мигрень, остеохондроз шейного отдела позвоночника с явлениями цефалгии, краниалгии, хр.иридоциклит, болезнь Паркинсона, расстройства сна.

Для проведения медицинских испытаний аппарата Диамаг проведено наблюдение за больными, в количестве 27 человек в возрасте от 60 до 80 лет со следующими диагнозами: последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения 7 человек, транзиторная ишемическая атака– 2 человека, хроническая ишемия головного мозга 15 человек, 3 человека с нарушением сна.

Результаты. За это время всего проведено 200 процедур, по 8 процедур на одного больного. После проведения курсового лечения больные отмечали субъективно – улучшение общего самочувствия, сна, уменьшение интенсивности головных болей, головокружения, шума в ушах. Объ-

ективно – снижалось систолическое и артериальное давление, урежался пульс, улучшалось эмоциональное состояние. Процедура переносится хорошо, без осложнений.

Заключение. Краниомагнитотерапия от аппарата Диамат является эффективным методом лечения больных с ЦВЗ. Аппарат востребован в гериатрической практике. Прост и удобен в использовании. Наличие нескольких вариантов программ лечения представляется эффективным в терапии неврологических заболеваний в восстановительном периоде.

Борисенко С.М., Борисенко Г.Н., Воробьева Е.М., Гурьева П.В., Егорова Л.С., Ковалева Л.П., Михайлова А.Х., Севрюкова О.В.
Питание пациентов пожилого возраста принимающих варфарин
Областной гериатрический центр, Иркутск

Варфарин действует на свертываемость крови через витамин К, который содержится в пище. Часто пожилые пациенты, начинающие принимать варфарин, пытаются избегать продуктов с высоким содержанием витамина К, что совершенно не правильно. Питание должно быть полноценным. Прежде всего нужно следить, чтобы не было значительного изменения обычного рациона питания, как часто бывает, в зависимости от сезона. Очень важно при приеме варфарина продолжать есть то, что пациент обычно ел, не внося значительных изменений без согласования с лечащим врачом. Нужно помнить, что доза варфарина была подобрана исходя из пищевых привычек пациента. Нужно пояснять пациентам, что нельзя вступать в программу похудения, добавлять в питание биодобавки и витамины, без согласования с лечащим врачом.

Самое большое количество витамина К содержат темно – зеленый листовые овощи и травы (петрушка, зеленая капуста, шпинат), промежуточное количество – растения с более бледными листьями (салат, брокколи, белокочанная и брюссельская капуста). Значительное количество витамина К в бобовых и майонезе. Низкое содержание витамина К в молочных, мясных, хлебобулочных изделиях, грибах, фруктах, черном чае.

Таблица. Содержание витамина К в продуктах

Продукты	Содержание витамина К (мкг/100 г)
Яйцо куриное	11
Картофель	16
Сливочное масло	30
Огурцы, цуккини	30
Сыр	35
Фасоль	45

Цветная капуста	80
Зеленые томаты	80
Говяжья печень	93
Кочанный салат	120
Капуста	125
Салат	129
Соевое масло	193
Кресс – салат	200
Шпинат	415
Зеленый чай	712

Следует придерживаться дробного стиля питания. Лучше всего 6 – 8 разовое, с трех часовым интервалом между приемами. Порции ограничить до 400 г на прием. Углеводы следует получать из сваренных на воде каш и цельнозерновых макарон. Последние лучше предпочесть из обычной пшеницы, без добавок в виде шпината и водорослей. Допускается отварной картофель, а также сухарики из ржаного хлеба, диетические хлебцы без витаминно – минеральных добавок.

Источниками клетчатки служит зелень, овощи, фрукты. Последние предпочтительно должны быть сладкими. Если пациент хочет есть сладкие блюда, то предпочтение должно отдаваться тем из них, которые не содержат шоколада, какао, или кокосового масла.

Белок следует получать из рыбы нежирных сортов, птицы и крольчатины. Предпочтительно отварное или приготовленное на пару мясо без видимого жира. Допускается приготовление пищи в гриле, но соусы не должны содержать масла и приправ. Также можно съесть 1 яйцо в сутки, в отварном, всмятку или запеченном виде. Кисломолочная продукция с низким содержанием жира практически не ограничивается.

Жиры предпочтительны растительные – идеальными будут любые нерафинированные натуральные масла. Можно употреблять немного несоленого сливочного масла каждый день, но количество должно строго дозироваться.

Из напитков допускается слабый чай, чистая вода, отвар шиповника, фруктовые компоты из сладких фруктов.

Запрещенные продукты при приеме варфарина. Лучше полностью исключить всю сдобную выпечку из любой муки. Сюда попадает и популярный белый хлеб, а не только слабая сдоба. Нельзя употреблять слоеное тесто и продукты из него, бисквиты, печенье, торты, шоколад.

Исключаются консервы, колбасы, сосиски, шпикачки, жирное мясо. Нельзя готовить супы на мясном, рыбном и грибном бульоне. Супы должны быть вегетарианскими.

Не допускается употребление бутербродных паст, паштетов, в том числе грибных. Сыры, кроме сыра рикотта 1 – 5% жирности исключаются.

Нельзя употреблять маринованные и квашенные овощи, а также кимчи. Исключаются бобовые, щавель, шпинат, редис, дайкон, редька, репчатый лук, чеснок.

Из напитков не допускается употребление молочных коктейлей, кофейных напитков, в том числе и 3 в 1, натурального кофе. Нельзя добавлять в чай растительные сухие сливки, или же натуральные жирные сливки. Алкоголь полностью исключается.

Важно отметить, что в любом случае рацион должен назначаться врачом, назначившим варфарин, так как доктор может дать более строгие рекомендации. Например, при высоком риске тромбоза рекомендовано есть только протертую пищу без соли, разогретую до комнатной температуры, и не употреблять горячих и холодных блюд.

Бухольцева Е.В., Пустозеров В.Г., Ковалева О.А. Особенности липидного спектра у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом 2-го типа в зависимости от степени выраженности ожирения

Областной гериатрический центр, Иркутск

Актуальность. 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 (Шестакова М.В., Чугунова Л.А. и др., 2007; J.Chan et al., 2009).

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). Многочисленные исследования последних лет идентифицировали ожирение, как ключевую причину развития сердечно-сосудистых заболеваний, СД 2 типа и метаболического синдрома, которые относятся к наиболее значимым проблемам здравоохранения большинства стран мира (Хадипаш Л.А., 2001).

Многие исследователи называют ожирение «эпидемией XXI века». Высокая распространенность этого заболевания, обусловлена доступностью калорийной пищи и, как и сахарного диабета, урбанизацией, снижением физической активности. По сведениям ВОЗ, опубликованным в 2003 г., около 1,7 млрд. человек на нашей планете имеют избыточную массу тела или ожирение. Лидируют в этом отношении США, Германия и Канада. Например, в США 34% взрослого населения имеют избыточную массу тела и 27% – ожирение. Результаты выборочных исследований, проведенных в России, свидетельствуют, что в настоящее время не менее 30% трудоспособного населения нашей страны имеют избыточную массу тела и 25% – ожирение. Ожирение представляет собой хроническое гетерогенное, прогрессирующее заболевание, связанное с рядом генетических, пове-

денческих, внешнесредовых, гормональных и неврологических факторов, приводящих к нарушениям пищевого поведения, нарушениям всех видов метаболизма и энергетическому дисбалансу. Ожирение приводит к развитию многочисленных заболеваний, высокой инвалидизации и снижению общей продолжительности жизни больных. (Демидова Т.Ю., 2005).

В последнее время четко доказан неблагоприятный прогноз в связи с ожирением по так называемому центральному типу, т.е. скоплением жировых отложений на передней брюшной стенке, и что самое неприятное – вокруг внутренних органов. Этот тип ожирения оказывает влияние на атеросклеротическое поражение сосудов. При этом следует помнить, что 80% пациентов с СД 2 типа страдают ожирением той или иной степени выраженности.

Своевременное выявление и коррекция диабетической дислипидемии, снижение массы тела является важными условиями 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 в зависимости от степени выраженности ожирения.

Задачи.

1. Провести анализ параметров липидного спектра: сывороточной концентрации триглицеридов, общего холестерина, липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности;
2. Установить значимость влияния степени ожирения на показатели липидного обмена у лиц пожилого и старческого возраста при СД 2 типа.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лабораторных исследований 100 пациентов, которые находились в условиях отделения стационарной помощи ГБУЗ «Областной гериатрический центр» г. Иркутск с 01.11.2012 по 01.04.2013 гг. Средний возраст больных составил 69,5 лет. Все обследованные (n=100) были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 35 человек с избыточной массой тела (ИМТ = 26,3±0,12); 2-ю группу – 65 пациента с ожирением I степени (ИМТ = 33,93±0,27). В 1-ой группе количество пациентов страдающих СД 2 типа составило 25,7% (9 чел.) Во 2-ой группе – 64,6% (42чел.). У всех пациентов определяли показатели липидного обмена – общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), b-холестерин (ХС-ЛПНП), пре-b-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 .

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. При анализе липидного спектра пациентов пожилого и старческого возраста, в зависимости от степени ожирения у пациентов выявлены следующие особенности. Липидный спектр у лиц контрольной группы без СД 2 типа с I степенью ожирения характеризовался статистически значимым увеличением уровня ХС–ЛПНП (на 24,6%, $p < 0,05$), ХС–ЛПОНП (на 33,4%, $p < 0,05$) и сниженной концентрацией ХС–ЛПВП (на 11,6%, $p < 0,05$), в сравнении с пациентами контрольной группы с избыточной массой тела.

Однако при сравнении липидного спектра между больными с СД 2 типа в зависимости от степени ожирения выявлено статистически значимое увеличение концентрации ОХС у пациентов страдающих СД 2 типа с I степенью ожирения на 14,8% ($p < 0,05$), ТГ – на 58,4% ($p < 0,01$) и снижение ХС–ЛПВП на 23,2% ($p < 0,05$) относительно соответствующих показателей у пациентов с избыточной массой тела. Таким образом, о более высоком риске развития атеросклероза и ИБС у лиц пожилого и старческого возраста с СД 2 типа свидетельствует более выраженная ГТГ в сочетании с холестеринемией в условиях увеличения степени ожирения.

Проведенный сравнительный анализ контрольной и основной групп показал, что при избыточной массе тела липидный состав крови существенно не различался (выявлено статистически значимое повышение концентрации ХС–ЛПНП на 37,8% ($p < 0,05$), показателя КА– на 22,6% ($p < 0,03$) у пациентов с СД 2 типа) (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей липидного спектра у лиц пожилого и старческого возраста при СД 2 типа с избыточной массой тела

Показатель	Контрольная группа (ИМТ=26,8±0,14), n=26	Больные СД 2 типа (ИМТ=26,3±0,25), n=9
ОХС	4,5±0,10	4,84±0,27
ТГ	1,14±0,06	1,13±0,07
ХС–ЛПВП	1,55±0,04	1,42±0,10
ХС–ЛПНП	2,27±0,14	3,13±0,35 *

ХС–ЛПОНП	0,75±0,10	0,75±0,14
КА	2,17±0,09	2,66±0,33 **

Примечание: значимость различий: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,03$

Анализ результатов липидного спектра крови сравниваемых групп в зависимости от наличия СД 2 типа лиц пожилого и старческого возраста с I степенью ожирения, позволил выявить ряд характерных изменений: повышение концентраций: ОХС – на 13,7% ($p < 0,01$), ТГ – на 38,7% ($p < 0,01$), ХС–ЛПНП – на 25,4% ($p < 0,004$), ХС–ЛПОНП – на 58% ($p < 0,001$) и снижение уровня ХС–ЛПВП – на 20,4% ($p < 0,004$), в сравнении с контрольной группой (ИМТ=33,4±0,48) (таблица 2).

Таблица 2

Показатели липидного спектра больных СД 2 типа с I степенью ожирения

Показатель	Контрольная группа (ИМТ=33,4±0,48), n=23	Больные СД 2 типа (ИМТ=34,2±0,33), n=42
ОХС	4,89±0,12	5,56±0,12 *
ТГ	1,29±0,07	1,79±0,09 *
ХС–ЛПВП	1,37±0,05	1,09±0,03 **
ХС–ЛПНП	2,83±0,13	3,55±0,10 **
ХС–ЛПОНП	0,50±0,02	0,79±0,04 ***
КА	2,64±0,11	4,45±0,19 ***

Примечание: значимость различий: * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,004$; *** – $p < 0,001$.

В нашем исследовании по антропометрическому индексу все пациенты имели абдоминальный тип ожирения. В многочисленных работах подчеркивается, что абдоминальное ожирение в сочетании со снижением уровня ХС–ЛПВП и увеличением концентрации атерогенных липопротеинов приводит к повышению вязкости плазмы, росту общего периферического сопротивления сосудов и поддержанию высокого уровня АД у пациентов, что представляет неблагоприятную в прогностическом аспекте комбинацию.

Большинство исследований подтверждают, что общая жировая масса, и распределение по абдоминальному типу ассоциированы с увеличением риска формирования атеросклероза, доказательством в пользу этого утверждения служит выявленная в нашем исследовании достоверная взаимосвязь между ИМТ и коэффициентом атерогенности в группе больных СД 2 типа длительностью более 5 лет ($r = 0,38$, $p < 0,05$). Было продемонстрировано, что существует также обратная корреляция между уровнем ХС–ЛПВП и ИМТ ($r = -0,27$; $p < 0,05$). Известно, что при сочетании СД с повышенной массой тела на фоне метаболических нарушений ускоряется ишемическое поражение миокарда.

Выявленные сдвиги, вероятно, взаимообусловлены и связаны со снижением активности мышечной липопротеинлипазы, повышенного высвобождения жирных кислот из жировой ткани следствием чего явилось повышение атерогенности и снижение антиатерогенных липопротеинов на фоне инсулинорезистентности и абдоминального ожирения.

Выводы

1. Нарушения липидного обмена зависят от степени выраженности ожирения, на фоне сахарного диабета 2 типа эти изменения становятся более выраженными
2. Ожирение оказывает влияние на метаболизм липопротеинов, в виде увеличения уровня триглицеридов, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, а также снижения уровня липопротеинов высокой плотности.

Власова И.А. Показатели экономической эффективности инвестиций в профилактику преждевременного старения

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
Иркутск

Пожилой возраст – период жизни человека, когда морфофункциональные изменения в физиологических системах способствуют постепенному снижению его жизнедеятельности. В тоже время, организм обладает способностью к мобилизации своих резервов, что является основанием для использования методов, расширяющих диапазон его адаптационных возможностей. Одним из таких способов является мышечная деятельность, обладающая мощным стимулирующим влиянием на организм человека, а показатель биологического возраста (БВ) можно рассматривать как индикатор жизнеспособности и здоровья человека. Кроме того, реализация государственной политики в области здравоохранения строится на создании наиболее экономичных способов оказания медицинской помощи.

Цель исследования: изучение экономической эффективности геропротекторной программы дозированных физических тренировок в пожилом возрасте.

Методы исследования. Под наблюдением находились представители старшего поколения (средний возраст $64,3 \pm 0,9$ лет). Дозированные физические тренировки (ДФТ) проводились в течение 4 лет три раза в неделю по 45 минут. В качестве критерия эффективности рассчитывался показатель БВ, а также скорость старения (Δ БВ). Экономический анализ проводился в соответствии с Отраслевым стандартом ОСТ 91500.14.0001–2002. Рассчитывались общие затраты и стоимость одного дня программы ДФТ, стоимость единицы эффективности (одного расчетного года Δ БВ), коэффициент приращения затрат. Затраты основывались исходя из государственных цен на медицинские услуги.

Результаты. Выявлено, что (в режиме цен времени проведения исследования) на втором году ДФТ относительно первого объем вложенных средств увеличился на 10,5%, третьем – на 24,6%, четвертом – на 37%. Отмечалось и повышение стоимости одного дня программы при невысокой, в целом, ее абсолютной величине. Рост затрат в день соответствовал динамике повышения их суммарной величины по годам. По мере увеличения длительности ДФТ последовательно замедлялась скорость старения их участников. Статистически достоверное снижение темпа возрастных изменений определялось после третьего года ДФТ относительно исходных данных ($p < 0,01$) и углублялось на четвертом году ($p < 0,001$). Следовательно, несмотря на увеличение календарного возраста пациентов в процессе реализации ДФТ наблюдалось замедление скорости разворачивания возрастных изменений. На фоне повышения общих затрат и цены одного дня программы отмечалось снижение стоимости единицы эффективности в день и год, достигая минимума на третьем году дозированных физических тренировок (на 12,9% и 13,5% соответственно). Стоимость дополнительной единицы эффективности была ниже основной в течение всех лет ДФТ. Феномен экономии финансовых средств выразился в формировании дополнительных единиц эффективности, т.е. расчетных лет замедления скорости старения пожилых участников геропротекторной программы.

Заключение. Реализация оздоровительной программы дозированных физических тренировок в пожилом возрасте сопровождается замедлением скорости разворачивания возрастных процессов и снижением стоимости формирования единицы этого показателя, что демонстрирует ресурсосберегающий характер данной технологии и свидетельствует как о медицинской, так и экономической целесообразности ее организации при оказании медицинской помощи людям старшего поколения.

Воробьева Е.М., Егорова Л.С., Борисинко С.М., Пустозеров В.Г.
Лечение цереброваскулярной болезни в практике врача гериатра
Областной гериатрический центр, Иркутск

Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), приводящая к острым и хроническим формам сосудисто–мозговой недостаточности, в настоящее время перерастает из медицинской проблемы в социальную, так как является в нашей стране одной из ведущих причин летальности и главной причиной инвалидизации и значительного снижения качества жизни. В областном Гериатрическом центре (ОГЦ) смертность от ЦВБ 18 человек (168,9 на 100000 населения) – на втором месте после острой сердечно–сосудистой недостаточности, сохраняется высокий уровень заболеваемости (358 на 100000 человек), высокий уровень временной нетрудоспособности, средняя продолжительность пребывания на ЛН – 43,9, т.е. 2 место после ЗНО, а среди прикрепленного населения самый высокий уровень – 57,4 – 1 место.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, в РФ наблюдается высокий уровень общей смертности, особенно среди мужчин трудоспособного возраста (16 на 1000 населения); рост смертности и инвалидизации от предотвратимых причин. И если эпидемиологическую ситуацию в мире характеризует повсеместная распространенность и прогнозируемое увеличение частоты цереброваскулярных заболеваний, связанное с "постарением" населения, то за последние 10–15 лет именно в РФ отмечается стойкая тенденция к "омоложению" контингента больных с такими проявлениями цереброваскулярных заболеваний, как острый инсульт и хроническая ишемия мозга, что связано с прогрессирующим ростом в обществе экстремальных воздействий и с недостаточной реализацией программ профилактики артериальной гипертензии и атеросклероза, являющихся ведущими факторами патогенеза цереброваскулярной патологии.

Если благодаря усилиям Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом во многих регионах нашей страны имеется статистика по острым инсультам, то реальных данных о числе больных с хронической ишемией головного мозга практически нет. Эти пациенты чаще всего наблюдаются и лечатся в условиях первичного амбулаторно–поликлинического звена, где недостаток квалифицированных неврологов нередко ведет к ошибкам в установлении диагноза. Поход в поликлинику для пациентов этой группы часто физически и психологически сложен, иногда они наблюдаются только участковым терапевтом и им выставляются "комплексные" диагнозы, где цереброваскулярная патология, особенно на ранних стадиях, вообще не учитывается, а на поздних не всегда рубрифицируется даже среди осложнений системного атеросклероза и артериальной гипертензии. Назначение же эффективной терапии для коррекции неуклонно развивающихся клинических проявлений заболевания откладывается в еще более "долгий ящик".

При этом необходимо отметить, что многие проявления цереброваскулярной болезни достаточно рано формируют клинические синдромы, которые приводят к социально–бытовой дезадаптации. Именно синдромы клинико–бытовой дезадаптации усиливают и субъективные жалобы, и объективную тяжесть заболевания, замыкая порочный круг ухудшения качества жизни пациента, из которого он часто не может найти выхода ни самостоятельно, ни с помощью врача. Головокружения различной тяжести часто являются неотъемлемой клинической составляющей как острой сосудисто–мозговой недостаточности (прежде всего острого инсульта, в том числе вертебрально–базиллярной локализации), так и различных форм хронической ишемии головного мозга.

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) – особая форма сосудистой церебральной патологии, рассматриваемая, как медленно прогрессирующее диффузное функционально–морфологическое поражение вещества мозга, возникающее из–за снижения мозгового кровотока в результате вовлечения в патологический процесс церебральных сосудов. Различная тяжесть клинических проявлений хронической ишемии позволяет достаточно

условно, для удобства клинической практики, выделить несколько стадий заболевания.

Первая стадия компенсации характеризуется такими субъективными расстройствами, как частая головная боль, раздражительность, снижение внимания, умеренное нарушение оперативной памяти и работоспособности, нарушение сна, рассеянность, общая слабость с высокой утомляемостью, изменение жизненных ценностей, эмоциональная лабильность, неустойчивость при ходьбе; характерны эпизоды головокружений несистемного характера, нередко выявляются начальные симптомы депрессии. Если на этой стадии начата длительно проводимая адекватная и симптоматическая и патогенетическая терапия, то возможно устранение симптомов.

Вторая стадия субкомпенсации пациенты предъявляют сходные жалобы, однако обращает на себя внимание нарастание усталости и прогрессирующее снижение когнитивных функций (внимания и памяти), нарастание интеллектуальных и эмоциональных расстройств (невротические и депрессивные реакции), значительное снижение работоспособности, более частые и интенсивные головокружения, значительно снижающие качество жизни пациентов. Именно в этой стадии начинаю отчетливо проследиваться синдромы дезадаптации пациента в окружающем социуме.

Третья стадия декомпенсации обычно резко уменьшается объем жалоб, что происходит из-за снижения критики пациентов к своему состоянию. Наряду с этим отчетливыми остаются жалобы на снижение памяти, шум и тяжесть в голове нарушения сна, неустойчивость при ходьбе тяжелые стойкие головокружения, как правило, возникающие на фоне повышения или снижения артериального давления, часто протекающие по типу вертебрально-базиллярных сосудистых кризов. Нарастает выраженность интеллектуально-мнестических и очаговых неврологических расстройств. При осмотре у пациентов обнаруживаются стойкие клинические признаки двух и более неврологических синдромов: пирамидного, дискоординаторного, псевдобульбарного, амиостатического, психоорганического. Такие больные обычно нетрудоспособны, так как резко нарушена социальная и бытовая адаптация, нередко нуждаются в постоянном постороннем уходе, отличаясь от больных с острым инсультом только темпами возникновения симптомов.

В патогенезе острой и хронической ишемии мозга больных с ЦВБ имеют значение системные и локальные факторы, приводящие к возникновению и прогрессированию дизрегуляций в работе системы "кровоток – метаболизм".

Системные: нарушения системной гемодинамики (срыв ауторегуляции мозгового кровотока), патология гемостаза.

Локальные: атеросклеротическое стенозирование и окклюзия интра- и экстракраниальных сосудов, —патология позвоночника, в том числе: дорсопатия, обусловленная остеохондрозом и спондилезом с компрессией вертебральных артерий, хлысто-

вая травма, дополнительные шейные ребра, ятрогенные влияния, в том числе непрофессиональное применение методов мануальной терапии.

В дополнительном изучении нуждается роль синдромов "обкрадывания", церебральной гипоперфузии, в том числе вызванных приемом гипотензивных препаратов, вазодилататоров и реопротекторов.

При преимущественном вовлечении в патологический процесс вертебральных сосудов вышеописанные механизмы формируют стойкую картину вертебрально–базиллярной недостаточности, проявляющейся прежде всего головокружениями, которые становятся синдромом, резко снижающим качество жизни пациентов. Головокружение возникает почти у 15% пациентов с различными видами неврологической патологии, а на терапевтическом приеме оно имеет место у 24% больных.

Головокружение – иллюзия движения неподвижной окружающей среды, а также ощущение вращения или движения своего тела в результате рассогласования информации между его сенсорными системами. Под головокружением сами пациенты часто понимают самые разные ощущения: вращения; падения; перемещения своего тела или окружающих его предметов; дурноты, тревоги; сильной общей слабости; предчувствия потери сознания; неустойчивости при ходьбе; нарушения координации, походки.

В основе головокружений почти любого генеза могут лежать морфологические причины (ЛОР–патология, опухоли) или медиаторный дисбаланс сосудистой, атрофической, метаболической природы, обусловленный периферическими или центральными вестибулярными расстройствами, множественной сенсорной недостаточностью, психогениями, нарушениями кровообращения в стволе мозга, сердечно–сосудистыми заболеваниями.

В условиях сосудистой патологии мозга головокружения связаны как с патологией позвоночной артерии, обеспечивающей кровоснабжение внутреннего уха и функционирование медиаторных вестибулярных систем, зависящих от баланса нейромедиатора гистамина, так и с частой утратой регулирующих центральных церебральных влияний. Именно такое сочетание является самой частой причиной головокружения у людей, имеющих сосудистые факторы риска. Сосудистое головокружение обычно начинается остро, продолжается несколько минут, сопровождается нарушением равновесия, тошнотой и рвотой. Кардинальным признаком вертебро–базиллярной недостаточности являются дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, дизартрия, падения, слабость и онемение в конечностях.

Часто помощь нужна пациенту с головокружением немедленно, он готов получить эту помощь из рук любого специалиста: врача общей практики, скорой помощи, участкового терапевта, невролога и т.д. При установлении или подтверждении диагноза сосудистой патологии мозга лечащий врач обязан проводить длительную комплексную синдромную терапию, включающую: коррекцию артериального давления до цифр, обеспечивающих адекватную церебральную перфузию, оксидантного стресса,

вызывающего прогрессирование повреждений нейрональных образований, а также нарушений реологических свойств крови и нейромедиаторных расстройств, а также симптоматическую, значительно улучшающую качество жизни.

Препарат бетагистин является фармакологическим аналогом гистамина, эффективным при пероральном приеме для лечения головокружений, в том числе сосудистого генеза. Широкий спектр фармакологической активности препарата обусловлен его комплексным действием на трех уровнях: на кохлеарный кровоток, на центральный и на периферический вестибулярный аппарат. За счет такого многокомпонентного действия Бетагистин ингибирует патологическую активность вестибулярных ядер, вызывает вазодилатацию во внутреннем ухе и стимулирует кровоток в вертебро–базиллярной системе, активно купируя клинические проявления синдрома головокружения, в том числе, у больных с явлениями острой и хронической ишемии в вертебрально–базиллярной сосудистой системе.

На сегодняшний день Бетагистин является безопасным лекарством с доказанной эффективностью при лечении симптомов головокружения и может использоваться в качестве средства первой помощи даже до установления точного генеза заболевания. Стандартная дозировка препарата составляет 24 мг 2 раза в сутки. Наличие в личной аптеке пациента этого препарата позволяет обеспечить как лечение, так и профилактику более тяжелых симптомов головокружения.

Необходимо отметить, что достаточно быстрое купирование клинических симптомов головокружения, обычно следующее за приемом адекватных доз препарата, не снимает с врача ответственности за проведение полного клинико–инструментального обследования пациента с симптомами головокружения, которое должно включать оценку жалоб и анамнеза, подробный общий осмотр, исследование неврологического статуса, максимально раннее проведение КТ/МРТ для исключения объемного образования, УЗИ магистральных артерий шеи и головы, рентгенографию шейного отдела позвоночника, исследование слуха, вестибулярной сферы, консультацию отоневролога.

Второй безопасный препарат для лечения ЦВБ в практике врача гериатра – Мексидол (Этилметилгидроксипиридинасукцинал). Гетероароматический антиоксидант. Имеет широкий спектр фармакологической активности: повышает устойчивость организма к стрессу, оказывает анксиолитическое действие, не сопровождающееся сонливостью и миорелаксирующим эффектом. Обладает ноотропным действием, предупреждает и уменьшает нарушения обучения и памяти, возникающие при старении и воздействии различных патогенных факторов, оказывает противосудорожное действие; обладает антиоксидантными и антигипоксическими свойствами, повышает концентрацию внимания и работоспособность; ослабляет токсическое действие алкоголя.

Мексидол улучшает мозговой метаболизм и кровоснабжение головного мозга, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови,

уменьшает агрегацию тромбоцитов. Стабилизирует мембранные структуры клеток крови (эритроцитов и тромбоцитов). Оказывает гиполипидемическое действие, уменьшает содержание общего холестерина и ЛПНП.

Механизм действия Мексидола обусловлен его антиоксидантным и мембранопротекторным действием. Он ингибирует процессы перекисного окисления липидов, повышает активность супероксидоксидазы, повышает соотношение липид–белок, уменьшает вязкость мембраны, увеличивает ее текучесть. Модулирует активность мембраносвязанных ферментов (кальций–независимой фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы), рецепторных комплексов (бензодиазепинового, GABA, ацетилхолинового), что усиливает их способность связывания с лигандами, способствует сохранению структурно–функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи.

Мексидол повышает содержание допамина в головном мозге. Вызывает усиление компенсаторной активации аэробного гликолиза и снижение степени угнетения окислительных процессов в цикле Кребса в условиях гипоксии с увеличением содержания АТФ и креатинфосфата, активацию энергосинтезирующих функций митохондрий, стабилизацию клеточных мембран.

Третий безопасный препарат, применяемый в практике врача – гериатра. Он защищает клетки от ишемических повреждений у больных со стенокардией, хронической сердечной недостаточностью, нарушениями мозгового кровообращения. Улучшает толерантность к физической нагрузке и интеллектуальную функцию в случае ишемии и у здоровых людей.

При применении Милдроната наблюдается тонизирующий эффект – улучшается память, ускоряются мыслительные процессы, возрастает ловкость движений, повышается сопротивляемость организма неблагоприятным обстоятельствам.

Милдронат – структурный аналог гамма–бутиробетаина, вещества, встречающегося в каждой клетке организма. В основе действия этого средства – положительное влияние на энергетический обмен веществ в организме, а также некоторое тонизирующее действие на центральную нервную систему.

Милдронат, выполняя функции гамма–бутиробетаина, способен ускорять передачу нервных импульсов в организме, как следствие, ускоряются и все ответные реакции, улучшается общий обмен веществ. Поэтому при применении Милдроната наблюдается тонизирующий эффект – улучшается память, ускоряются мыслительные процессы, возрастает ловкость движений, повышается сопротивляемость организма неблагоприятным обстоятельствам.

Помочь пациенту с неврологической симптоматикой может врач терапевт до получения им специализированной помощи, что широко практикуется в поликлинике Областного Гериатрического центра.

Григорьева Е.В., Шоболова А.Б. Опыт использования SMART-терапии симбикортом у геронтологических больных с бронхиальной астмой

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

Бронхиальная астма (БА) является серьезной медико-социальной проблемой в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью во всем мире (Masoli M., et al., 2004; Beasley R., 2004; Чучалин А.Г., 2007). В программе «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative for Asthma, GINA), разработанной экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отражены последние научные данные о возможностях эффективного лечения БА, направленного на снижение негативных последствий заболевания.

Раннее назначение адекватной терапии БА существенно снижает социально-экономический ущерб от этого заболевания и улучшает качество жизни пациентов, т.к. для больных с контролируемой астмой характерно крайне редкое развитие тяжелых обострений заболевания. И хотя с точки зрения пациента и общества затраты для достижения контроля над симптомами болезни кажутся высокими, неадекватное лечение БА обходится еще дороже.

В последние годы арсенал противоастматических средств значительно пополнился эффективными комбинированными препаратами для базисной терапии БА. Тем не менее, практически все они требуют дополнительного приема короткодействующих бронхорасширяющих препаратов по потребности для купирования симптомов. По сравнению с подобной рутинной терапией БА существенными клинико-экономическими преимуществами концепция SMART (лечение единым ингалятором Симбикорт (будесонид/формотерол) для базисной терапии и по требованию). Несмотря на то, что стоимость SMART в 1,2 – 1,4 раза дороже, со временем она снижается на 15% за счет уменьшения потребности в дополнительных дозах препарата. Совокупные расходы на терапию и социальные затраты, связанные с заболеванием, при рутинной терапии в 2–3 раза превышают стоимость SMART. Более того, преимущества SMART в терапии именно российских пациентов оказываются более значительными, чем для стран Западной Европы, в которых частота обострений у больных БА не столь велика, а удельный вес применения комбинированных препаратов для терапии БА на порядок выше, чем в РФ. Таким образом, выявлен большой экономический потенциал SMART в России, что позволит не только существенно повысить качество медицинской помощи больным БА, но и значительно уменьшить расходы системы здравоохранения и общее бремя БА (Weiss K.V. et al., 2001; Петровский Ф.И., 2008; Смирнова М.С., 2008; Цой А.Н., 2007). Новая (2006) редакция GINA впервые упоминает SMART в качестве альтернативы традиционному подходу в фармакотерапии БА.

Эксперты делают следующий вывод: “При использовании по потребности будесонида/формотерола оба компонента вносят свой вклад в повышение защиты от тяжелых обострений у пациентов, получающих поддерживающую комбинированную терапию, а также обеспечивают улучшение контроля астмы при относительно низких дозах препаратов”. При этом эксперты GINA считают, что эффективность и безопасность SMART доказаны достаточно убедительно, и это позволило присвоить рекомендациям по использованию этой схемы лечения высший уровень доказательности. Но особый интерес вызывает SMART в гериатрической популяции, где комплаентность пациентов старшего возраста в силу когнитивных нарушений исходно ниже, чем в средне-возрастной группе пациентов.

В связи с этим, с целью оценки целесообразности использования SMART у больных БА геронтологического профиля в практическом здравоохранении нами было проведено исследование эффективности SMART у пациентов старческого возраста с БА, наблюдавшихся в Бурятском республиканском клиническом госпитале для ветеранов войн.

Материал и методы исследования. Попытка применения SMART терапии симбикортом (будесонид/формотерол) была предпринята у 17 больных БА, наблюдавшихся в течение года в Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн. Оценивались клинические параметры (частота симптомов БА – по индексу симптомов, рассчитанному в соответствии со шкалой АСТ [5]; частота ночных симптомов; потребность в бронхолитических препаратах короткого действия для купирования симптомов; а также функциональные показатели – пиковая скорость выдоха (ПСВ) в % от должных величин и индекс вариабельности ПСВ по данным пикфлоуметрии. Кроме того, анализировалась степень использования ресурсов здравоохранения за исследуемый год – частота внеплановых визитов к врачу, госпитализаций и вызовов «03». В исследование были включены больные с БА среднетяжелого и тяжелого течения, средний возраст которых составил $72,75 \pm 5,9$ года (от 64 до 81), а средний стаж заболевания – $28,67 \pm 8,82$ лет (15–40). Им назначался Симбикорт 160/4,5 по 1 дозе 2 р/сут и 1 доза по потребности. Анализ данных проводился по дневникам самонаблюдения больных БА и графикам пикфлоуметрии. Дополнительно оценивалась приверженность терапии (комплаинс).

Полученные результаты. Опыт использования препарата симбикорт (будесонид/формотерол) в режиме SMART у лиц пожилого и старческого возраста показал существенное улучшение состояния по клиническим и функциональным показателям у всех пациентов БА, получавших SMART. Анализ симптомов БА показал увеличение индекса симптомов по АСТ-тесту от исходных $16,00 \pm 3,74$ баллов (11–20) до $21,00 \pm 2,92$ баллов (17–25) в конце исследования, уменьшение частоты дневных симптомов $1,14 \pm 1,07$ (0–2) и ночных симптомов в начале исследования $1,14 \pm 1,07$ (0–2) вплоть до полного отсутствия дневных и ночных симптомов по окончании исследования через год.

Также произошло снижение потребности в бронхолитических препаратах короткого действия для купирования приступов от $1,29 \pm 1,11$ (0–3) исходно до отсутствия потребности при заключительном осмотре.

Клиническое улучшение сопровождалось нормализацией функциональных показателей в виде уменьшения индекса суточной вариабельности ПСВ по данным пикфлоуметрии от $19,68\% \pm 22,06$ (0–66.7) до $0,58\% \pm 1,30$ (0–3) при заключительном осмотре, что свидетельствует о снижении гиперреактивности бронхов.

Побочных действий при фармакотерапии Симбикортом за период исследования не наблюдалось.

Анализ течения БА за год наблюдения в сравнении с предшествующими 12 мес показал, что если за предшествующий год наблюдения частота госпитализаций по поводу обострений БА в среднем составила $1,37 \pm 0,52$ (1–2) случаев со средней продолжительностью койко–дня $16,25 \pm 2,87$ (14–20), частота внеплановых посещений участкового врача по поводу обострения БА в среднем зарегистрированы в $2,63 \pm 1,19$ случаях (1–4), то за период применения концепции SMART потребность в госпитализации отсутствовала, лишь в 1 случае наблюдалось кратковременное 4–дневное обострение, при котором оказалось достаточным амбулаторное лечение с увеличением дозы Симбикорта до 4 вдохов в сут.

Учитывая геронтологический профиль наблюдаемых пациентов с БА, особый интерес вызывал анализ комплайенса данной категории больных. Выявлено, что, несмотря на имеющиеся когнитивные нарушения возрастного характера, простой и удобный для понимания режим дозирования препарата формотерол/будесонид (Симбикорт) согласно концепции SMART, значительно повысил приверженность больных к данному виду терапии, и, соответственно, привел к увеличению эффективности лечения.

Заключение. Таким образом, полученные результаты исследования SMART в реальной клинической практике продемонстрировали эффективность данной схемы лечения у пожилых больных со среднетяжелой БА в виде улучшения клинических и функциональных показателей. Достоверно увеличился индекс симптомов по АСТ тесту, полностью купированы дневные и ночные симптомы с отсутствием потребности в бронхолитиках короткого действия, уменьшился индекс вариабельности ПСВ по данным пикфлоуметрии, что в совокупности определило достижение полного контроля над БА и доказало высокую эффективность SMART в геронтологической практике.

Несмотря на то, что внедрение в практику клинических рекомендаций по–прежнему остается серьезной проблемой во всем мире, на примере множества медицинских учреждений было показано, что лечение больных БА в соответствии с клиническими рекомендациями, основанными на данных доказательной медицины, приводит к более высоким результатам. Клинические рекомендации разрабатываются для гарантии того, чтобы все медицинские работники, занимающиеся лечением пациентов, знали цели терапии и различные способы достижения этих целей. Затраты, связанные с

БА, зависят от уровня контроля над заболеванием у конкретного пациента и эффективности предупреждения обострений. Причем, стоимость неотложной терапии выше, чем стоимость планового лечения, а фармакотерапия БА в соответствии с официальными руководствами может являться рентабельной. Кроме того, БА связана со значительными немедицинскими затратами.

Рекомендации. Для изменения клинической практики и улучшения результатов лечения пациентов необходимо на национальном и местном уровнях внедрять в практику врачей клинические рекомендации, основанные на данных доказательной медицины. В республике Бурятия целесообразно шире внедрять концепцию SMART, доказавшую свою эффективность в местных условиях и в гериатрической популяции. Для этого имеет смысл более настойчиво использовать возможности образовательных программ для больных с разъяснением преимуществ современных схем лечения БА.

Есть все основания считать, что существенный медико–социальный ущерб от БА можно значительно уменьшить, если пациенты, медицинские работники, медицинские организации, а также местные и государственные органы власти направят свои усилия на улучшение контроля над заболеванием.

Гурьева П.В., Гурьев В.А., Егорова Л.С., Борисенко С.М., Михайлова А.Х., Ковалева Л.П. Внедрение дистанционных методов работы с пациентами на примере программы «Электронный кабинет» между Иркутским диагностическим центром и Иркутским гериатрическим центром.

Областной гериатрический центр, Иркутский диагностический центр, Иркутск

В современных условиях глобализации и информатизации всех отраслей экономики и органов государственной власти, проблема информатизации отдельных медицинских учреждений и всей системы здравоохранения в целом стоит наиболее остро. Если в других сферах уже имеется успешный опыт внедрения информационных систем (электронное правительство, электронная школа и т.д.), то для системы здравоохранения, в настоящий момент, унифицированный программный продукт не разработан. Пилотные проекты медицинских информационных систем, позволяющих объединить всю систему здравоохранения муниципального образования или даже целого региона в единое информационное пространство, на данный момент реализуются во многих субъектах РФ. Цели у данных проектов могут отличаться, но есть общий признак — стремление работать с одним информационным ресурсом, вокруг которого и строится вся информационная система. Проект «электронный кабинет» не рассматривается как единый программный продукт для всех ЛПУ (лечебно–

профилактических учреждений) Иркутской области. При его создании преследовались сугубо локальные задачи. Тем не менее, принципы его построения и успешность реализации позволяют надеяться на то, что он станет одним из основополагающих элементов при разработке и реализации программы «Информатизация системы здравоохранения Иркутской области».

На данный момент «электронный кабинет» включает в себя следующие функциональные составляющие:

1. Запись на исследования;
2. Мониторинг квот и получение информации об услугах;
3. Доступ к архиву результатов исследований.

В целом данная схема взаимодействия: пациент–ЛПУ–ИДЦ (иркутский диагностический центр) имеет целый ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с традиционной, а именно – экономия времени пациента, работников ЛПУ и регистратуры ИДЦ.

На практике процедура записи пациента на исследования выглядит следующим образом:

- А) Запись пациента в режиме реального времени с возможностью выбора наиболее подходящего варианта (ранее до 30% заявок приходилось корректировать по 2 и более раз);
- Б) Полная информация о медицинских услугах, включая подготовки, время и условия проведения, показания и противопоказания, что снижает вероятность неверного назначения и отказов в выполнении услуг вследствие несоблюдения вышеуказанных условий;
- В) Информация о котируемых методиках, составе групп квотирования и онлайн отчеты выполнения квот и их остатков;
- Г) Возможность получения результатов исследований на рабочее место лечащего врача с просмотром архива медицинских услуг (включая снимки и видео);
- Д) Создание системы оперативной связи с ЛПУ посредством сервиса коротких текстовых сообщений;
- Е) Реализация в проекте электронный кабинет основных принципов построения единой медицинской информационной системы.

Для реализации проекта «электронный кабинет», кроме создания непосредственно самого программного продукта, потребовалось пересмотреть подходы к планированию объемов и сроков предоставления медицинских услуг по ОМС (обязательное медицинское страхование). В результате была создана модель, позволяющая равномерно распределять котируемые методики между субъектами квотирования, учитывающая нормативы нагрузки и сроки ожидания.

За 2013 год работы к данной программе были подключены свыше 100 ЛПУ, осуществлено более 8000 записей на различные исследования, что составило 25% от общего числа записей. С начала 2014г. отмечается повышение активности по данному направлению взаимодействия между

ИДЦ и ЛПУ. Так, за первые месяцы 2014г. было выполнено 7452 записи, что составило уже более 57% от общего числа записей.

ГБУЗ «Областной Гериатрический Центр» города Иркутска за 2013г. совершил 343 записи через электронный кабинет, что составило 23,5% от всего количества записей. Процент сопоставим с общей тенденцией по всем лечебным учреждениям. За два месяца 2014г. осуществлено уже 242 записи, что составило 46,6% от общего числа записей из ОГЦ в ИДЦ. Данный вид сервиса очень удобен для контингента пожилых больных, так как они во многих случаях ограничены в самостоятельном и многократном передвижении. В связи с внедрением сервиса дистанционной записи на исследования уменьшилось количество посещений больными Диагностического центра с 3 раз до 1 раза. Теперь пациенты приходят непосредственно на само исследование. Отпала необходимость посещать ИДЦ для записи на исследование и для получения результатов.

Также планируется через электронный кабинет осуществлять заказ, планирование услуг и получение результатов в рамках программы дистанционного забора биологических материалов. В настоящий момент данная работа осуществляется путем автоматического сканирования формализованных направлений с дальнейшей верификацией и регистрацией. Результаты отправляются электронной почтой. Программа дистанционного забора биологических материалов начала реализовываться более 6 лет назад и на данный момент ей охвачены все ЛПУ области и все муниципальные образования. Учитывая этот факт, а также то, что для реализации программы не требовалось глобальных информационных и материальных ресурсов, было принято решение интегрировать ее в «электронный кабинет» поэтапно, по мере подключения к нему новых контрагентов.

Подводя промежуточные итоги работы по реализации данной программы можно констатировать факт ее успешного внедрения и расценивать как серьезный шаг в направлении организации единого информационного пространства системы здравоохранения Иркутской области.

**Егорова Л.С., Гурьева П.В., Борисенко С.М., Михайлова А.Х.,
Ковалева Л.П., Севрюкова О.В., Воробьева Е.М. Распространенность
онкологических заболеваний в структуре терапевтического
стационара Областного гериатрического центра**

Областной гериатрический центр, Иркутск.

Онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности населения в большинстве стран мира. На сегодняшний день в России заболеваемость злокачественными новообразованиями растет и составляет 231 человек на 100 тысяч населения. Прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 18%. То есть, примерно, на 1,5% в год увеличивается число заболевших злокачественными новообразованиями.

Этот показатель высокий, но средний среди мировых. В России ежегодно 505 тысяч человек в год впервые диагностируют рак. Всего в России около 2,8 миллиона онкологических больных. Последние пять лет отмечается рост продолжительности жизни людей, леченных от злокачественных новообразований. Данная тенденция прослеживается во всем мире: заболеваемость, смертность немного снижается.

Показатель смертности во всем мире в 2011–2012 гг. составил 202 человека на 100 тысяч населения. В США этот показатель составляет 332 на 100 тысяч населения, у нас 231 на 100 тысяч населения. Показатель смертности у мужчин в США 121 человек на 100 тысяч населения, в то время как у нас 180 на 100 тысяч населения. С 2009 года в России действует Национальная онкологическая программа. Ежегодно из Федерального бюджета выделяется 6,5 миллиарда в год на эту программу, 40% софинансируется из региональных бюджетов. В 2013 году в эту программу вошли 58 территорий из 83.

Ранняя диагностика – это задача первичного звена. Заболевшие идут с жалобами к участковому или семейному врачу, к онкологу люди обращаются значительно позже. Четвертая стадия выявляется у 23% больных, четвертая и третья вместе – 43%. В четвертой стадии (2012 г.) выявлено 15% рака губы, 70% рака полости рта, 50% рака прямой кишки, 33,8% – опухоли молочной железы. У мужчин на первом месте рак легкого, затем рак желудка и рак предстательной железы. У женщин на первом месте рак молочной железы.

Целью исследования явилось проведение структурного анализа онкологических заболеваний в общесоматическом стационаре Областного гериатрического центра (ОГЦ). Был проведен анализ историй болезни онкологических больных, находившихся на лечении в ОГЦ в 2011–2013 годах, которым было диагностировано онкологическое заболевание впервые. Вопрос выявления злокачественных новообразований у лиц пожилого возраста в наше время актуален в связи с увеличением удельного веса пожилых среди населения страны.

Из 120 онкологических больных, поступивших в стационар, 26 человек были старше 60 лет, что составило 79,6%. В возрасте 60–69 лет – 44,3% (мужчин 22,6%, женщин – 21,7%), 70–79 лет 44% (мужчины – 19,0%, женщины – 25,0%), старше 80 лет 11,7% (мужчины – 2,6%, женщины – 9,0%). Всего мужчин было 44%, женщин – 55,3%.

По локализации наиболее распространенной, чаще встречалась колоректальная аденокарцинома, выявленная у 45,8% онкологических больных (мужчины – 20,2%, женщины – 25,6%). Рак желудка отмечен в 16,1% случаев (мужчины – 5,4%, женщины – 10,5%). Рак легких был у 11,4% (мужчины – 4,0%, женщины – 0,6%). Рак пищевода в 4,6% случаев (мужчины – 4,0%, женщины – 0,6%). Рак других локализаций выявлен у 9,4% больных (мужчины – 3,9%, женщины – 5,5%). Таким образом, среди пациентов стационара, онкологические заболевания выявляются у лиц в возрасте 60–85 лет. Наиболее распространенными являются злокаче-

ственные новообразования органов желудочно–кишечного тракта. В этом возрасте чаще встречались онкологические заболевания у женщин, особенно рак желудка, кишечника. У третьей части больных, поступивших в стационар запущенная форма заболевания. Диагностика злокачественных новообразований у лиц пожилого возраста должна проводиться так же тщательно, как и у лиц других возрастных групп, так как вовремя прооперированный больной пожилого возраста имеет такие же шансы на положительный результат лечения и хороший прогноз как и у лиц более молодого возраста.

Исхаков Р.Б. Комплексное лечение трофических язв в виде свободной аутодермопластики, компрессионной терапии и электромиостимуляции голеней у пациентки с выраженным поражением опорно–двигательного аппарата. Клиническое наблюдение.

Клиника Доктора Груздева, Санкт–Петербург

Варикозная болезнь встречается у 15–30% взрослого населения (Стойко Ю.М.1989, Плечев В.В. и др., 1995) Почти каждый десятый человек, страдающий хроническим заболеванием вен (ХЗВ) нижних конечностей, из–за трофических язв становится инвалидом. Трофические язвы осложняют течение хронической венозной недостаточности в 15–18% случаев и встречаются у 1–2% трудоспособного населения. С возрастом их частота их увеличивается до 4–5 % среди пациентов старше 65 лет (Савельев В.С. и соавт., 2000; Стойко Ю.М. и соавт., 2001). Венозные трофические язвы, несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении заболеваний вен, остаются серьезной проблемой здравоохранения из–за широкого распространения. Их возникновение приводит к временной утрате трудоспособности, и нередко становятся причиной инвалидности, что является уже и социально–экономической проблемой (Лымарь А.Г. и соавт., 2004; Савельев В.С., 2009).

Неуклонный рост количества пациентов с ХЗВ фиксируют многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в различных странах. Согласно обобщенным данным, 25–33% женщин и 10–20% мужчин имеют формы болезни, нуждающиеся в специализированном лечении. Хроническую венозную недостаточность (ХВН), проявляющуюся регулярным отеком и венозными язвами, обнаруживают соответственно в 3–11 и 0,3–1% наблюдений (Савельев В.С. и соавт., 2009; Nicolaidis A.N., et al., 2008). В России число страдающих ХВН продолжает неуклонно расти и составляет более 35 млн человек (Богачев В.Ю., 2007; Кириенко А.И., 2004).

Среднегодовые расходы на лечение хронических заболеваний вен и их осложнений в странах Евросоюза в среднем составляют 2% от всего бюджета здравоохранения или 600–900 млн евро, а в США достигают 2,5

млрд долларов. Внебюджетная составляющая в виде непрямых расходов и снижения показателей качества жизни может кратно увеличивать экономические потери (Савельев В.С. и соавт., 2009; Nicolaidis A.N., et al., 2008).

Одной из основных причин развития декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности и трофических язв нижних конечностей является посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) (Игнатъев И.И. соавт., 2010). Осложнения ПТФБ: трофические язвы, хронические дерматиты, экземы, рецидивирующие тромбофлебиты, кровотечения из вторично расширенных вен снижают трудоспособность, часто приводят к временной ее утрате (Васютков В.Я. с соавт., 1997; Иванов А.К., 2011).

Пациентка О. 76 лет обратилась в клинику в январе 2013 года с жалобами на наличие трофических язв правой голени, левой стопы, отеками голеней и стоп, выраженным болевым синдромом. Страдает трофическими язвами с 2001 года, когда впервые появились трофические язвы лечилась амбулаторно флеботропными препаратами, дезагрегантами, эластическим бинтованием ног, перевязками с растворами антисептиков без эффекта. С 2012 года усилились отеки голеней, трофические дефекты, боли.

Из сопутствующей патологии: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Артериальная гипертензия 2 ст. риск 3. ХСН II ФК. Железодефицитная анемия.

Ревматоидный артрит полиартрит с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов. Осложненный выраженной контрактурой тазобедренных и коленных суставов. ФН III ст.

Пациентка самостоятельно не передвигается из-за контрактуры коленных и тазобедренных суставов. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное проводится во все отделы. Гемодинамически стабильна. АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 66 в мин. Status localis: нижние конечности отечны до верхней трети голеней, уплотнения мягких тканей, пигментация голеней, трофические язвы правой голени неправильной формы, занимающие 70% голени, обложены фибрином с участками гипергрануляций. Трофическая язва левой стопы по тыльной поверхности 5х3х3 см, под фибрином. Пульсация на стопах ослаблена. Выраженная болезненность при пальпации. Коленные суставы деформированы, движение резко ограничено, сгибание 110°, разгибание 160°, в тазобедренных суставах сгибание 120°, разгибание 150°, отведение 15°.

При УЗДС вен нижних конечностей: Ультразвуковые признаки варикозной трансформации в бассейне БПВ билатерально. Сафенофemorальное соустье не состоятельно. Признаки ПТФС по ЗББВ обеих голеней (несостоятельность клапанов, уплотнения стенок). Расширение лимфатических протоков до 0,2 см. до средней трети голеней.

В клинике пациентке проведена предоперационная подготовка: курс инфузионной терапии (антикоагулянты, антиоксидантные, метаболические препараты), К – поляризирующая смесь, антибактериальная терапия (фторхинолоны, метронидазол), наружная озонотерапия для очищения

трофических дефектов, внутривенное лазерное облучение крови, электромиостимуляция голени на аппарате Veinoplus 4 раза в день по 30 мин, перевязки с растворами антисептиков.



Рис. 1. Состояние голени до лечения.

В дальнейшем выполнена хирургическая обработка трофических язв по методике Shave-therapy с последующей свободной аутодермопластики расщепленными перфорированными лоскутами толщиной 0,3–0,4 мм. Shave-therapy проводили по общепринятой методике, дерматомом послойно удаляли язвы и трофически измененные ткани до появления диффузной кровоточивости.



Рис. 2. Состояние голени в процессе лечения.



Рис. 3. Состояние голени после курса лечения.

В послеоперационном периоде постельный режим в течение месяца, перевязка с водным раствором 0,05% хлоргексидина. В дальнейшем пациентке рекомендовано эластичная компрессионная терапия, использовались эластичные бинты короткой растяжимости, регулярное использование электромиостимуляции голени аппаратом Veinorplus 2 раза в день по 30 мин, прием флеботропных препаратов на основе диосмина курсами по 2 мес. 2 раза в год.

Осмотр через 6 мес. и год показал, что пересаженные лоскуты полностью прижились. Рецидива трофических язв нет.

Таким образом, современное лечение трофических язв нижних конечностей позволяет справиться даже с выраженными дефектами, снизить риск опасных осложнений, повысить качество жизни пациентов.

Лозинская Г.А. Оценка эффективности лечения глаукомы в гериатрической практике

Областной гериатрический центр, Иркутск

Старение организма—нормальный биологический процесс. Соответственно по классификации в нашей стране считается возраст с 60–74 лет это люди пожилого возраста, с 75 – 84 года – старческий возраст, с 90 и выше – долгожители. С улучшением качества жизни не только в высоко-развитых странах, но и в нашем государстве с каждым годом увеличивается количество людей во всех возрастных группах. Самая быстро растущая группа населения в возрасте старше 60 лет. Известно, что многие люди этой возрастной группы продолжают трудиться в таких отраслях как ме-

дицина, педагогика, работают консультантами в инженерных организациях.

Глаукома – болезнь пожилых людей. Существует много медикаментозных препаратов, которые применяются при этой патологии.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения открытоугольной глаукомы медикаментозным препаратом ксалатаном (монотерапия) и фотилом (комбинированным противоглаукомным препаратом).

Материалы и методы исследования: На базе госпиталя ветеранов войн проводилось обследование 57 пациентов (109 глаз), из них 38 женщин и 19 мужчин, средний возраст $62 \pm 5,1$ лет. У всех обследованных глаукома носила хронический характер. Все пациенты были на лечении дважды и трижды с интервалом 2 – 3 года. 35 человек (61%) – страдали открытоугольной глаукомой I стадией (65 глаз). 18 человек (31%) страдали глаукомой II стадии (36 глаз). А III стадией было под наблюдением 4 человека, что составило 7%.

Отбор проводился с сопроводительными документами (амбулаторная карта) откуда можно было выяснить анамнез заболевания, длительность течения патологического процесса, лечение, проводимое ранее, функции зрения. Многие пациенты в силу своего возраста забывают моменты течения и виды лечения, а так же путают режим приема препаратов.

Всем пациентам проводилось объективное исследование: рефрактометрия, тонометрия, исследование полей зрения, осмотра угла передней камеры, а так же оценка течения процесса по состоянию глазного дна. Больные были разбиты на 2 группы, в одну входили 41 человек (77 глаз), которые пользовались при лечении препаратом ксалатан 0,005% (аналог простагландина), который применяется один раз на ночь и действие его длится от 8 —12 часов до 24 часов.

Во вторую группу входили 16 пациентов (32 глаза), которые пользовались препаратом фотил. Этот препарат является комбинированным противоглаукомным средством, состоящим из пилокарпина и тимолола – бета–адреноблокатора, уменьшающий образования внутриглазной жидкости. Прием проводится 2 раза в день, эффект начинает действовать через 30 минут и сохраняется в течение 15 часов.

Результаты. Лечение, проводимое вышеперечисленными препаратами, привело к компенсации внутриглазного давления. Следует отметить, что в первой группе прибегли к лазерному оперативному лечению у 2 больных (3 глаза). Все больные страдали глаукомой II степени. Во второй группе, где применялся фотил, выполнили операцию 6 пациентам (12 глаз). После оперативного вмешательства не потребовалось медикаментозного лечения.

Выводы

1. Чаще в гериатрической практике назначается препарат монотерапии (ксалатан), чем комбинированный препарат (фотил) из—за кратности приема. Многие пациенты не критически относятся к своему заболеванию, и в силу их возраста и наличия сопутствующих заболеваний многократный

прием препарата затрудняет его применение. Однократное применение облегчает лечебный процесс. Даже ценовая политика (ксалатан дороже фотила) не препятствует использованию этого препарата.

2. При назначении терапии необходимо учитывать состояние больного и подбирать режим удобный для выполнения в повседневной жизни.

Лихолетова Н.В., Петрова И.Л., Евтушенко Е.Н., Кускенов Р.А.
Изменения скорости мозгового кровотока при смене положения
головного конца кровати у пожилых больных с нетравматическими
внутричерепными кровоизлияниями

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель исследования: изучить взаимосвязь между скоростными показателями мозгового кровотока у пожилых больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями.

Материалы и методы. Всего обследовано 36 больных, средний возраст составил $54,9 \pm 10,9$ лет. Все пациенты прооперированы в первые сутки от начала заболевания. Лечение проводилось с применением мультимодального мониторинга. Выполнено три последовательных измерения, каждое длительностью по 5 минут в положениях головного конца кровати $30 - 0 - 60^\circ$. После стабилизации состояния в каждой точке проводилась регистрация скоростных показателей кровотока методом транскраниальной доплерографии. Во всех случаях исходное внутричерепное давление (ВЧД) не превышало 25 мм рт. ст.

Результаты. С первых суток от начала заболевания наблюдалось нарастание линейной скорости кровотока (ЛСК) в средней мозговой артерии (СМА), как в поражённом, так и в интактном полушарии головного мозга. В поражённом полушарии скоростные показатели на вторые сутки увеличивались на 17% по сравнению с исходными параметрами. К пятым суткам ЛСК достигала 144 (77,5–192) см/с в поражённом полушарии и 115,5 (75–171) см/с – в интактном, и в сравнении с первыми сутками возросли на 35% и 26% соответственно.

При проведении последовательной смены угла наклона ($30^\circ - 0^\circ - 60^\circ$) в первые сутки от начала заболевания минимальные значения ЛСК в СМА, как в поражённом, так и в интактном полушарии, регистрировались в горизонтальном положении и были равны 90,5 (69–102,5) см/с и 82 (67–113) см/с соответственно. Существенных различий в каждом из полушарий в положении 30 и 60° не наблюдалось. Скорость кровотока в СМА в поражённом полушарии составляла 95 (75–116) см/с, в интактном – 85,5 (70–115) см/с. Наиболее благоприятным в первые сутки после оперативного вмешательства следует признать положения 30 и 60° , так как именно в нем наблюдались оптимальные значения ЛСК и индекса Линдегаарда в сопряжении с относительно низкими цифрами ВЧД.

На вторые сутки в поражённом полушарии ЛСК при 60° была ниже исходных значений на 3% и составляла 110,5 (89–134) см/с. В интактном полушарии наблюдалась обратная закономерность: скорость кровотока в положении 60° была выше, чем в исходном положении на 6,5%. Оптимальным следует считать угол наклона 60°. При этом обеспечивалась оптимальная перфузия интактного полушария, а скорость кровотока в поражённом полушарии была лишь немного ниже, чем в положении 30°.

На третьи сутки в интактном полушарии кровоток оставался неизменным. На стороне поражения минимальная перфузия регистрировалась в горизонтальном положении, а в положении 60° ЛСК была на 3,5% ниже, чем в стандартном положении – 124 (88,5–172,5) см/с. Положением выбора следовало признать угол наклона 30°, где регистрировались максимальные значения ЛСК – 128 (87,5–175) см/с.

На пятые сутки скорость кровотока в горизонтальном положении больного принимала минимальные значения, как в поражённом, так и в интактном полушарии. Также низкие значения ЛСК регистрировались при смене положения головного конца до 60°. Можно сделать вывод, что изменение угла наклона головного конца кровати в сторону повышения (до 60°) на пятые сутки от начала заболевания являлось столь же нежелательным, как и горизонтальное положение. Оптимальным вновь становился угол наклона 30°.

Заключение. У пожилых пациентов с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями с увеличением срока от начала заболевания закономерно возрастает скорость мозгового кровотока. От первых к пятым суткам оптимальный угол наклона головного конца кровати варьирует от 30 до 60 градусов. Наименее предпочтительным являлось горизонтальное положение больных независимо от срока от начала заболевания.

**Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Погодаева Е.С., Шелест Н.А.
Влияние препарата Кардионат на эффективность антиангинальной
терапии и функциональное состояние миокарда у больных пожилого и
старческого возраста.**

Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск.

По мере старения населения вопросы оказания своевременной и эффективной помощи пожилым больным приобретают всё большую актуальность.

Цель исследования: оценка влияния препарата Кардионат у лиц пожилого и старческого возраста на эффективность антиангинальной терапии и функциональное состояние миокарда у пациентов с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК.

Дизайн исследования: в проект были включены 30 пациентов, которые находились на момент начала исследования на лечении в кардиоло-

гическом отделении КГВВ. Все они на момент включения в исследование имели подобранную базисную терапию (по условиям исследования). Всем пациентам дополнительно к базисной терапии назначался Кардионат перорально в дозе 1000мг/сутки, на протяжении 4–х недель.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов, с подобранной на момент начала работы антиангинальной терапией. Всем пациентам дополнительно к базовой терапии назначался Кардионат в дозе 1000 мг./сутки на протяжении 4–х недель. Среди пациентов 12 мужчин и 18 женщин, соответственно 40% и 60%. Средний возраст больных составил 74,8 года. Из сопутствующих заболеваний 80% страдали АГШст., 5 пациентов сахарным диабетом 2–го типа, у 3–х ОНМК в анамнезе. Все больные получали комплексное лечение, включающее бета–блокаторы, иАПФ, аспирин, диуретики. На этом фоне был назначен Кардионат в дозе 1000 мг/сут. Всем пациентам до и после месячного курса лечения, проводились общеклинические исследования, ЭКГ, ЭХО–КГ, толерантность к ФН оценивалась путём проведения теста с 6 мин. ходьбой.

Результаты исследования. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что Кардионат на фоне комплексного лечения у 59% пациентов положительно влияет на клиническую симптоматику у больных с хроническими формами ИБС. Было отмечено улучшение общего самочувствия, в ряде случаев прекращение ангинозных болей. Кол–во приступов стенокардии, на фоне приёма, Кардионата сократилось с 19,5 до 11 что составляет 43.5%. Так же достоверно уменьшилось кол–во принимаемых таблеток нитроглицерина с 17.5 до 10 таблеток, что составляет 42.8 %. Отмечалось уменьшение одышки при прежних темпах физической нагрузки, по сравнению с ранее получаемой терапией без применения Кардионата. 30% больных отмечают улучшение качества жизни. Достоверно сократилось число ангинозных приступов в течение суток, их продолжительность, интенсивность, а так же потребность в нитроглицерине, что сопровождалось достоверным повышением толерантности к физической нагрузке, улучшением показателей теста с 6–мин. ходьбой, в начале лечения в среднем – 280 м., по окончании терапии 288 метров. У 56% больных включенных в исследование имело место уменьшение степени депрессии интервала –ST. Клинический эффект применения препарата проявлялся на 5–7 сутки от начала лечения и достигал максимума к концу 3 недели. Для более достоверной оценки функции левого желудочка (КСР, КДР, ФВ) необходимо более длительное применение препарата (3–4 мес.). Среди нежелательных явлений, во время применения препарата, было отмечено развитие синусовой тахикардии у двух пациентов (6.6%) ,что привело к отмене препарата, в 3–х случаях(10%) синусовая тахикардия перешла в нормокардию на фоне уменьшения дозы препарата до 750 мг. в сутки. Так же у 3 – пациентов (10%) уменьшились диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита) при уменьшении суточной дозы до 750мг.

Заключение. Отмеченные положительные эффекты применения Кардионата, отсутствие влияния на центральную гемодинамику, позволя-

ют рекомендовать его в качестве дополнительного средства при лечении пожилых больных со стабильной стенокардией.

Краснова Ю.Н. Преимущества использования тиотропия бромидом (Спиривы) в ингаляционной системе Респимат в сравнении с ингалятором ХандиХалер у пожилых пациентов

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель исследования. Оценить преимущества использования тиотропия бромидом (Спиривы) в ингаляционной системе Респимат в сравнении с ингалятором ХандиХалер у пожилых пациентов.

Методы исследования. В исследование включено 15 пациентов ХОБЛ мужского пола (А– 4 чел., В–6 чел., С–3 чел., Д–2 чел. в соответствии с классификацией GOLD, 2014) . Средний возраст пациентов составил $67,8 \pm 5,9$ лет. Все пациенты получали терапию тиотропия бромидом (Спирива) 18 мкг через ингалятор ХандиХалер. Средняя длительность терапии составила 2–3 года. Все пациенты были переведены на терапию тиотропия бромидом (Спирива) 5 мкг в ингаляционной системе Респимат. Исходно и через месяц после перевода на другую ингаляционную систему все пациенты тестировались по опроснику САТ и шкале mMRC. Через месяц на фоне проводимой терапии проведено анкетирование пациентов с использованием самостоятельно разработанной анкеты для оценки удобства использования новой ингаляционной системы – Респимат в сравнении с ХандиХалер.

Результаты. Статистически достоверной разницы различий между выраженностью клинических симптомов, оцененной по опроснику САТ и шкале mMRC не зарегистрировано. Все пациенты отметили, что им понравилась новая ингаляционная система, 80% пациентов при предоставлении им выбора между 2-мя ингаляционными системами для продолжения терапии выбрали Респимат, 20% не смогли определиться. 13 пациентов (86,6%) отметили, что Респимат проще использовать, чем ХандиХалер. 100% пациентов отметили, что при использовании Респимата возникает уверенность, что необходимая доза препарата принята, тогда как 4 пациента отметили, что при использовании ХандиХалера перепроверяют использованные капсулы с целью оценки остатков тиотропия бромидом в капсулах. 9 пациентов сообщили, что больше доверяют тиотропию бромиду в Респимате, чем в ХандиХалере, т.к. считают, что вероятность фальсификации препарата минимизирована. 1 пациент отметил уменьшение сухости в ротовой полости при переводе на ингаляционную систему Респимат.

Выводы. Тиотропия бромидом, ингалируемый в системе Респимат в дозе 5 мкг имеет преимущества перед 18 мкг тиотропия бромидом через ХандиХалер с точки зрения удобства использования пациентами и боль-

шего доверия к ингаляционной системе, при сохранении сравниваемой клинической эффективности.

Пустозеров В.Г., Пустозерова О.В. Проблемы профилактики преждевременного старения и возрастной патологии

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

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

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

Характер и объем медико-социальной помощи престарелым определен программой Всемирной Ассамблеи ООН. Утвержден 37 Генеральной Сессией ООН. В соответствии с этой программой забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что связано лишь с медицинской стороной вопроса. Она предполагает обеспечение их общего благосостояния, принимая во внимание взаимосвязь физических, психических и социальных факторов. Усилия здравоохранения в этой области должны быть направлены на достижение возможностей вести независимый образ жизни в своей семье и обществе. Вопросы профилактики преждевременного старения предусмотрены Федеральной целевой программой «Старшее поко-

ление». Она предусматривает проведение специализированной профилактической работы в отношении заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Увеличение объемов и повышение качества медицинской помощи, изучение вопросов рационального питания, разработку новых геропротекторов, развитие системы оздоровительных мероприятий, поддержание активности и способности к самообслуживанию.

Старение это процесс возникновения и развития признаков старости. По сути это физиологический, нарастающий с возрастом универсальный, эндогенный разрушительный процесс, который ведет к снижению адаптационных возможностей организма и проявляется повышением вероятности смерти. Признаками старости считаются необратимые расстройства физиологических систем организма. Старение требует изменения стереотипа жизни и жизненных привычек. Продолжительность жизни зависит от сочетанного участия в старении биологических (генетических) и социальных факторов, т.е. условий жизни. У каждого вида существует свой предел жизни – мышь живет 2 года, слон 100 лет. У человека видовая продолжительность жизни составляет 90 лет. Границы пожилого возраста 60–74 года, старческого 75–90 лет, более 90 лет – долгожители. Старение может протекать двумя путями – естественным (физиологическое старение) и патологическим (ускоренное, преждевременное старение). Физиологически стареет всего лишь 3–5% населения. К ускоренному старению приводят условия жизни современного общества, патологические заболевания свойственные старению (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные опухоли и др.). Наиболее частыми признаками ускоренного старения являются: быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, раннее снижение памяти, изменение эмоциональной сферы, снижение репродуктивной способности, снижение адаптационных возможностей сердечно–сосудистой, дыхательной, эндокринной, иммунной и др. систем. Раннее обнаружение и предупреждение болезней геронтогенеза, является важным профилактическим моментом преждевременного старения. Преждевременное старение приводит к одряхлению, инвалидности, ранней смерти и является главным препятствием к достижению массового долголетия. Особенности патологии пожилого возраста являются полиморбидность (3–6 заболеваний), вынужденный прием множества лекарств – полипрогмазия, хроническое течение болезней, стертость клинической картины и остроты процесса, поздняя обращаемость за медицинской помощью, фармакомания. В 1995 г. была создана новая врачебная специальность – ГЕРИАТР. В номенклатуре учреждений здравоохранения появились гериатрические больницы и гериатрические центры.

Помощь, оказываемая пожилым, укладывается в рамки медико–социальной помощи. Совершенно очевидно, что она должна быть единой. Вместе с тем, имеется ведомственная разобщенность в помощи пожилым по линии здравоохранения и социального обслуживания, с различными законодательными актами. На сегодняшний день отсутствует единая идеология всех учреждений и подразделений гериатрических служб. Имеется

масса ведомственных проблем тормозящих развитие гериатрии: несовершенство правовой базы геронтологической службы, отсутствие информации о потребностях в различных типах медицинских и социальных учреждений (подразделений) служб, отсутствие информации о потребности в специалистах геронтологов и гериатров высшего и среднего звена, отсутствие стандартов в социальном и медицинском обеспечении лиц пожилого и старческого возраста, отсутствие организации гериатрической службы в сельской местности, отсутствие платных услуг в системе медико-социального обеспечения пожилых. Есть ли возможности у социальной и медицинской службы для реальной совместной работы не только на уровне федерального министерства, но и на уровне регионов? Вероятно, есть, но для этого нужно знать: структуру, формы работы и возможности друг друга. На сегодняшний день нужно дальнейшее совершенствование гериатрической службы, поиск возможных источников финансирования медико-социальных программ, реализация разработанной концептуальной модели организации гериатрической службы Иркутской области.

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

Геропротекторное действие тималина и эпиталамина было изучено в 2 ведущих гериатрических центрах Украины и России. Применение этих препаратов способствовало нормализации основных функций организма, улучшение показателей сердечно-сосудистой, эндокринной и иммунной систем, гомеостаза и метаболизма (Хавинсон В.Х. и др. 2002). Группа пациентов получавших тималин в сочетании с эпиталамином ежегодно в те-

чении 6 лет имела снижение смертности в 4,1 раза по сравнению с контрольной группой. Восстановление гомеостаза сопровождалось снижением заболеваемости ОРЗ в 2,5 раза, уменьшением частоты проявлений ИБС, гипертонической болезни, остеоартроза и остеопороза.

В настоящее время синтезированы искусственные пептидные биорегуляторы: эпиталон – регулирующий функцию эпифиза и вилон – регулирующий функцию тимуса. На сегодняшний день доказано, что существуют вещества, которые способны усиливать неспецифическую сопротивляемость организма к факторам внешней среды – адаптогены. Самые известные и исследованные адаптогены – экстракты из растений элеутерококка и женьшеня, которые в эксперименте увеличивали продолжительность жизни животных на 15–20%. Большинство адаптогенов входит в состав биологических активных добавок (БАД).

В последнее десятилетие во всем мире наблюдается бум, связанный с выбросом на рынок огромного количества препаратов занимающих промежуточное положение между продуктами питания и лекарствами. В то же время только в развитых странах появилась возможность получать стандартизованные пищевые добавки. При неграмотном применении могут возникать и возникают серьезные проблемы со здоровьем. Агрессивная реклама далеких от медицины людей во многом является вредной. Большинство БАД фальсифицированы и не стандартизированы. Мы должны предостеречь пожилых людей от бездумного приобретения этих препаратов, объяснить им, что это не лекарства и ждать помощи от них не стоит.

Имеются данные о положительном влиянии на продолжительность жизни энтеросорбентов, пищевых волокон обладающих свойствами энтеросорбентов. Причем они выполняют не только роль геропротекторов, но и антиканцерогенов. Много работ было проведено по изучению положительного влияния на процессы старения мозга ноотропов. Огромное значение в борьбе с преждевременным старением и возрастной патологией имеет рациональное питание в пожилом и старческом возрасте. На характер питания у пожилых влияют возрастные изменения органов и систем, материальное обеспечение, образ жизни, окружающая среда, хронические заболевания.

В рекомендациях экспертов ВОЗ по калорийности пищи для людей разных возрастных групп отмечено, что в старческом возрасте нужно на 30% снижать калорийность пищи по сравнению с уровнем 20–30 летних. В экспериментах на животных было показано, что калорийно ограниченная диета (КОД) увеличивает среднюю продолжительность жизни на 38,7%, а максимальную на 47% по сравнению с животными имевшими свободный доступ к пище (Нагорный В.Н., 1960). Снижение калорийности пищи следует считать адаптационной потребностью в старости. Проспективное 12-ти летнее исследование в Гарварде (США) показало положительное влияние физической активности на продолжительность жизни. Смертность у пожилых снижалась по мере увеличения энергетических трат от 500 до 3500 ккал. в неделю.

Расход дополнительных 2000 ккал. в неделю в среднем соответствует прибавке 2 лет жизни (Paffenbarger R.S. et al, 1993). Одним из факторов геропротекции в отношении преждевременного старения и возрастной патологии является осознание того, что жизнь продлевается всякий раз, когда предотвращается возможная смерть, а это подразумевает профилактические осмотры и своевременное лечение выявленных заболеваний. В заключении следует отметить, что потенциально перспективными в качестве геропротекторов являются следующие классы средств: низкокалорийная полноценная диета, физические упражнения, средства коррекции психического статуса, антиоксиданты, энтеросорбенты и гормонозаместительная терапия.

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

Пустозеров В.Г. История кафедры геронтологии и гериатрии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

В 2001 г. был организован курс геронтологии и гериатрии при кафедре терапии и кардиологии ИГИУВа. Заведовал курсом доцент Пустозеров В.Г. Клинической базой являлся Иркутский госпиталь ветеранов войн. Курс состоял из двух человек включая зав. кафедрой и ассистента Капустенской Ж.И., затем ассистентом на 0,5 ставки была принята Л.О. Бессонова. На кафедре были составлены учебные планы тематического усовершенствования для врачей и медицинских сестер, план по профессиональной переподготовке, тестовые базы и ситуационные задачи, подготовлена наглядная информация, раздаточный материал и многое другое. Кроме учебной работы проводилась большая работа по организации гериатрической службы в городе и области. Госпиталь ветеранов войн приобрел статус клинического. Были налажены контакты со службой социальной защиты. Велась большая лечебная работа на клинической базе и в лечебных учреждениях области и города. Проводились конференции, консилиумы, организовывались школы для пациентов и многое другое.

В 2004 г. организована кафедра геронтологии и гериатрии с заведующим доцентом Пустозеровым В.Г. Кафедра была расширена, в ее состав влились доцент А.А.Ананьев, д.м.н. В.Н.Тумак, ассистент Л.П. Ковалева. Появились новые учебные программы, были приняты первые интерны и ординаторы. На базе кафедры было организовано Иркутское отделение геронтологического общества РАН, председателем которого был избран Пустозеров В.Г. Сотрудники кафедры, активно принимали участие в Европейских и Российских конференциях и съездах, научных конференциях

различного уровня. Была составлена концептуальная модель развития гериатрической службы города и области. С 2010 года второй клинической базой кафедры стал «Областной гериатрический центр»

Сотрудники кафедры активно принимают участие в создании и работе городской школы активного долголетия. Особое развитие получила кафедра с приходом в ее состав проф. Ф.И.Белялова, проф., Ю.Н.Красновой, доцента А.В.Щербаковой. Активизировалась научная и учебная деятельность. Ежегодно проводятся межрегиональные научно–практические конференции, выпускаются научные сборники работ, печатаются монографии, учебные пособия, в том числе опубликовано в УМО, методические рекомендации. Кафедра неоднократно занимала лидирующие позиции в рейтинге кафедр терапевтического факультета Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования. В состав кафедры вливаются бывшие сотрудники кафедры терапии №2 доценты Т.И.Батудаева, Е.В. Григорьева, ассистенты О.С.Донирова, Т.Е.Спасова, А.М.Данчинова. Кафедра проводит выездные циклы профессиональной переподготовки и тематического усовершенствования в г. Улан–Удэ, в г. Петропавловск–Камчатский в районах области. По заказу министерства здравоохранения Иркутской области кафедрой были проведены 2 цикла профессиональной переподготовки по «Кардиологии». Всего обучение на кафедре геронтологии и гериатрии прошли более 1000 врачей и медицинских сестер.

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Воробьева Е.М., 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. В настоящее время в области проживает чуть более 465–и тысяч граждан пожилого возраста. Средняя продолжительность жизни составляет 66 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 потребителями медицинских услуг. Это требует коренной реорганизации и совершенствования гериатрической службы в области. Областным гериатрическим центром создана концептуальная модель организации гериатрической службы. В основе, которой лежит подготовка врачей и медицинских сестер по вопросам гериатрии, широкое внедрение стационар замещающих технологий (стационар на дому, дневной стационар, медицинский уход и реабилитация на дому и др.).

Современная демографическая ситуация требует организации отделений сестринского ухода, перепрофилирования не востребованных коек, открытия гериатрических центров дневного пребывания. Необходима организация гериатрической помощи в районах области. Особого внимания и поддержки требует наш золотой фонд – это ветераны ВОВ. Их в области осталось 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 психиче-

ское 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 Минздрава 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. В настоящее время проводится работа по формированию Государственной программы «Активное долголетие с высоким качеством жизни населения России» на период 2014–2018 гг.

Чигвинцева С.Ю., Шагина Т.М. Особенности взаимоотношений медицинского персонала с пожилыми пациентами.

Областной гериатрический центр, Иркутск

Областной гериатрический центр (ГБУЗ ОГЦ) специализируется на оказании медицинских услуг лицам пожилого и старческого возраста. Одной из многих проблемой, с которой приходится сталкиваться персоналу учреждения является повышенная, зачастую не мотивированная, конфликтность пациентов.

Одной из проблем возникновения конфликтных ситуаций в практике учреждения является сложности адаптации пациентов указанных возрастных групп к новым условиям.

Старение организма без нарушений здоровья встречается редко, гораздо чаще у людей пожилого и старческого возраста имеются хронические заболевания. Осознание своего болезненного состояния во многом зависит от психического здоровья, при этом боязнь остаться в одиночестве, страх смерти накладывает существенный отпечаток на восприятие состояния своего организма. Как показывают многочисленные исследования психологов, с возрастом пациенты становятся склонными к интровертности. Пациент – интроверт замкнут, осторожен, застенчив, порой его даже сложно вызвать на разговор и пребывание в медицинском учреждении для него тяжелое испытание. Пожилой человек, привыкший дома к своему собственному распорядку вынужден перестраиваться под новый распорядок. Новое, непривычное окружение также вызывают переживания. В самом медицинском учреждении пожилой пациент вынужден общаться с достаточно большим кругом новых, незнакомых людей.

Указанные особенности пациентов пожилого возраста зачастую являются причинами конфликтов. Конфликт – это столкновение противоположных интересов, взглядов и стремлений. Конфликтные ситуации между пациентами и медицинским персоналом, в первую очередь, обусловлены затруднениями в общении, к тому же в пожилом и старческом возрасте баланс эмоциональной сферы сдвигается в сторону отрицательных эмоций. Что означает, что пациент в таком возрасте, в силу особенностей своей психики, настроен на конфликт на подсознательном уровне. Именно эти особенности необходимо знать и помнить медицинской сестре, для того чтобы не провоцировать конфликтную ситуацию, а в случае ее возникновения уметь ее погасить.

Очень важно в острой ситуации медицинской сестре научиться сдерживать свои негативные реакции. Недопустимы ответная резкость в общении, критика и осуждение поведения больного. Сдерживая (скрывая) свои ответные отрицательные эмоции, медицинская сестра способствует угасанию вспышки гнева и раздражения у пациента.

Профилактика конфликтных ситуаций предполагает создание позитивного психологического климата. И здесь очень важно предугадать последствия своих слов и действий с учетом особенностей пациента и его болезни. Очень важна позитивная установка при возникновении конфликта. Медицинская сестра ни в коме случае не должна употреблять категоричные утверждения. В этом случае пациента очень сложно переубедить, так как такая позиция сестры, как противника, в конфликте вызовет у него только защитную реакцию, что еще больше усугубит ситуацию. В то же время сразу признавать абсолютную правоту пациента нельзя. Здесь очень могут пригодиться известные в практике психологов принципы психологического демпфирования, использования которых гасят конфликт, посте-

пенно снимая остроту противоречий между пациентом и медицинской сестрой.

Для разрешения конфликта очень важно выбрать верный стиль поведения в конфликтной ситуации, к которым относят приспособление, компромисс, сотрудничество и примирение.

Главным же является не стремление добиться цели любыми путями, а поиск оптимального, эффективного и конструктивного решения возникшей проблемы. И здесь ведущую роль в недопущении возникновения конфликта, конечно же, принадлежит медицинской сестре.

Полностью искоренить конфликтные ситуации не представляется по понятным причинам. Однако минимизировать их число, организовать взаимодействие пациента и медицинской сестры для сокращения длительности и последствий конфликтов можно.

В областном гериатрическом центре большое внимание уделяется проблеме конфликтов: проводятся семинары со средним медицинским персоналом, с привлечением психологов, конференции, постоянно работает сестринская комиссия. Указанные мероприятия имеют цель дать медицинскому персоналу необходимые знания для организации бесконфликтного сестринского взаимодействия с пациентами.

Щербакова А.В., Красильникова И.П., Волчкова Н.А., Стрекаловская М.А., Стеценко Л.К. Нарушения ритма у пациентов пожилого возраста при сочетании ХОБЛ и ИБС

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

В настоящее время отмечается увеличение количества больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). Особенно остро стоит проблема выявления и лечения нарушений ритма у этой группы пациентов.

В связи с вышеизложенным целью работы явилось изучение распространенности нарушений ритма в группе больных, имеющих сочетание двух заболеваний – ХОБЛ и ИБС.

Материал и методы. На базе терапевтического отделения № 2 и кардиологического отделений КГВВ было обследовано 43 больных, имеющих сочетанную патологию: ХОБЛ и ИБС. В этой группе больных проводилось выявление пациентов, имеющих нарушения ритма. Возраст больных был от 68 до 89 лет. Для уточнения диагноза проводилось следующее обследование: спирография (проба с вентолином), измерение сатурации кислорода, холтер–ЭКГ (в 24 случаях), ЭКГ.

Результаты. В группе обследованных пациентов были выявлены нарушения ритма: фибрилляция предсердий – у 10 (23%), предсердная экстрасистолия – у 6 (13,9%), желудочковая экстрасистолия – у 5 (11,5%), СССУ – у 4 (9,2%), синусовая тахикардия – у 8 (18,4%), сочетанное нару-

шение ритма – у 10 человек (23%). При изучении половой структуры пациентов с ХОБЛ и ИБС было установлено, что сочетание ХОБЛ, ИБС и нарушения ритма чаще встречаются у мужчин – 23 человека (53%), чем у женщин 20 человек (47%).

Для коррекции нарушений ритма наиболее часто использовалась группа кардиоселективных β -блокаторов. С целью исключения нарастания бронхообструкции во время приёма препарата проводилась контрольная спирография. Случаев нарастания бронхообструкции вне обострения ХОБЛ зарегистрировано не было. При синусовой тахикардии применялся ивабрадин. В качестве антиаритмического препарата использовался амиодарон, а также в редких случаях – комбинация амиодарона с β -блокатором. При сочетании фибрилляции предсердий со снижением систолической функции левого желудочка к лечению добавляли сердечные гликозиды. Из группы антагонистов кальция назначался верапамил.

Выводы.

1. Наиболее часто у обследуемой группы пожилых больных при сочетании ХОБЛ и ИБС встречалось нарушение ритма в виде фибрилляции предсердий (23%).
2. Для лечения нарушений ритма у пациентов с ХОБЛ чаще всего применялись антагонисты кальция (верапамил), селективные β -блокаторы, ивабрадин, амиодарон; допускалось применение сочетания амиодарона с кардиоселективными β -блокаторами.
3. У больных с ХОБЛ вне фазы обострения применение кардиоселективных β -блокаторов не приводит к ухудшению функции внешнего дыхания.

Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования

Министерство здравоохранения Иркутской области

Иркутский областной гериатрический центр

Госпиталь ветеранов войн

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

Современное лечение лиц пожило- го возраста



19 марта 2014 года
Иркутск

19 марта. Конференция 14:00 – 17:00.

14:00 14:05	<i>Шпрах Владимир Викторович, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии, ректор ИГМАПО. Открытие конференции.</i>
14:05 14:25	<i>Пустозеров Виктор Георгиевич, заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии ИГМАПО. Медико–социальные проблемы гериатрии.</i>
14:25 14:45	<i>Меньшикова Лариса Васильевна заведующая кафедрой семейной медицины ИГМАПО. Проблемы остеопороза и саркопении у лиц пожилого возраста.</i>
14:45 15:05	<i>Верлан Надежда Вадимовна, заведующая кафедрой клинической фармакологии ИГМАПО. Вопросы безопасности фармакотерапии в гериатрической практике.</i>
15:05 15:25	<i>Краснова Юлия Николаевна профессор кафедры кардиологии и терапии ИГМАПО. Безопасность лекарственных препаратов, используемых в лечении больных ХОБЛ.</i>
15:25 15:45	<i>Куклин Сергей Германович, заведующий кафедрой кардиологии и терапии ИГМАПО. Органы мишени и возраст.</i>
15:45 16:05	<i>Орлова Галина Михайловна, заведующая кафедрой госпитальной терапии ИГМУ. Геронтологические аспекты нефрологической патологии.</i>
16:05 16:25	<i>Капустенская Жанна Исмагиловна. Проблемы ангионеврологии в гериатрии.</i>
16:25 16:45	<i>Онучина Елена Владимировна, доцент кафедры кардиологии и терапии ИГМАПО. Особенности патологии кишечника у пожилых.</i>
<i>Дискуссия. Закрытие конференции.</i>	

Подписано в печать 13.03.14.
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».