

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей
Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска
Иркутский областной гериатрический центр
Госпиталь ветеранов войн

УДК 573.7.017.6
ББК 52.5
Б43

Практическая гериатрия



Иркутск
17 февраля 2011 года

Практическая гериатрия: материалы II конференции, 17 февраля 2011 года, Иркутск / под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2011. 54 с.

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

УДК 573.7.017.6
ББК 52.5

© ИГИУВ, 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А. Опыт санаторно–курортного лечения у больных пожилого возраста.	5
Абрамович С.Г., Михалевиц И.М. Новый способ определения биологического возраста человека	7
Абрамович С.Г., Коровина Е.О., Машанская А.В. Новая методика комплексной аппаратной физиотерапии у больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте.....	9
Абрамович С.Г., Коровина Е.О., Бердникова И.А., Машанская А.В. Возможности физиотерапевтической коррекции эндотелиальной дисфункции, адренергической реактивности сосудов и микроциркуляции у больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте.	12
Алексеева С.И., Зоркальцева Е.Ю., Жданова С.Н. Особенности течения туберкулеза у больных старших возрастных групп с разными генотипами микобактерий.....	13
Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Капустенская Ж.И., Ковалева Л.П. Полиморбидность и сердечно–сосудистая патология у пожилых.....	16
Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Эпидемиология остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.	18
Батудаева Т.И., Данчинова А.М., Спасова Т.Е. Оценка эффективности и переносимости ацклофенака у пациентов пожилого возраста.	19
Белялов Ф.И. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца пациентов в преклонном возрасте	20
Васильев Ю.Н. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте и способы их коррекции.	22
Власова И.А., Губин Г.И. Оздоровительные программы в пожилом возрасте: экономическая эффективность.	23
Донирова О.С., Цыденжапова М.Б., Базарова Б.С., Дониров Б.А. Частота систолической и диастолической дисфункции сердца у больных пожилого возраста с фибрилляцией предсердий (по данным эхокардиографии)	25
Клевцова О.В., Краснова Ю.Н., Петухова Е.А. Вентиляционные нарушения у пожилых больных с острым коронарным синдромом	26
Краснова Ю.Н., Петухова Е.А. Вклад холтеровского мониторирования ЭКГ в диагностику ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких.....	27
Краснова Ю.Н. Уроки исследования UPLIFT в практике лечения пожилого больного хронической обструктивной болезнью легких.....	28
Краснова Ю.Н. Особенности диагностики бронхиальной астмы у пожилых	30
Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Холмогорова Г.Н., Потапов Б.И. Клиническая характеристика ВИЧ-инфекция	32
Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Холмогорова Г.Н., Потапов Б.И. Об эпидемиологии ВИЧ-инфекции в Иркутской области	33

Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Потапов Б.И., Холмогорова Г.Н. Противовирусная терапия хронического вирусного гепатита С.....	35
Машанская А.В., Абрамович С.Г. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке микроциркуляции у здоровых людей и больных артериальной гипертонией....	36
Петрунько И.Л., Никитич М.В., Давыдова О.В. Потребность в технических средствах реабилитации инвалидов с остеоартрозом пенсионного возраста.....	39
Пустозеров В.Г. Концептуальная модель развития гериатрической службы в Иркутской области	40
Пустозеров В.Г., Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Погодаева Е.С., Шелест Н.А. Профилактика ятрогений в гериатрическом стационаре на примере опыта работы школы кардиологического больного.....	41
Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В., Меньшикова Л.В. Эпидемиология и факторы риска остеопоротических переломов позвонков у лиц старших возрастных групп в популяции города Иркутска	42
Собенников В.С., Прокопьева М.Л. Тревога в структуре рекуррентной и биполярной депрессии в зависимости от возраста пациентов.	47
Трофименко И.Н., Иванов А.Ф., Воржева И.И. Сравнительная характеристика показателей бронхиальной гиперреактивности у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в среднем и пожилом возрасте.....	48
Черняк Б.А., Воржева И.И., Иванов А.Ф. Клинические особенности бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте.....	50
Шаманова Н.В. Возрастно–половая структура пациентов с вновь выявленным туберкулезом лёгких с сопутствующей психической патологией и без неё	51
Программа конференции	54

Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А. Опыт санаторно–курортного лечения у больных пожилого возраста.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
ЗАО «Клинический курорт Ангара», Иркутск

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

В современной физиотерапии и курортологии нет верхних возрастных барьеров, которые являлись бы противопоказанием для лечения. Мы считаем, что оптимальным вариантом организации лечебно–профилактических мероприятий является предварительное изучение у больного биологического возраста, который несёт более важную информацию о его функциональном состоянии, чем календарный возраст. Результаты наших исследований свидетельствуют о нецелесообразности (в связи с их низкой эффективностью) назначения физических факторов лицам с высокой скоростью старения, т.е. в тех случаях, когда биологический возраст испытуемого значительно превышает паспортный.

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

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

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

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

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

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

Абрамович С.Г., Михалевич И.М. Новый способ определения биологического возраста человека

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Демографическая ситуация в нашей стране характеризуется увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения.

Существует много способов определения биологического возраста человека (БВ), который является более надёжной количественной моделью старения, чем календарный возраст (КВ).

Цель исследования – с помощью математического метода множественной линейной регрессии получить формулы для определения интегрального биологического возраста человека и изучить скорость старения у здоровых людей и больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Обследовано 168 здоровых людей (80 мужчин и 88 женщин) в возрасте от 17 до 80 лет, 67 больных (30 мужчин и 37 женщин) артериальной гипертонией (АГ) 1 ст. и 44 больных (24 мужчины и 20 женщин) ишемической болезнью (ИБС), стенокардией напряжения 1 функционального класса. Средний КВ у них составил, соответственно, $39,2 \pm 1,2$ года, $41,1 \pm 1,3$ года, $42,0 \pm 1,6$ года.

Для создания математической модели БВ у испытуемых здоровых людей на первом этапе мы провели изучение 20-ти функциональных параметров жизнедеятельности человека, выбор которых был обусловлен их способностью объективно оценить изменения органов и систем в разные возрастные периоды. К этим показателям были предъявлены следующие требования: простота выполнения, позволяющая вести исследовательскую и практическую работу на больших контингентах населения, безопасность для обследуемого, сопряжённость с важнейшими жизненными функциями и интегральной жизнеспособностью, а также разносторонность.

В результате нами были получены следующие уравнения множественной линейной регрессии. Компьютерная реализация метода была разработана М.Л. Барашом.

$$\text{БВ мужчин} = 14,074 + 2,306 \cdot \text{КСКВ} + 0,154 \cdot \text{ВГ} + 0,618 \cdot \text{ИМТ} + 0,2 \cdot \text{АДС} + 3,621 \cdot \text{ПВЧПС} - 0,086 \cdot \text{ЗИ} - 0,019 \cdot \text{ПФМ} - 0,147 \cdot \text{ИРС};$$

$$\text{БВ женщин} = 18,409 + 2,447 \cdot \text{КСКВ} + 0,272 \cdot \text{ВГ} + 0,234 \cdot \text{ОТ} + 0,251 \cdot \text{АДС} + 0,018 \cdot \text{ПВ} - 0,094 \cdot \text{ЗИ} - 0,159 \cdot \text{ИРС} - 0,237 \cdot \text{АДД} - 0,895 \cdot \text{КТ},$$

где КСКВ – коэффициент старения кожи и волос (баллы);
ВГ – возраст глаз (см);
ЗИ – зубной индекс (%);
ИМТ – индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$);
АДС – артериальное давление систолическое (мм рт. ст.);
АДД – артериальное давление диастолическое (мм рт. ст.);

ИРС – индекс работы сердца (отн. ед.);
ПВЧПС – порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (%);
ПФМ – пикфлоуметрия (л/мин);
ОТ – окружность талии (см);
ПВ – показатель внимания по пробе Бурдона (%);
КТ – коэффициент терморегуляции (%).

При статистической обработке материала применялся дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализ; t-критерий Стьюдента для сравнения выборок; критерий χ^2 для анализа данных и вида распределения выборки.

С целью сравнения темпов старения здоровых людей были рассчитаны величины БВ, ДБВ и их разность (БВ–ДБВ) в различных возрастных группах. У 78,0 % здоровых людей было обнаружена замедленная и средняя скорость старения, у 47 обследованных (28,0 %) имели место положительные значения разности БВ–ДБВ, что характерно для высокого темпа старения.

Кроме того, было обнаружено увеличение скорости старения у лиц молодого и среднего возраста, в сравнении с пожилыми людьми, что согласуется с современной демографической тенденцией омоложения смертности от большинства причин. В качестве объяснения полученных нами данных также следует иметь в виду известную в геронтологии ситуацию, когда в результате феномена дифференциальной смертности до старости доживают только индивидуумы с достаточно высоким уровнем жизнеспособности, что и фиксируется при оценке их БВ в пожилом возрасте.

Учитывая отсутствие у обследованных значимой разницы в календарном возрасте у мужчин и женщин во всех возрастных группах, нам представилась возможность оценить у них половые различия в биологическом возрасте. Выявлено преобладание ускоренного темпа старения у мужчин в молодом и, особенно, в среднем возрасте.

Одним из важнейших показателей старения является уровень артериального давления, входящий во все формулы расчёта БВ. У пациентов с АГ ускоренный темп старения наблюдался в 62,0 % случаев, отмечалось превышение БВ над КВ на 8,6 % ($p < 0,05$). Среди них (особенно в возрастной группе от 40 до 60 лет) лиц с низким и средним темпом старения было обнаружено, в отличие от здоровых людей, в 1,5 раза меньше. У данных больных отмечено нестабильное течение заболевания, повышение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли и адренергической реактивности сосудов, ортостатические нарушения.

У больных ИБС также отмечалось превышение БВ над КВ на 12,8 % ($p < 0,01$). У большинства больных коронарным атеросклерозом (84,4 %) с высокой скоростью старения имели место: увеличение индекса массы тела, нарушения липидного спектра крови и снижение толерантности к физическим нагрузкам.

Таким образом, предлагаемый метод определения биологического возраста является инструментом объективного анализа степени старения челове-

ка. Способ прост и не требует дорогостоящего оборудования. Заполнение протокола определения БВ человека может выполняться не только врачом, но и подготовленной медицинской сестрой, продолжительность обследования одного испытуемого не превышает 30 минут, что позволяет осуществить ненозологическую количественную диагностику здоровья и скорости старения у населения при массовых обследованиях. С его помощью не представляет труда оперативно оценить эффективность лечебно-профилактических геропротекторных мероприятий у больных. Кроме того, биологический возраст может заменить календарный при принятии административных решений, касающихся определения перспектив трудовой деятельности и профессиональной переориентации, связанной со старением, в каждом конкретном случае.

Абрамович С.Г., Коровина Е.О., Машанская А.В. Новая методика комплексной аппаратной физиотерапии у больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
больница ИНЦ СО РАН, Иркутск

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

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

Обследовано 105 больных АГ 2-ой стадии и 2-ой степени с высоким риском развития осложнений в возрасте от 60 до 74 лет, средний возраст – $68,1 \pm 2,9$ года. Все пациенты – мужчины, длительность заболевания колебалась от 4 до 25 лет. Больных разделили на 3 группы. Первая (основная) группа была представлена 31 больным АГ (средний возраст $68,1 \pm 2,4$ года), которым в условиях поликлиники был назначен комплексный метод физиотерапевтического лечения, включающий ОМТ и ВФТХ зелёным светом (длина волны 525 ± 24 нм). Во вторую группу вошли 34 больных АГ (средний возраст $67,1 \pm 2,3$ года), которым был назначен только курс лечения ВФТХ. В третью группу (сравнения) включены 40 больных АГ (средний возраст $68,9 \pm 2,5$ года), которым физиотера-

певтическое лечение не проводилось. Больные всех групп получали равноценную лекарственную терапию.

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

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

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

У большинства больных АГ в конце курса лечения происходило снижение артериального давления (АД). Наибольшие изменения коснулись пульсового, систолического ($A_{D_{с}}$) и среднегемодинамического АД: после 2-х недельного курса комплексного лечения ОМТ и ВФТХ $A_{D_{п}}$ уменьшилось на 24,1 % ($p < 0,001$), $A_{D_{с}}$ – на 15,0 % ($p < 0,001$) и $A_{D_{cp}}$ – на 10,2 % ($p < 0,01$). Во 2-ой группе снижение этих показателей оказалось менее значимо и составило, соответственно, 10,3 % ($p < 0,05$), 9,2% ($p < 0,01$) и 8,8 % ($p < 0,02$). Во всех группах после лечения УОС, МОС и СИ остались без изменений. Уровень УПСС в сравниваемых группах менялся после лечения разнонаправлено. В 1-ой и 2-ой группах отмечено снижение этого показателя, соответственно, с $1037,2 \pm 19,7$ дин·с·см⁻⁵/м² до $969,9 \pm 20,3$ дин·с·см⁻⁵/м² ($p < 0,02$) и $1100,6 \pm 21,6$ дин·с·см⁻⁵/м² до $1003,8 \pm 24,8$ дин·с·см⁻⁵/м² ($p < 0,02$), а в группе сравнения – наблюдалось его повышение на 8,1 % ($p < 0,01$).

В результате исследования было доказано, что комплексный метод ОМТ и ВФТХ, а также монотерапия визуальной цветостимуляцией способствовали у больных АГ урежению сердечного ритма и уменьшению продолжительности спастической реакции сосудов кожи на адреналин, что позволило нам сделать вывод о том, что данные физиотерапевтические лечебные методы нормализуют реактивность сердечно-сосудистой системы к симпатомиметикам.

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

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

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

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

Абрамович С.Г., Коровина Е.О., Бердникова И.А., Машанская А.В.
Возможности физиотерапевтической коррекции эндотелиальной дисфункции, адренергической реактивности сосудов и микроциркуляции у больных артериальной гипертензией в пожилом возрасте.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
больница ИНЦ СО РАН, Иркутск

У большинства больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией (АГ) наблюдается дисфункция эндотелия (ДЭ), проявляющаяся нарушением паритета между продукцией вазодилатирующих и вазоконстрикторных продуцентов эндотелия.

Целью исследования было изучение влияния комплексной физиотерапии, включающей общую и локальную магнитотерапию на вазомоторную функцию эндотелия, микроциркуляцию (МЦ) и адренергическую реактивность сосудов у больных АГ пожилого возраста.

Обследован 71 больной АГ 2-ой стадии и 2-ой степени с высоким риском развития осложнений в возрасте от 60 до 74 лет, средний возраст – $66,3 \pm 3,0$ года. Все пациенты – мужчины, длительность заболевания колебалась от 5 до 24 лет. Больных разделили на 2 группы. Первая (основная) группа была представлена 31 больным АГ (средний возраст $67,6 \pm 2,6$ года), которым в условиях поликлиники был назначен комплексный метод аппаратной физиотерапии, включающий применение в течение одного дня двух процедур магнитотерапии. С помощью аппарата «АЛИМП–1» вначале осуществлялось воздействие локальной магнитотерапией, а через 30 минут – проводилась процедура общей магнитотерапии. Во вторую группу (сравнения) включены 40 больных АГ (средний возраст $68,9 \pm 2,5$ года), которым физиотерапевтическое лечение не проводилось. С помощью гальвано–фармакологической пробы с норадреналином оценивалась адренергическая реактивность сосудов, микроциркуляция – методом конъюнктивной биомикроскопии, сосудодвигательная функция эндотелия – по методике D.S. Celermajer et al. (1992) в модификации О.В. Ивановой и др. (1997).

Проведение компрессионной пробы с восстановлением кровотока на плечевой артерии, приводило к увеличению просвета сосуда в 1-ой и 2-ой группах в среднем на $4,2 \pm 0,8$ % и $5,8 \pm 1,1$ % соответственно. При значительном увеличении стимула – скорости кровотока, у больных АГ не происходило соразмерного возрастания эндотелий–зависимой вазодилатации (ЭЗВД). У пяти больных 1-ой группы (13,4 %) наблюдалась парадоксальная реакция эндотелия с вазоконстрикцией в ходе проведения окклюзионной пробы с реактивной гиперемией (ЭЗВД менее 0%). При изучении МЦ у больных АГ пожилого возраста были обнаружены существенные положительные изменения. Они касались, в большей степени, периваскулярных и внутрисосудистых нарушений конечного кровотока.

Курсовое лечение магнитотерапией привело к увеличению ЭЗВД с $4,2 \pm 0,8$ % до $10,4 \pm 2,0$ % ($p < 0,001$), изменению структуры реакций на окклюзионную пробу с реактивной гиперемией: более чем в 2 раза (с 43,3 % до 87,1 %) увеличилось число пациентов с нормальной ответной реакцией, исчез вазоспастический тип реагирования. В группе сравнения аналогичной динамики обнаружено не было.

У больных АГ пожилого возраста лечение общей и локальной магнитотерапией оказывало существенное нормализующее влияние на адренергическую реактивность сосудов. В 1-ой группе продолжительность спазма сосудов на норадреналин к концу лечения уменьшилась на 10,1 % ($p < 0,001$). Во 2-ой группе динамика этого показателя оказалась статистически недостоверной.

Таким образом, применение у больных АГ в пожилом возрасте комплексной физиотерапии, включающей общую и локальную магнитотерапию, оказывает позитивное влияние на микроциркуляцию и адренергическую сосудистую реактивность, способствует нормализации чувствительности эндотелиальных клеток артерий к напряжению сдвига, т.е. способности к вазодилатации.

Алексеева С.И., Зоркальцева Е.Ю., Жданова С.Н. Особенности течения туберкулеза у больных старших возрастных групп с разными генотипами микобактерий

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Институт эпидемиологии и микробиологии НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск

Результаты анализа заболеваемости туберкулезом свидетельствуют о том, что туберкулез может развиваться в любом возрасте. В нашей стране туберкулез нередко заболевают лица пожилого возраста (В.В. Басаева, 2009).

В течение ряда лет эпидемиологическая ситуация по туберкулезу во многих российских регионах проявляется неблагоприятным образом, имеет отрицательную тенденцию развития. На фоне сложившихся социально-экономических условий, растет и широко распространяется устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Не является исключением для текущих событий и территория Иркутской области. Одной из причин данного неблагоприятия, является распространение штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) генотипа Beijing (Тунгусова О. С., Марьяндышев О. А., 2004).

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

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

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

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 107 больных туберкулезом органов дыхания в возрасте от 14 до 86 лет, находившихся на стационарном лечении в Иркутском областном противотуберкулезном диспансере в 2004–2005 гг., 2008–2010 гг.

Для сравнительного анализа, из общего числа обследованных выделены возрастные группы: одна – от 50 до 86 лет (24 человека), другая – от 14 до 30 лет (39 человек), в сумме, это – 63 пациента.

Из культур микобактерий туберкулеза (МБТ), полученных от указанных больных, выделена ДНК микобактерий. Определение генотипов МБТ проводили на основании полиморфизма MIRU–VNTR–повторов (Mazars E. et al, 2001). Принадлежность исследованных MIRU–VNTR паттернов к известным семействам туберкулезных штаммов определяли по алгоритмам предложенным (Огарков О. Б., др., 2007).

Результаты исследования. Среди обследованных: 24 человека (22,4%) – лица 50 лет и старше, 39 человек (36,5 %) – лица молодого возраста от общего количества (остальные – 44 пациента, это 41,1 % приходится на пациентов среднего возраста, т.е. самого работоспособного населения).

Частота встречаемости разных генотипов микобактерий представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение генотипов микобактерии туберкулеза в разных возрастных группах*

Генотипы	Возраст от 50 до 86 лет		Возраст от 14 до 30 лет	
	Абс.	%	Абс.	%
Beijing	13	54,2	26	71,8
LAM	4	16,7	2	5,1
URAL	3	12,5	2	5,1
X	3	12,5	4	10,3
Haarlem	1	4,1	0	0
T	0	0	1	2,6
Другие	0	0	4	10,3

* – $P > 0,05$

Из таблицы видно, что удельный вес МБТ семейства Beijing самый высокий у обеих групп. Для старшей возрастной группы имеют значение показатели генотипов LAM, URAL, генотип T не регистрировался, причем URAL не был зафиксирован для заболевших города Иркутска, а определялся только у районных жителей.

По территориальному признаку удельный вес разновидностей генотипов возбудителя заболевания распределился следующим образом: для пожилых жителей города Иркутска, кроме распространенного среди всех обследованных пациентов, штамма Beijing, важную роль играют другие известные семейства МБТ, значения которых составляют: X – 28,6%, Haarlem и LAM – по 14,3%, у жителей районов в равной мере выявлялись варианты URAL и LAM – по 17,6 %.

Среди молодой группы заболевших иркутян вариант URAL определен в 16,8 % случаев, однако не встречался у районных жителей; штаммы X и LAM, в равной степени, малочисленны как в городе Иркутске, так и в районах.

По данным исследования, процент впервые выявленного туберкулеза высок (20 человек – 83 % и 29 человек – 74,4 % соответственно для старшей и молодой категории) и по сравнению с хроническими формами туберкулеза, среди указанных возрастных групп, не имел различий. Также не отмечается четкой разницы по половому признаку: преимущество мужчин в обеих возрастных категориях – 75% и 82%, число женщин – 25% и 18% соответственно. Примечательно, что для женщин, по данным исследования, характерны только инфильтративный и фиброзно–кавернозный туберкулез.

Инвалидность в категории от 50 до 86 лет определена у 8 (33,3 %) больных, и это в 2 раза больше чем, процент молодых, имеющих статус инвалидности – 15,4% (6 человек), что в свою очередь, объяснимо, развитием с возрастом разнообразной сопутствующей патологии, замедленной положительной динамики, более низкой эффективности лечения.

Отличительной чертой старшей возрастной категории является число пациентов, проходивших флюорографическое обследование 5 и более 5 лет назад – 25 %, тогда как среди молодых лиц – 7,7 %, что указывает на более низкий охват флюорографическим обследованием старшего населения ($P<0,05$).

У больных туберкулезом пожилого возраста процент диагностики рецидивов заметно выше и составляет 20,8 %, чем у молодых – 2,6% ($P<0,05$), что указывает на особенности течения туберкулеза в данной возрастной группе и требует соответствующего диспансерного наблюдения лиц старше 50 лет, перенесших туберкулез.

Клиническая структура больных пожилого возраста представлена только фиброзно–кавернозным, инфильтративным, диссеминированным туберкулезом, причем отчетливо превалирует фиброзно–кавернозный – 12 человек (50%), по сравнению с молодой группой – 9 человек (23%).

Диссеминированный туберкулез с большим преимуществом регистрировался у молодой группы больных и составил 17,9 % (7 человек) против 8,3 % (2 человека) пожилого возраста, что подчеркивает факт роста заболеваемости диссеминированными процессами в результате ВИЧ–инфекции, в основном, у наркозависимых, и характерно для молодых людей.

Соответствие инфильтративной формы туберкулеза для обеих категорий имеет достаточно высокие цифры: 10 человек (41,7 %) из старшей группы и 20

человек (51,3 %) – из молодой. Для всех возрастных групп характерны двусторонние полисегментарные поражения легких, малые и ограниченные формы малочисленны.

Показатели множественной лекарственной устойчивости для обеих обследованных категорий одинаково высоки: 10 больных пожилого возраста – 41,7 % и 14 молодых пациентов – 35,9 %.

Выводы:

1. По данным проведенного исследования, среди заболевших туберкулезом, лица пожилого возраста составляют – 22,4 %. Старшая возрастная категория, как больные молодого возраста, преимущественно поражается микобактериями туберкулеза генотипа Beijing. Среди больных туберкулезом легких старшей возрастной группы также чаще встречаются такие штаммы МБТ, как X, LAM, Haarlem ($P>0,05$).
2. В клинической структуре среди лиц пожилого возраста преобладает фиброзно–кавернозная форма туберкулеза легких. Высок удельный вес больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий среди пациентов старшей возрастной группы (41,7 %).
3. Отличительной чертой старшей возрастной категории является число пациентов, проходивших флюорографическое обследование 5 и более 5 лет назад – 25 %, тогда как среди молодых лиц – 7,7 %, что указывает на более низкий охват флюорографическим обследованием пожилого населения.

Ананьев А.А., Пустозеров В.Г., Капустенская Ж.И., Ковалева Л.П.

Полиморбидность и сердечно–сосудистая патология у пожилых

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Современный пожилой больной представляет собой уникальный клинико–психологический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению патологии, протекающей на фоне инволюционных возрастных изменений различных органов и систем. Сочетанная патология внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста требует особого нестандартного подхода в решении проблем лечения возрастной патологии. Рост удельного веса старшей возрастной группы во всех странах мира – объективный процесс. С 1950г. по 2025г. ООН прогнозирует 5–кратное увеличение населения в возрасте старше 60 лет и 7–кратное в возрасте 80 лет. В 2225г. каждый 7 житель планеты будет старше 60 лет.

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

Анализ историй болезней больных проходивших лечение в Иркутском госпитале ветеранов войн показал, что количество заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста во многом зависит от возраста. Так в возрасте 60–75 лет их среднее количество составило 5,4 заболевания, в возрасте 76–85 лет – 6,2 заболевания. В старших возрастных группах среднее количество болезней снижалось и составило в возрасте 86–90 лет – 4,4 заболевания, а в возрасте 91–95 лет всего 3,8 заболевания. Вероятно, это связано с тем, что до старческих возрастных групп доживают лица имеющие меньшую полиморбидность. Кумулятивный эффект патологических процессов увеличивает число болезней и характеризуется взаимным отягощением. У пожилых болезни часто протекают атипично, затрудняя диагностику. Полиморбидность является важнейшей проблемой гериатрической практики. Следует отметить, что большинство болезней формируется в среднем возрасте, приобретая в старших возрастных группах хронические формы. Полиморбидность в пожилом возрасте приводит к сложному переплетению многих симптомов. Трудности диагностики сочетанных болезней могут явиться причиной «ненамеренных профессиональных ошибок» (medical error – ME). Типичным примером может явиться неверный диагноз и ошибки при выборе лекарственной терапии, полипрогмазия с развитием нежелательных лекарственных взаимодействий. В структуре заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста ведущее место принадлежит болезням системы кровообращения, этот класс формируется в основном за счет атеросклероза, ИБС, цереброваскулярной и гипертонической болезней. Сердечно-сосудистая смертность в пожилом возрасте является наибольшей и составляет 35%, инсульты 8%. В целом смертность от сердечно-сосудистой патологии в г.Иркутске в 2008г. составила 49%. Полиморбидность у пожилых протекает по единственному патогенетическому пути. Прогрессирующий атеросклероз сосудов приводит к развитию ишемической болезни сердца, дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии, атеросклерозу сосудов нижних конечностей, артериальной гипертонии, атеросклерозу мезентеральных сосудов с ишемией кишечника. С точки зрения прогноза заболевания, пожилые люди имеют такую же пользу от медикаментозного лечения, как и более молодые пациенты. Сравнительные исследования различных статинов у пожилых позволяют в определенной степени отдавать предпочтение аторвастатину и розувастатину. Они положительно влияют на липидный спектр и оказывает действие на проявления системного эндотелиоза при нестабильной бляшке, имеют хороший эффект по снижению отдельных конечных точек. Существует большая доказательная база по эффективному использованию крестора у пожилых. Возраст не является ограничением для проведения эффективной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Баженова Ю.В., Пустозеров В.Г., Подашев Б.И. Эпидемиология остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

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

Цель исследования: изучение эпидемиологии остеопороза позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста.

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

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

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

Батудаева Т.И., Данчинова А.М., Спасова Т.Е. Оценка эффективности и переносимости ацеклофенака у пациентов пожилого возраста.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск;
Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Симптоматическая терапия остеоартроза представляет собой комплекс немедикаментозных воздействий и лекарственные методы терапии заболевания, являющегося наиболее распространенным страданием суставов. Из медикаментозных симптоматических средств применяются нестероидные противовоспалительные препараты, эффективность и переносимость которых неодинакова. Особое внимание и индивидуализированный подход к лечению остеоартроза следует применять у пациентов пожилого возраста.

Цель работы. Оценить эффективность и переносимость ацеклофенака в сравнении с мелоксикамом и диклофенаком у пациентов пожилого возраста, страдающих остеоартрозом.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное рандомизированное исследование ацеклофенака (препарат Аэртал), мелоксикама (препарат Мирлокс) и диклофенака в группах пациентов 70 – 90 лет с достоверным диагнозом остеоартроза коленных или тазобедренных суставов II–III стадии по Келлгрону–Лоуренсу.

Пациенты были рандомизированно распределены на три группы. 1–ю группу составили 22 человека, из них 8 мужчин (средний возраст 83,9 года) и 14 женщин (средний возраст 78,9 года); 2–ю группу – 24 человека: 10 мужчин (средний возраст 79,7 года) и 14 женщин (средний возраст – 78,4 года); в 3–ю группу вошли – 23 пациента: 11 мужчин (средний возраст 79,8 года) и 12 женщин (средний возраст 79,3 года). Группы оказались сравнимы по полу и возрасту. Пациентам 1–й группы был назначен ацеклофенак по 100 мг 2 раза в сутки. Больные 2–й группы получали 7,5–15 мг мелоксикама в сутки. Пациенты третьей группы получали диклофенак внутрь по 25 мг 3 раза в сутки. Оценка интенсивности суставной боли и выраженности диспепсического синдрома проводилась перед исследованием, на 3–5 сутки и на 10 сутки лечения.

Результаты. Выраженность болевого синдрома в суставах, измеренная с помощью визуальной аналоговой шкалы, до лечения составляла: в 1–й группе в среднем $6,7 \pm 0,2$ балла, во 2–й группе $6,3 \pm 0,2$ балла, в 3–й – $6,7 \pm 0,2$ балла. К концу лечения отмечено достоверное уменьшение боли у пациентов всех групп: до $3,4 \pm 0,4$ балла в 1–й группе, $2,1 \pm 0,3$ балла во 2–й группе и до $1,1 \pm 0,2$ балла в 3–й группе. Все 69 участников исследования удовлетворительно перенесли лечение. В группе лиц, получавших ацеклофенак, после 10–дневного курса лечения усугубления симптоматики диспепсического синдрома не отмечено. Во 2–й группе выраженность диспепсического синдрома несколько изменилась: у 4 больных (16,7%) из 13, имевших 1 диспепсический симптом, появился дополнительный диспепсический симптом. У больных, лечившихся диклофенаком, после курса лечения жалобы на симптомы диспепсии предъявили все пациен-

ты: 1 симптом отметили 15 (65,2%) пациентов, 2 симптома – 6 (26,1%) больных, 3 симптома – 2 (8,7%) обследованных.

Заключение. Ацеклофенак показал сравнимую с мелоксикамом и диклофенаком эффективность при симптоматическом лечении ОА у пациентов старше 70 лет. Субъективно переносимость ацеклофенака оказалась лучшей в сравнении с мелоксикамом и диклофенаком, в свою очередь, выявлена лучшая сравнительная переносимость мелоксикама, чем диклофенака. Таким образом, при выборе конкретного препарата необходимо учитывать высокую эффективность диклофенака в отношении суставного синдрома и его неплохую переносимость у пациентов без сопутствующей желудочно–кишечной патологии. Для больных, имеющих сопутствующие заболевания желудочно–кишечного тракта, можно рекомендовать прием мелоксикама и ацеклофенака.

Беялов Ф.И. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца пациентов в преклонном возрасте

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей.

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) у пожилых находится в центре научных исследований и практикующих врачей, т.к. последствия атеросклероза коронарных сосудов являются ведущей причиной смерти в преклонном возрасте.

Диагностика заболевания, с одной стороны, облегчается высокой частотой стенозирующего коронарного атеросклероза, а с другой, затрудняется повышением частоты малосимптомных и атипичных форм стенокардии и инфаркта миокарда, трудностью оценки симптомов при ограничении физической активности, наличии нескольких коморбидных заболеваний, включая обструктивные заболевания легких, диабет, снижение познавательных способностей (деменция) и т.д.

Электрокардиограмма у пожилых характеризуется в 16% нарушениями реполяризации в виде депрессии сегмента ST и снижения амплитуды зубца T, медленным нарастанием зубца R в отведениях V1-3 (Mihalick M.U., Fisch C., 1974). Важно отметить, что нарушения реполяризации чаще ассоциируются с наличием заболевания сердца.

Нагрузочный тест является наиболее популярным для скрининга ИБС и у пациентов старше 60 лет характеризуется высокой чувствительностью (84%) при более низкой специфичности (70%), чем у лиц до 40 лет (Hlatky M.A., et al, 1984). Однако, стресс-тест может быть выполнен у пожилых далеко не всегда, ввиду сопутствующего остеоартроза, хронической обструктивной болезни легких, болезни периферических артерий, фибрилляции предсердий. С возрастом снижаются физические возможности - максимальная аэробная способность падает примерно на 10% на каждые 10 лет жизни (Buskirk E.R., Hodgson J.L., 1987; Talbot L.A., et al., 2000).

В тех случаях, когда не удается выполнить нагрузочный тест, может быть полезно холтеровское мониторирование. Метод суточного мониторинга элек-

трокардиограммы используется нечасто для диагностики ИБС в связи с высокой частотой депрессии сегмента ST неишемической природы (положение тела, симпатикотония). Однако у пожилых, в связи с высокой частотой коронарного атеросклероза, бессимптомную депрессию сегмента ST целесообразно трактовать как ишемию миокарда, тем более, что данный феномен ассоциируется с повышением риска коронарных событий и смертности в 4–6 раз (Hedblad B., et al., 1989; Aronow W.S., et al., 2002).

Кальциноз коронарных сосудов характерен для атеросклероза сосудов и может быть выявлен при обычной рентгеновской компьютерной томографии. При атипичных кардиалгиях у пациентов с низким риском оценка коронарного кальциноза с помощью специальных индексов (Agatston score) может помочь исключить обструктивную коронарную болезнь (ACCF/АНА, 2007).

Лечение хронических заболеваний представляет нередко большие сложности у пациентов пожилого и старческого возраста. У последних снижается приверженность к терапии, в том числе связанная с нарушением памяти. Кроме того, существенно возрастает риск побочных эффектов препаратов. Например, при лечении аспирином у пациентов старше 75 лет риск кровотечений возрастает в 2,7 раза (Cay S., et al., 2011). В то же время увеличивается профилактический эффект препаратов, включая дезагреганты, т.к. риск сосудистых событий у пациентов старших возрастных групп возрастает в 2,2 раза. Для профилактики абдоминальных кровотечений целесообразно снизить дозу аспирина до 75-81 мг, избегать тройной противотромботической терапии, уменьшать дозу эноксапарина при 3–5 стадиях хронической болезни почек. В случаях стентирования коронарных артерий при необходимости лечения оральными антикоагулянтами целесообразны голые стенты (ESC, 2010).

Бета-блокаторы остаются ведущими препаратами в лечении ИБС, особенно после инфаркта миокарда. Бета-блокаторы не только успешно контролируют стенокардию напряжения, но и эффективны также систолической дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности, предсердных и желудочковых аритмиях.

Препараты группы верапамила нежелательным при нарушениях сократимости миокарда, а пролонгированные дозы гораздо труднее титровать, чем бета-блокаторы. Дигидропиридиновые антагонисты кальция хорошо контролируют стабильную стенокардию, но не влияют на аритмии и течение сердечной недостаточности. Нитраты применяются реже, т.к. вызывают головную боль, ортостатическую гипотензию, негативно взаимодействуют с препаратами, улучшающими эрекцию, и, кроме того, характеризуются развитием привыкания.

У пациентов с ИБС статины применяются обязательно, независимо от уровня холестерина в крови. Прием статинов сохраняет 1 жизнь на 28 пожилых и стариков с ИБС, пролеченных препаратами в течение пяти лет, а также снижает частоту нефатальных инфарктов миокарда на 26%, а инсультов – на 25%

(Afilalo J., et al., 2008). Статины снижают смертность на четверть в течение первого года лечения после инфаркта миокарда (Gransbo K., et al., 2010).

Нередко преклонный возраст пациентов является сдерживающим фактором при выборе инвазивного лечения обструктивного коронарного атеросклероза, в то время как при инвазивном лечении 4–летняя смертность в 3 раза ниже (13% против 38%), чем при медикаментозном лечении (Bonetti P.O., et al., 2005). Дискуссии в отношении преимущества стентов с лекарственным покрытием еще не завершены, однако у пациентов после 80 лет по данным регистров RESEARCH и T-SEARCH имплантация активных стентов позволила снизить риск сосудистых событий на 50%, по сравнению с голыми металлическими стентами (Jin M.C., et al., 2010).

Таким образом, диагностика и лечение ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста в целом не отличается от ведения более молодых пациентов. Однако знание физиологических особенностей стареющего организма и своеобразия проявлений заболевания в преклонном возрасте, основанное на научных исследованиях, позволит практикующим врачам более успешно диагностировать и лечить это опасное и коварное заболевание.

Васильев Ю.Н. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте и способы их коррекции.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Когнитивные нарушения в пожилом возрасте сопровождают многие заболевания соматической, неврологической и психогенной природы. Известно, что когнитивные нарушения отмечаются у 15–20 % пожилых людей. Самая частая причина когнитивных нарушений – цереброваскулярная патология, именно поэтому одним из принципов ведения больных является коррекция факторов риска ишемических событий. Артериальная гипертензия из всех заболеваний сердечно–сосудистой системы наиболее тесно связана с когнитивными нарушениями. Известно, что зависимость артериальной гипертензии и когнитивных нарушений неоднозначна, о чем свидетельствует как повышение, так и понижение артериального давления. Тем не менее, данные литературы показывают отсутствие достоверного влияния гипотензивной терапии на риск когнитивного снижения у лиц без цереброваскулярного заболевания. Из этого следует, что необходимость коррекции артериальной гипертензии для предупреждения когнитивных нарушений не вызывает сомнений, но однозначной оптимальной терапии до настоящего времени нет. Целью нашей работы послужил поиск комплексного подхода к лечению артериальной гипертензии, не ограничивающийся гипотензивными препаратами.

Проведено скрининговое исследование 11 больных с артериальной гипертензией, имеющих различные сопутствующие заболевания сердечно–сосудистой системы. Все пациенты, наряду с общепринятой гипотензивной терапией, принимали препарат Кавинтон–форте в течение 3–х месяцев в дозировке 10 мг три раза в день. У всех больных оценивались неврологический статус,

степень артериальной гипертензии, длительность заболевания, длительность гипотензивной терапии и ее регулярность, а также когнитивные нарушения по шкале MMSE (Mini-Mental State Examination). Обследование проводилось до лечения, через две недели, и по истечении 3-х месяцев. Также оценивались переносимость приема Кавинтона–форте и его безопасность. Средний возраст больных, среди которых было 10 женщин и 1 мужчина, составил 57 лет. Из сопутствующих заболеваний у всех пациентов была диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, у 4-х она сочеталась с сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца. Степень артериальной гипертензии также различалась: у трех пациентов – 1-я, у одного – 2-я, и у большинства (7 человек) – 3-я. Длительность заболевания варьировала: меньше года – два человека, от одного до пяти лет – один, от пяти до десяти лет – трое, более десяти лет – пять. Регулярно гипотензивную терапию принимали 5 пациентов, только при повышении артериального давления – 6.

При оценке когнитивных функций средний балл по шкале MMSE составил 27,2, что свидетельствует о легких когнитивных нарушениях. Во время второго приема показатели улучшились на 0,5 балла (27,7), на третьем приеме средний балл составил 28,6. У всех пациентов не было отмечено побочных эффектов и отрицательного взаимодействия с препаратами базовой терапии. Динамика показателей не проявляла существенных различий в зависимости от пола и возраста. Наряду с этим, степень и длительность артериальной гипертензии положительно коррелировала с уровнем развития когнитивной дисфункции, что не противоречит данным литературы. Необходимо отметить, что у больных с сочетанной патологией положительный эффект, наблюдавшийся на втором приеме, не показывал динамики через 3 месяца, в отличие от пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. Это, возможно, свидетельствует о необходимости пролонгирования курсовой терапии Кавинтоном–форте.

Оценивая результаты, можно сделать вывод, что применение Кавинтона–форте в терапии у больных с артериальной гипертензией положительно влияет на когнитивные функции вне зависимости от возраста и длительности заболевания, не оказывая значимых побочных эффектов и негативного взаимодействия с гипотензивной терапией.

Власова И.А., Губин Г.И. Оздоровительные программы в пожилом возрасте: экономическая эффективность.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Иркутский областной врачебно–физкультурный диспансер «Здоровье»,
Иркутск

Увеличение доли лиц старших возрастов в обществе и связанной с этим хронической патологии сопровождаются увеличением объемов оказания медицинской помощи и усилением экономической нагрузки на население. Одними из приоритетных научных направлений в области восстановления и укрепления здоровья людей считаются коррекция сниженных резервов организма, увеличе-

ние продолжительности активной жизни человека (приказ МЗ РФ от 21.03.2003 г. №113).

Цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи, одним из путей которых является создание экономических и организационных условий предоставления данных услуг. Их реализация строится на анализе видов медицинской деятельности и расчете объемов необходимых финансовых средств. На основании вышеизложенного целью работы стало медико–экономическое обоснование целесообразности реализации оздоровительной программы дозированных физических тренировок в пожилом возрасте.

Под наблюдением находились пожилые женщины, средний возраст которых составил $64,3 \pm 0,9$ лет. Экономический анализ проводился с использованием метода «затраты – эффективность» (отраслевой стандарт ОСТ 91500.14.0001–2002). Рассчитывались общие затраты, стоимость одного дня программы и единицы эффективности, коэффициент приращения затрат, уровень соматического здоровья (Апанасенко Г.Л., 1988)

Изучение динамики объема вложенных средств в реализацию 4-х летней программы оздоровительных тренировок в режиме реальных цен (соответственно времени проведения исследования) выявило, что на втором году занятий относительно первого, затраты увеличились на 10,5%, третьем – на 24,6%, четвертом – на 37%. Одновременно с этим отмечался и рост стоимости одного дня программы при невысокой в целом ее абсолютной величины (26; 28,8; 32,5; 35,7 руб. по годам соответственно).

Анализ результативности программы показал, что, несмотря, на низкие показатели уровня соматического здоровья ($2,7 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,1$; $3,7 \pm 0,1$; $4,2 \pm 0,2$ баллов по годам соответственно), его достоверное увеличение определялось уже после года занятий и между последующими годами ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Следовательно, несмотря на увеличение календарного возраста пожилых женщин в процессе реализации оздоровительной программы, прибавлялось «количество» соматического здоровья.

Результаты расчета эффективности затрат демонстрировали другой феномен: на фоне повышения общих затрат и цены одного дня занятий наблюдалось снижение стоимости единицы эффективности на 11%. Коэффициент приращенная затрат в день и год составлял меньшую величину, чем стоимость основной единицы результативности.

Таким образом, реализация программы повышения физического здоровья людей старшего поколения принесло сохранение расходов в виде формирования дополнительных единиц эффективности (уровня соматического здоровья), что свидетельствует о ресурсосберегающем характере данной технологии и медико–экономической целесообразности ее организации при оказании медицинской помощи пожилым пациентам.

Донирова О.С., Цыденжапова М.Б., Базарова Б.С., Дониров Б.А. Частота систолической и диастолической дисфункции сердца у больных пожилого возраста с фибрилляцией предсердий (по данным эхокардиографии)

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск;
Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, Улан-Удэ;
Республиканская клиническая больница, Улан-Удэ

Цель – оценка систолической и диастолической функции сердца у больных пожилого возраста с фибрилляцией предсердий при помощи эхокардиографии.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 106 пациентов, прошедших обследование и лечение в отделении кардиологии Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн, г. Улан-Удэ. Средний возраст пациентов составил 80,5 (75–84) лет. Всем больным была выполнена эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате «Siemens Soroline G50» с использованием датчика 2,5 МГц по общепринятой методике. Измеряли конечный диастолический размер (КДР), фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), размеры левого предсердия (ЛП), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ). За критерий гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) принимали значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 110 г/м² для женщин. Критериями систолической дисфункции левого желудочка считали КДР ЛЖ $> 5,5$ см и/или ФВ $< 50\%$. Учитывали дилатацию ЛП (диаметр $\geq 4,0$ см).

Результаты. Среди 106 пациентов выявлено 38 (35,8%) больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Средний возраст больных с ФП составил 81,5 год, средний возраст больных без ФП – 79,5 лет ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали мужчины. Анализ факторов риска показал, что среди больных с ФП чаще регистрировались ожирение (39,4% против 36,7%), сахарный диабет (28,9% против 17,6%), низкий уровень липопротеидов высокой плотности (44,7% против 29,4%) и высокий уровень атерогенности (26,3% против 17,6%), однако эти различия оказались недостоверными. Кроме того, ФП чаще развивалась у лиц с перенесенным инфарктом миокарда (52,6% и 48,5% соответственно).

Сравнительный анализ систолической дисфункции ЛЖ показал некоторые различия в ее частоте в группах. Так, оценка средних значений показателей ЭхоКГ продемонстрировала, что среди лиц с ФП преобладали размеры ЛП (3,9 см против 3,6 см) и абсолютное значение ФВ было ниже (60% против 65,5%), чем среди лиц без ФП. Частота дилатации ЛП в группе лиц с ФП составила 19 (50%) случаев, частота дилатации ЛЖ – 11 (28,9%) случаев, в то время как среди пациентов без ФП дилатация ЛП имела место в 19 (27,9%) случаях, а дилатация ЛЖ – в 10 (14,7%) случаях ($p = 0,02$ и $p = 0,07$ соответственно). Гипокинез миокарда ЛЖ среди больных с ФП был зарегистрирован в 19 (50%) случаях, снижение ФВ – в 9 (23,6%) случаях. Среди пациентов без ФП гипокинез имел место в 23 (33,8%) случаях ($p = 0,1$) и снижение ФВ – в 10 (14,7%) случаях. Различия оказались недостоверными ($p = 0,24$).

Анализ диастолической функции ЛЖ показал, что абсолютное значение ИММЛЖ в группе больных с ФП было выше, чем в группе больных без ФП (158,2 г/м² против 153,1 г/м² соответственно), в то время как показатели КДР, ЗСЛЖ и МЖП были сопоставимыми. Частота гипертрофии ЛЖ в группе ФП составила 32 (84,2%) случая, в группе больных без ФП – 47 (69,1%) случаев ($p = 0,08$).

Изучение типов геометрии ЛЖ у больных в зависимости от наличия ФП показало, что в обеих группах преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ – 68,4% и 64,7% соответственно ($p = 0,21$).

Выводы:

1. Частота ФП среди лиц пожилого возраста в нашем исследовании составила 35,8%.
2. На фоне ФП у лиц пожилого возраста чаще развивались нарушения систолической и диастолической функции сердца.

Клевцова О.В., Краснова Ю.Н., Петухова Е.А. Вентиляционные нарушения у пожилых больных с острым коронарным синдромом

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Городская больница №5; Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск–пассажирский, Иркутск

Цель: изучить вентиляционную функцию у больных с острым коронарным синдромом в возрастных группах до 65 и старше 65 лет.

Материалы и методы: обследованы 98 больных ОКС (47 мужчин и 51 женщина), госпитализированных в кардиологические отделения ГКБ №10 г. Иркутска и ДКБ на ст. Иркутск–пассажирский в течение 7 месяцев. Из них 59 человек (30 мужчин и 29 женщины) (60,2%) больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и 39 человек (17 мужчин и 22 женщины) (39,8%) с прогрессирующей стенокардией. Пациенты были разделены на 2 группы: до 65 лет (46 человек – 26 мужчин, 20 женщин) и старше 65 лет (52 человека – 21 мужчина, 31 женщина). В группе больных ОКС до 65 лет средний возраст составил 56(51;59) лет, старше 65 лет – 70,5(69;76,5) лет ($p > 0,05$). Всем пациентам была проведена спирометрия на спирографе SCHILLER SPIROVIT SP-1, Швейцария и оценены (FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, FEF25%, FEF50%, FEF25–75%).

Результаты: в группе больных ОКС до 65 лет зарегистрирована FVC – 91(78;105)% от должного, старше 65 лет – 90,5 (78; 115,5)% ($p < 0,005$), FEV₁ у больных до 65 лет – 82 (67,1; 80,1)% от должного, старше 65 лет – 81 (68,5;102,5)% ($p < 0,005$). FEV₁/FVC у больных до 65 лет – 76,4 (70,4; 81,8)%, старше 65 лет – 73,6 (65,9; 79,2)% ($p < 0,005$). FEF25% в группе до 65 лет – 74,5 (46;88)% от должного, старше 65 лет 56 (40;68)% ($p < 0,005$). FEF50% у больных до 65 лет 64,5 (44;86)% от должного, старше 65 лет 52,5 (32;77,5)% ($p < 0,005$). FEF25–75% у больных до 65 лет 60 (43;87)% от должного, старше 65 лет 56,5 (34,5;77,5)% ($p < 0,005$). Снижение FEV₁/FVC% менее 70% имели 21,7% больных до 65 лет и 38,4% старше 65 лет ($p < 0,005$). FVC менее 80% от должного выяв-

лена у 28,1% больных ОКС до 65 лет и 30,7% больных ОКС старше 65 лет ($p < 0,005$). FEV_1 менее 80% от должного диагностирован у 43,4% больных ОКС до 65 лет и 44,2% старше 65 лет ($p < 0,005$).

Выводы: у больных с ОКС в возрастной группе старше 65 лет достоверно чаще выявляются как рестриктивные, так и обструктивные нарушения функции внешнего дыхания по сравнению с пациентами в группе до 65 лет.

Краснова Ю.Н., Петухова Е.А. Вклад холтеровского мониторирования ЭКГ в диагностику ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск–пассажирский, Иркутск.

Цель исследования. Изучить частоту сочетания ХОБЛ и ИБС и вклад суточного холтеровского мониторирования ЭКГ в диагностику ИБС у пациентов ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование включено 120 больных ХОБЛ, средний возраст– 63 (53;71) года, мужчины составили 79,8 %, женщины– 20,2%. 2,5% пациентов имели легкое течение ХОБЛ, 51,2 %– среднетяжелое течение, 31,9%– тяжелое и 13,4%–крайнетяжелое. В 83,1% случаев они имели анамнез курения и высокий показатель пачко/лет– 40 (25;50). Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее: детальный сбор анамнеза, электрокардиография (электрокардиограф, Shiller, Япония), эхокардиография (ультразвуковой сканер АЛОКА 5500, Япония), 24–часовое холтеровское мониторирование ЭКГ (система холтеровского мониторирования ЭКГ «Астрокард», Москва), исследование функции внешнего дыхания (спирометрия).

Результаты. У 62,5 % больных ХОБЛ выявлена сопутствующая ИБС. У 6,6% больных ИБС выявлена стенокардия напряжения I функционального класса (ФК), у 42,6% – II ФК, 12%–III ФК, 30,6% пациентов имели ПИКС (у 21,3%– в сочетании со стенокардией). У 29,3% больных с сопутствующей ИБС диагностирована «немая» ишемия миокарда. У 33,3 % больных ИБС по данным холтеровского мониторирования ЭКГ зарегистрирована мерцательная аритмия, в виде пароксизмальной или персистирующей формы. По данным жалоб и анамнеза у 73,7% был поставлен диагноз ИБС, подтвержденный далее при холтеровском мониторировании ЭКГ, эхокардиографии. У 26,3% пациентов при отсутствии жалоб, анамнеза ИБС, диагноз был установлен на основании данных холтеровского мониторирования ЭКГ. Среди пациентов с сопутствующей ИБС у 51,3 % пациентов была выявлена III и IV стадии ХОБЛ, тогда как частота встречаемости этих стадий среди больных без ИБС составляла 37,2%. Количество обострений ХОБЛ в год достоверно выше среди больных с диагностированной ИБС– 2(2;2), по сравнению с пациентами без ИБС– 1(1;2) $p < 0,001$.

Заключение. Среди лиц пожилого и старческого возраста выявлено высокое сочетание ХОБЛ с ИБС. Диагностика ИБС, основанная на жалобах и анамнезе позволяет установить диагноз в 73,7% случаев. Холтеровское мониторирование

ЭКГ у пациентов ХОБЛ позволяет на 26,3% повысить вероятность диагностики ИБС и должно быть включено в алгоритм обследования пациента ХОБЛ пожилого и старческого возраста.

Краснова Ю.Н. Уроки исследования UPLIFT в практике лечения пожилого больного хронической обструктивной болезнью легких

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

В 2008 году на очередном конгрессе Европейского Респираторного Общества были доложены результаты крупнейшего исследования UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium). Четырехлетнее мультицентрированное (в 470 клинических центрах), международное (37 стран), рандомизированное, двойное–слепое, плацебо–контролируемое исследование в параллельных группах началось в декабре 2002 года. Исследование включало в себя 5 993 мужчин и женщин, больных ХОБЛ. Пациенты были рандомизированы в отношении 1:1 для получения тиотропия бромидом 18 мкг или плацебо один раз в сутки. В обеих группах пациентам в качестве сопутствующей терапии разрешалось получать любые препараты для лечения обструктивных болезней легких, кроме ингаляционных антихолинергических средств.

Исследование UPLIFT продемонстрировало, что тиотропий значительно увеличивает время до наступления первого обострения ХОБЛ, – в среднем на 4,1 месяца ($p < 0,001$), уменьшает количество обострений в расчете на пациента в год (14%; $p < 0,001$). Кроме того, тиотропий уменьшает риск обострений, ведущих к госпитализации (риск возникновения 0,86; $p < 0,001$) по отношению к контрольной группе. Тиотропий также обеспечил статистически значимое улучшение качества жизни, связанное со здоровьем, измеренное с помощью Вопросника Госпиталя Св. Георгия (SGRQ, $p < 0,001$). Улучшение показателей качества жизни по сравнению с началом исследования наблюдалось в группе тиотропия на протяжении всех четырех лет с момента начала исследования.

В процессе лечения в группе тиотропия отмечалось статистически значимое 16% уменьшение риска смертности ($p = 0.016$). Эффект влияния на выживаемость сохранялся в течение всех 4 лет клинического исследования, даже после того, как в анализ были включены случаи смерти, возникшие после раннего прекращения лечения ($p = 0.034$). Риск летальности оценивался еще и в течение 30 дней, следующих после окончания периода исследования, при этом оказалось, что риск смерти за период 4 года + 30 дней снизился на 11%, хотя этот показатель уже не достиг статистической достоверности ($p = 0.086$).

Учитывая, что ХОБЛ чаще встречается у лиц старшей возрастной группы и частота сочетания ХОБЛ с кардиальной патологией возрастает с возрастом, то значимыми результатами данного исследования являются данные о безопасности тиотропия. Важно, что применение тиотропия уменьшало процент серьезных нежелательных явлений со стороны дыхательной ($p < 0.05$) и сердечно–сосудистой ($p < 0.05$) систем, что вновь подтвердило его благоприятный профиль безопасности. При терапии тиотропиумом реже отмечались такие сердеч-

ные заболевания как инфаркт миокарда (ОР – 0,71; 95% ДИ 0,52–0,99; $p < 0,05$) и застойная сердечная недостаточность (ОР 0,59; 95% ДИ 0,37–0,96; $p < 0,05$).

Это исследование также демонстрирует значительные преимущества тиотропия в лечении пациентов ХОБЛ средней степени тяжести. В исследовании UPLIFT® 46% больных имели вторую стадию ХОБЛ. Это одна из самых больших групп пациентов ХОБЛ второй стадии, которую когда-либо изучали на протяжении 4 лет.

Холинолитики, в частности тиотропий, имеют ряд преимуществ перед другими классами бронхолитиков в лечении больных ХОБЛ. Наиболее значимыми аргументами для этого являются следующие:

Эффективность холинолитиков в лечении ХОБЛ показана как в крупных рандомизированных многоцентровых плацебо–контролируемых исследованиях, так и на практике.

Обратимый компонент бронхиальной обструкции при ХОБЛ контролируется парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы, а чувствительность мускариновых рецепторов сохраняется до самого преклонного возраста.

Основное количество пациентов ХОБЛ находятся в возрасте старше 40 лет, когда увеличивается частота встречаемости сердечно–сосудистой патологии. С позиции кардиальной безопасности холинолитики имеют неопровержимые доказательства их преимущества перед другими классами бронхолитиков.

Преимущества препаратов зависят и от их способности влиять на снижение смертности. Проведенное исследование TORCH не доказало статистически достоверного позитивного влияния представителя пролонгированных β_2 –агонистов (сальметерола) на смертность у больных ХОБЛ. С другой стороны, теофиллины повышают риск сердечно–сосудистой смертности в 3 раза.

Подтверждением безопасности тиотропия являются данные мета–анализа (2008 г.) 30 рандомизированных двойных слепых плацебо–контролируемых исследований с включением 19545 пациентов с ХОБЛ (тиотропий 10846, плацебо 8699) показали отсутствие увеличения риска смерти вообще, или смерти вследствие сердечно–сосудистых осложнений у пациентов, получающих лечение тиотропием.

- Не увеличивался риск общей смертности (соотношение риска для всех причин смертности 0.88, CI=95% 0.77, 0.999)
- Не возрастал риск смертности вследствие кардиальных симптомов (соотношение риска =0.77, CI=95% 0.55, 1.03) и сосудистых осложнений (соотношение риска = 0.44, CI=95% 0.19, 1.02)
- Не возрастал риск инсульта (соотношение риска = 1.03 CI= 95%, 0.79, 1.35)
- Не возросли показатели риска возникновения инфаркта миокарда, (соотношение риска = 0.78 CI= 95%, 1.02), связанные с применением тиотропия

Таким образом, вышеуказанное и результаты исследования UPLIFT продемонстрировали важность использования данного препарата в лечении больных ХОБЛ, особенно пожилого возраста при наличии сопутствующей патологии.

Краснова Ю.Н. Особенности диагностики бронхиальной астмы у пожилых лиц

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

В клинической практике при диагностике бронхиальной астмы (БА) у пожилого пациента врачу приходится сталкиваться с тремя ситуациями. Первая, когда бронхиальная астма возникает у пожилого человека впервые (так называемая поздно возникшая бронхиальная астма). Вторая ситуация, когда пациент длительно страдает этим заболеванием, но ранее диагноз не выставился или было ошибочно диагностировано другое заболевание, имеющее сходные клинические симптомы. Третья ситуация, когда пациент пожилого возраста уже длительно наблюдается с диагнозом БА, но в данный момент времени контроля за заболеванием не достигнуто или возникло осложнение БА, или последствия ее терапии. Верификация диагноза БА у пожилого человека является довольно сложной диагностической задачей и требует от врача не только хороших знаний о симптомах БА, но и системного подхода с глубокой дифференцировкой особенностей течения заболевания. Это связано с относительной редкостью начала заболевания в пожилом возрасте, стертой клинической проявлений, наличием сопутствующих заболеваний, которые сопровождаются схожими клиническими симптомами, например одышка и кашель. При диагностике БА у пожилого человека наибольшее значение имеют жалобы и анамнез. Особое внимание следует уделить вопросу о сопутствующей терапии и эффекте от лекарственных препаратов. В частности, принимал ли ранее пациент неселективные или низко селективные бета–блокаторы и как он при этом себя чувствовал. Чем купируется одышка: нитратами или бронхолитиками. Уменьшается ли одышка при переходе тела из горизонтального положения в вертикальное.

Чаще всего у пожилых лиц БА имеет неаллергический генез, поэтому отсутствие атопической конституции у пациента не является важным дифференциально–диагностическим критерием БА и результаты кожного тестирования не имеют большой диагностической значимости

При проведении спирометрии и пикфлоуметрии следует помнить, что выявленное нарушение бронхиальной проходимости не всегда связано с БА, а может быть обусловлено гемодинамическими изменениями, например при левожелудочковой недостаточности, сдавлением бронха опухолевыми массами и т.д.

В связи с трудностью выполнения дыхательных маневров при спирометрии и пикфлоуметрии, сложно объективное подтверждение проходящей бронхообструкции у пожилых. В этих случаях целесообразно оценить эффективность короткого курса бронхолитиков и глюкокортикостероидов. Вследствие высокого риска осложнений у пожилых больных следует избегать проведения провокационных медикаментозных проб.

При проведении дифференциальной диагностики БА у лиц пожилого возраста с другими заболеваниями, прежде всего следует исключить:

1. ХОБЛ (чаще возникает у курильщиков с показателем пачко/лет более 10, имеет медленно прогрессирующий характер, редки ночные симптомы, в процессе лечения не дает значимого прироста показателей бронхиальной проходимости, выражена легочная гиперинфляция). Хотя у пожилых людей грань между БА и ХОБЛ нередко стирается.

2. ИБС с признаками левожелудочковой сердечной недостаточности. При типичном течении ИБС со стенокардией тщательно собранный анамнез, электрокардиография и эхокардиография позволяет диагностировать ИБС в 75% случаев. С другой стороны, существуют объективные ограничения использования нагрузочных проб у пожилых пациентов, в частности велоэргометрии. Довольно часто у пожилых пациентов наблюдается сочетание ИБС с БА. Вместе с тем, ИБС у больных с БА чаще, чем в общей популяции, протекает атипично в виде безболевых форм. Одним из факторов, способствующих атипичному течению ИБС у больных с БА является гипоксемия, меняющая порог болевой чувствительности.

3. Стеноз верхних дыхательных путей (характерно стридорозное дыхание, увеличение аэродинамического сопротивления в фазу вдоха, отсутствие клинических и инструментальных признаков истинной бронхиальной обструкции, специфические для внегрудной обструкции изменения петли поток–объем).

4. Трахеобронхиальная дискинезия (кашель и удушье чаще возникают при смехе, громкой речи, несоответствие жалоб и физических данных, отсутствие эффекта пробной терапии бронхоспазмолитиками и ГКС, патологическая подвижность мембранозной стенки трахеи при трахеоскопии)

5. ГЭРБ (появление или усиление респираторных симптомов в горизонтальном положении и при наклонах, наличие изжоги, показано проведение суточной рН–метрии и манометрии пищевода параллельно с мониторингом бронхиальной проходимости методом пикфлоуметрии)

6. Ятрогенный бронхообструктивный синдром (отменить препараты, способствующие индукции бронхообструкции и респираторных симптомов).

7. ТЭЛА (наличие тромбоза глубоких вен нижних конечностей, признаки легочного сердца, дефекты перфузии легочной ткани)

Следует помнить, что чаще всего БА у пожилого человека является не единственным заболеванием и сопутствующие заболевания могут утяжелять состояние больного и ограничивать возможность назначения лекарственных препаратов. Так например, у больного БА неконтролируемого течения с перенесенным ранее инфарктом миокарда возникают ограничения к назначению бета–блокаторов, которые с одной стороны показаны такому пациенту для снижения риска возникновения повторного инфаркта миокарда и улучшения прогноза жизни, но с другой стороны могут значимо усугубить течение БА. Аналогичные проблемы возникают и при назначении бета–агонистов таким пациентам, так как с одной стороны они показаны больному для улучшения

бронхиальной проходимости, а с другой стороны могут спровоцировать негативные кардиальные эффекты.

Таким образом, при диагностике БА у пожилых пациентов у врача возникает больше вопросов, чем ответов на них. Следовательно, от специалиста требуются не только знания по пульмонологии, но и кардиологии, гастроэнтерологии, клинической фармакологии, т.к. верификация диагноза позволяет оптимизировать терапию больного, направленную на улучшение прогноза жизни пациента, исключая при этом полипрагмазию.

Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Холмогорова Г.Н., Потапов Б.И.

Клиническая характеристика ВИЧ-инфекция

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Клиническая картина ВИЧ-инфекции хорошо изучена. Инкубационный период от момента заражения до появления первых клинических симптомов продолжается от двух недель до двенадцати месяцев. В этот период клинические симптомы отсутствуют, антитела к ВИЧ-инфекции не определяются. У ¼ больных манифестация заболевания возможна через 2 недели от момента заражения.

Цель исследования: охарактеризовать клиническое течение ВИЧ-инфекции в зависимости от стадии процесса.

Материалы и методы. Международная классификация ВИЧ-инфекции предусматривает взаимосвязь клинических и иммунологических параметров была разработана Центром по контролю за заболеваемостью (CDC) в США в 1992 г. В России общепринято с 1989 г. пользоваться классификацией В.И. Покровского, однако в 2001 г. классификация была изменена, это связано с введением в практику высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), позволяющей получить длительную ремиссию. Согласно классификации Покровского В.И. (2001 г.) стадия первичных проявлений начинается с сероконверсии, у нее полиморфная картина, которая должна быть известна любому практикующему врачу, чтобы своевременно заподозрить, при наличии эпиданамнеза, ВИЧ-инфекцию. Вирус проникает в клетку и начинается связывание вируса с CD4 рецептором и хемокиновыми рецепторами. Процесс взаимодействия вируса с организмом человека приводит к постепенному снижению уровня CD4 лимфоцитов со скоростью 50 клеток в мм в год. На ранних стадиях заболевания выявление больных происходит при случайном обследовании. Возможно развитие острой ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний, однако больные за медицинской помощью обращаются редко, не более 35%, заболевание до клинической манифестации часто остается не распознанным. На практике часто диагноз острой ВИЧ-инфекции ставится ретроспективно, спустя несколько месяцев или лет при дальнейшем прогрессировании процесса и выявлении антител. На фоне нарушенного иммунитета развиваются вторичные заболевания бактериального, вирусного генеза, грибковые и протозойные инфекции и опухоли.

Микозы являются важнейшим вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции 89% больных предъявляют характерные жалобы обращаясь за медицинской помощью. Из вирусных заболеваний наиболее частым признаком поражения ВИЧ (в 94%) являются герпес простой и герпес опоясывающий. Естественно, герпес простой и герпес опоясывающий в подавляющем большинстве случаев возникает не у больных ВИЧ-инфекцией, хотя и на фоне иммунодефицита. Дальнейшая несостоятельность иммунной системы приводит к развитию тяжелых оппортунистических заболеваний, вызванных условно-патогенной флорой (62%), злокачественных новообразований (34%). Увеличение числа инъекционных наркопотребителей ведет к увеличению пациентов с микст-инфекцией ВИЧ-инфекция + вирусный гепатит В и вирусный гепатит С. Проблема наркомании и ВИЧ-инфекции занимает особое место в Иркутской области. Это и увеличение ВИЧ-инфицированных женщин, инъекционных наркопотребительниц, инфицированных туберкулезом и парентеральными вирусными гепатитами.

Результаты и обсуждение. Данная проблема требует особых знаний как для инфекционистов, так и для врачей наркологов, акушеров-гинекологов, семейных врачей. Ведущая и координирующая роль в реализации данного проекта лежит на кафедрах инфекционных болезней последипломного обучения. Основная цель, которых подготовка специалистов обладающих знаниями и навыками в этой области и готовых к работе по раннему выявлению, лечению и профилактике пациентов.

Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Холмогорова Г.Н., Потапов Б.И.
Об эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Иркутской области

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

История пандемии ВИЧ-инфекции официально началась в 1981 г. с 1985 г. единичные случаи заболевания стали регистрироваться в нашей стране, в Иркутской области первый случай ВИЧ-инфекции был зарегистрирован в 1994 г. и до 1998 года число инфицированных ВИЧ составляло 34 человека у всех пациентов отмечен половой путь заражения. С 1995 года в Российской Федерации и в 1999 г. в Иркутской области начался эпидемический подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди инъекционных потребителей психоактивных веществ. В настоящее время Иркутская область является крупнейшим очагом ВИЧ-инфекции в Сибирском Федеральном округе и Российской Федерации.

Цель исследования: охарактеризовать современную эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Иркутской области.

Материалы и методы. С начала слежения за динамикой развития эпидемического процесса (1994 год) на 01.01.2010 г. учтено 29359 жителей Иркутской области. Показатель распространенности среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, жителей Иркутской области составляет 1171,7 на 100 тыс. населения, что больше 1 % населения области.

Несмотря на рост числа вновь выявленных инфицированных ВИЧ, распределение ведущих факторов риска заражения изменился, так в начале эпидемии в Иркутской области в 1999 г., в 94,8% инфицирование ВИЧ связано с инъекционным употреблением наркотиков. В 2009 г. в Иркутской области в 38,3 % связано с употреблением наркотиков, из них более в том и другом случаях 70% это лица моложе 30 лет. В общей структуре ВИЧ-инфицированных в Иркутской области как в 1999 г., так и в 2009 г. преобладают мужчины. В 1999 г. - 81,4%, а в 2009 г. - 54,0%. В 1999 г. как среди женщин, так и среди мужчин наркотический путь заражения в среднем он составил 94,8%, тогда как в 2009 г. среди мужчин продолжает доминировать наркотический путь инфицирования 77,5%, а среди женщин в 2009 г. чаще встречается половой путь передачи он составляет 65,2 %. Преимущественное положение среди инфицированных ВИЧ в 2009 году характеризуется ростом заболеваемости среди более старших возрастных групп населения области 30-34 года на 21,4 %, 40-44 года на 44,3 %, 45-49 лет на 28,3 %, в связи с активацией полового пути передачи ВИЧ.

Всего за весь период с момента регистрации ВИЧ-инфекции в Иркутской области родилось 4307 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2009 г. 733 ребенка. За весь период наблюдения 366 детям из перинатального контакта выставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Процент пораженности составил - 8,5 %.

Результаты и обсуждение. Полученные данные показывают, что в связи с ростом наркопотребителей, эпидемия ВИЧ-инфекции в Иркутской области, начавшаяся в 1999 г., привела к взрывообразному подъему заболеваемости и к 2000 г. вошла в группу лидирующих инфекций в Иркутской области, а с 2007 г. Иркутская область, стала лидером в Сибирском Федеральном округе и вошла в число лидеров в Российской Федерации по пораженности ВИЧ.

Употребление ряда распространенных в молодежной среде наркотиков стимулирует половую активность и снимает моральные и этические ограничения. Высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции связаны с основополагающими инстинктами человека, а также вовлечение в пандемию людей независимо от пола и возраста, местонахождения и обеспеченности.

В Иркутской области в 1999 году произошло вытеснение суррогатных опиатов героином, который приводит к более быстрому формированию наркотической зависимости, а введение наркотиков приготовленных в домашних условиях, многократное использование шприцов и игл, способствовало быстрому распространению инфекции. В области продолжается ежегодная тенденция увеличения числа впервые выявленных случаев инфицирования ВИЧ.

Ленок Г.В., Кушеверская М.Ю., Потапов Б.И., Холмогорова Г.Н.
Противовирусная терапия хронического вирусного гепатита С

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Оценить реальную распространенность вирусного гепатита С не позволяет особенности течения заболевания. Хронический гепатит С характеризуется длительным скрытым, малосимптомным течением, что значительно затрудняет его распознавание. Клиническая манифестация инфекции часто происходит в цирротической стадии, при появлении симптомов портальной гипертензии и печеночной недостаточности, причем неуклонное прогрессирование патологического процесса создает угрозу жизни больных. Кроме того, формируется другая проблема: широкое распространение этой инфекции приводит к частому ее сочетанию с различными заболеваниями, что требует уточнения взаимного влияния патологических состояний, так называемой коморбидности. Цель исследования: охарактеризовать противовирусную терапию гепатита С и ее эффективность.

Материалы и методы. В исследование были включены 45 ранее не леченных больных с хроническим вирусным гепатитом С с репликативным типом течения заболевания, генотип 1b и нарушением функции печени. Пациентам были проведены все необходимые для назначения лечения обследования. Критериями исключения были: потребители психоактивных веществ. А также противопоказания для назначения лечения противовирусными препаратами больным с хроническими вирусными гепатитами (декомпенсированный порок сердца, декомпенсированный цирроз печени и т.п.). С пациентами проводилась беседа о необходимости двойной контрацепции, а женщинам проводилось обследование, тест на беременность.

Пациенты с хроническим вирусным гепатитом С были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали короткоживущие интерфероны реалдидерон по 3 млн. три раза в неделю и ребетол в зависимости от веса пациента ежедневно. Пациенты второй группы получали пегилированные интерфероны пегинтрон один раз в неделю в зависимости от веса пациента и ребетол также, в зависимости от веса пациента, ежедневно. Во время лечения пациентов обследовали каждые 10 дней первый месяц, а затем один раз в месяц. Ранний вирусологический ответ отслеживался через 12 недель от начала терапии методом ПЦР (качественная и количественная характеристика). Коррекция метаболических нарушений проводилась гепа-мерцем, рибофлавином, гептралом.

Результаты и обсуждение. У пациентов и первой и второй группы был получен ранний вирусологический ответ через 12 недель (вирусная РНК не определялась на ПЦР). Биохимические показатели нормализовались к у 76% пациентов к десятому дню терапии, у остальных пациентов к двадцатому дню. Лечение интерфероном сопровождалось побочными эффектами, большинство из которых были устранены в период лечения, или сразу после окончания терапии. Побочные эффекты от применения интерферонов выражались у 82% па-

циентов в первые 10 дней терапии после инъекции интерферонов отмечался гриппоподобный синдром, миалгии, артралгии, ухудшение аппетита. В дальнейшем у 67% пациентов был выражен астенический синдром, повышенная утомляемость особенно во второй половине дня, ухудшался аппетит, 21% пациентов отмечали повышенную раздражительность и даже злость, у всех пациентов отмечалось снижение веса от 7 до 16 кг за весь период лечения. Нежелательных явлений от приема препаратов (тромбоцитопения и др.) не было ни у одного из пациентов. Для сохранения качества жизни пациентов и их работоспособности, коррекция метаболических нарушений проводилась терапия гепа-мерцем в течении 12 недель, рибофлавином 4 недели, гептралом не менее 12 недель.

Основная цель терапии хронического вирусного гепатита С - эрадикация вируса и подавление вызванного им воспалительного процесса была достигнута, что предотвращает прогрессирование болезни до конечных стадий (цирроз печени и его осложнения, а также развитие внепеченочных поражений характерных для вирусного гепатита С). Поздний вирусологический ответ получен у всех пациентов.

Машанская А.В., Абрамович С.Г. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке микроциркуляции у здоровых людей и больных артериальной гипертонией

Клиника Учреждения РАМН НЦ ПЗС и РЧ ВСНЦ СО РАМН;
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Клинический курорт Ангара, Иркутск

В настоящее время в клинической практике широко используется новый неинвазивный метод исследования микроциркуляции (МЦ) – лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), позволяющая не только оценить общий уровень периферической перфузии, но и выявить механизмы модуляции микрогемодинамики.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей амплитудно-частотного спектра микрогемодинамики здоровых людей и больных артериальной гипертонией (АГ) методом ЛДФ.

Всего обследовано 60 человек, которых мы разделили на 2 группы. Первая (основная) группа была представлена 32 больными эссенциальной АГ 2–ой стадии и 2–ой степени (18 женщин и 14 мужчин) с высоким риском развития осложнений в возрасте от 23 до 69 лет, средний возраст $55,7 \pm 2,9$ года. Длительность заболевания колебалась от 4 до 22 лет. Во вторую группу (сравнения) были включены 28 здоровых людей в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $51,2 \pm 3,3$ года). Для изучения МЦ использовался метод ЛДФ, основанный на оптическом зондировании тканей монохроматическим излучением и анализе частотного спектра сигнала, отражённого от движущихся эритроцитов. ЛДФ осуществляли лазерным анализатором капиллярного кровотока «ЛАКК-02».

Оценивали следующие показатели МЦ:

М (перф. ед.) – величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации или среднеарифметическое значение показателя МЦ;

СКО (уровень флакса, перф. ед.) – средние колебания перфузии относительно среднего значения потока крови М, характеризующие временную изменчивость перфузии; данный показатель отражает среднюю модуляцию кровотока во всех частотных диапазонах;

Кв (%) – коэффициент вариации, который характеризует соотношение между изменчивостью перфузии (флаксом) и средней перфузией (М) в зондируемом участке тканей.

С помощью расчётных параметров М, СКО и Кв можно интегрально оценить состояние МЦ. Более детальный анализ функционирования конечного кровотока должен осуществляться исследованием структуры ритмов колебаний перфузии крови. Анализ амплитудно–частотного спектра (АЧС) колебаний кожного кровотока производился на основе использования математического аппарата Фурье–преобразования и специальной компьютерной программы цифровой фильтрации регистрируемого ЛДФ–сигнала. Изучались следующие показатели амплитудно–частотного спектра: очень низкочастотные (эндотелиальные, VLF), низкочастотные (вазомоторные, LF), высокочастотные (дыхательные, HF1 и HF2) и пульсовые (кардиальные, CF1 и CF2) колебания кожного кровотока. Необходимо отметить, что низкочастотные колебания включают в свой частотный диапазон как нейрогенные колебания (0,02–0,05 Гц), обусловленные низкочастотным симпатическим адренергическим влиянием на гладкую мускулатуру артериол и артериолярных участков артерио–венулярных анастомозов, так и миогенные колебания (0,06–0,2 Гц), контролируемые мышечный тонус волокон прекапилляров. Также рассчитывался индекс эффективности МЦ (ИЭМ) – интегральный показатель, характеризующий соотношение механизмов активной и пассивной модуляции кровотока.

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

Как показали результаты проведённого исследования у здоровых людей и больных АГ, показатели перфузии М, СКО и Кв не имели статистически значимых отличий. Наиболее полное представление о функционировании механизмов контроля МЦ русла даёт анализ ритмических составляющих АЧС ЛДФ–граммы. Ритмическая структура флаксмоций, выявляемая с помощью амплитудно–частотного анализа, есть результат суперпозиции различных эндотелиальных, вазомоторных, дыхательных, сердечных и других косвенных влияний на состояние МЦ. Результаты исследований показали достоверное снижение амплитуды эндотелиальных (VLF) колебаний в среднем на 41,2 % ($p < 0,05$) относительно значений амплитуд VLF у испытуемых группы сравнения. Известно, что колебания с частотой около 0,01 Гц обусловлены функционированием эндотелия (выбросом основного вазодилатора NO). Снижение амплитуды

ды колебаний VLF у больных АГ свидетельствует о морфо–функциональной структурной перестройке микрососудов, дисфункциональных нарушениях, сопровождающихся нарушением эндотелий–зависимой вазодилатации.

Наряду со снижением амплитуды VLF у больных АГ наблюдалось достоверное снижение амплитуд вазомоторных (LF) колебаний в среднем на 35,7 % ($p < 0,02$) по сравнению со значениями этого показателя у испытуемых группы сравнения. Снижение амплитуды LF у больных АГ свидетельствует о повышении периферического сопротивления сосудов (вазоконстрикции) и, следовательно, об уменьшении нутритивного кровотока. LF–колебания отображают функциональную активность миоцитов в области прекапиллярного звена МЦ русла и выраженность влияний со стороны адренергических волокон симпатической нервной системы на гладкомышечные клетки микрососудистого русла.

Как показали наши исследования, у больных АГ на фоне снижения функционирования активных механизмов контроля перфузии происходило повышение пассивных, создающих продольные колебания кровотока, выражающиеся в изменении объёма крови в сосуде. Особенно это коснулось амплитуды пульсовой волны (CF). Показатели CF1 и CF2 оказались выше аналогичных показателей здоровых людей более, чем на 60,0 %. Амплитуда пульсовой волны, принимающей в МЦ русло со стороны артерий, является параметром, который изменяется в зависимости от состояния тонуса резистивных сосудов. Увеличение амплитуды пульсовой волны означает увеличение притока крови в МЦ русло. Подобные изменения наблюдаются у пожилых пациентов вследствие снижения эластичности сосудистой стенки, а также у пациентов с АГ.

Было доказано, что у представителей сравниваемых групп отсутствовали статистически значимые различия амплитуды дыхательной волны, которая обусловлена распространением в микрососуды со стороны путей оттока крови волн перепадов давления в венозной части кровеносного русла и преимущественно связана с дыхательными экскурсиями грудной клетки. Местом локализации дыхательных волн в системе МЦ являются посткапиллярные и магистральные ёмкостные микрососуды (венулы). Чаще всего увеличение амплитуды дыхательной волны указывает на снижение МЦ давления. Ухудшение оттока крови из МЦ русла может сопровождаться увеличением объёма крови в венулярном звене, что приводит к росту амплитуды дыхательной волны в ЛДФ–грамме. В нашем исследовании у большинства испытуемых (независимо от групповой принадлежности) не было обнаружено значительных размахов амплитуды дыхательной волны, что свидетельствует об отсутствии выраженных застойных явлениях в МЦ русле. Таким образом, у больных АГ выявлено значительное перераспределение характеристик АЧС в виде снижения активных механизмов регуляции кровотока и повышения в сторону пассивных. Такие изменения обусловили существенное снижение ИЭМ на 77,6 % у больных АГ ($p < 0,02$) по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Метод лазерной доплеровской флоуметрии является неинвазивным, высокоинформативным методом функциональной диагностики состояния микро-

циркуляции. У здоровых людей наблюдается сбалансированность механизмов регуляции микрокровотока с преобладанием активных модуляторов. Для АГ характерно угнетение механизмов саморегуляции микрокровотока: нарушается функциональное состояние эндотелия, снижается вазомоторная активность микрососудов с повышением тонуса резистивного звена МЦ русла на фоне активизации пассивных механизмов модуляции кровотока.

Петрунько И.Л., Никитич М.В., Давыдова О.В. Потребность в технических средствах реабилитации инвалидов с остеоартрозом пенсионного возраста

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск

Цель исследования: изучение возрастной структуры потребности инвалидов вследствие остеоартроза в технических средствах реабилитации (ТСР).

Единицей наблюдения был инвалид, проживающий в Свердловском районе г. Иркутска и проходивший освидетельствование или переосвидетельствование в филиале №12 Главного бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области в 2006-2008 г.г.

Каждому освидетельствованному и переосвидетельствованному инвалиду разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации (ИПР), в которую включались все необходимые реабилитационные мероприятия, в т.ч. обеспечение ТСР с освобождением от платы согласно Перечню, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-Р.

Характеристика инвалидов с остеоартрозом, которым была разработана ИПР. Лиц пенсионного возраста было 572 человека, из них первично признанных инвалидами - 248, повторно, в т.ч. с целью разработки ИПР, освидетельствовано 324 человека. Граждан трудоспособного возраста (от 18 до 54 лет женщины и до 59 лет мужчин) оказалось 270 человек (первично освидетельствованы 74, повторно - 196). Среди первично и повторно признанных инвалидами все годы лица пенсионного возраста составляли большинство. Лиц молодого возраста (до 44 лет) было меньше, чем лиц среднего возраста.

Среди лиц пенсионного возраста в 4,7 раза было больше женщин (472 человека). Среди инвалидов более молодого возраста не было такого преобладания женщин (145 против 125 мужчин).

Потребность в ТСР рассчитывалась на 100 инвалидов, отдельно для инвалидов пенсионного и трудоспособного возрастов, достоверность различий устанавливалась по критерию хи-квадрат в программе BIostat.

Оказалось, что потребность в тростях у лиц пенсионного возраста с остеоартрозом составила 64,9, у лиц трудоспособного возраста - 48,5 на 100 инвалидов (хи-квадрат 5,075, $p=0,02$).

Потребность в костылях в указанных возрастных группах достоверно не отличалась и составила для лиц пенсионного возраста 18,4, для трудоспособного возраста - 24,8 (хи-квадрат 2,75, $p=0,097$).

В эндопротезировании суставов нуждались 27,4% больных-инвалидов пенсионного возраста и 48,5% трудоспособного возраста (хи-квадрат 20,46, $p=0,0$). Меньшая нуждаемость лиц пенсионного возраста в эндопротезировании связана с наличием противопоказаний и/или отказом больных.

Потребность в обеспечении ортезами достоверно не отличалась у лиц пенсионного (9,6%) и трудоспособного (7,8%) возрастов (хи-квадрат 0,445, $p=0,51$). Равной была также потребность в ортопедической обуви (5,2%) (хи-квадрат 0,017, $p=0,89$), креслах-колясках (около 4,0%), ходунках (около 1,5%), санитарном кресле-стуле (менее 1%).

В поручнях потребность оказалась больше у лиц трудоспособного возраста (11,5%) по сравнению с лицами пенсионного возраста 4,2% (хи-квадрат 12,6, $p=0$).

Результаты данного исследования о возрастной структуре потребности инвалидов в ТСР являются основанием для разработки системы организационных, финансовых мероприятий по социальной поддержке инвалидов, обеспечению их ТСР.

Пустозеров В.Г. Концептуальная модель развития гериатрической службы в Иркутской области

Областной гериатрический центр;
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Приоритетным направлением медицины третьего тысячелетия должно стать совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Последнее десятилетие подтверждает этот тезис, поскольку доля пожилых лиц в общей популяции населения стран всего мира увеличивается. В Российской Федерации численность лиц пенсионного возраста составляет более 30 млн. человек, это пятая часть населения всей страны. Увеличение лиц пожилого и старческого возраста ведет к росту социальных и медицинских проблем. В Иркутской области резко возросла демографическая нагрузка. На 100 человек трудоспособного возраста приходится 75 нетрудоспособных по возрасту. Уровень заболеваемости у пожилых людей в 2-3 раза, а в старческом возрасте в 6 раз выше, чем среди популяции молодого возраста. Улучшение здоровья пожилых людей во многом зависит от внедрения региональных медико-социальных программ. Общей проблемой гериатрии на сегодня является полиморбидность. В среднем каждый пожилой имеет 3-5 заболеваний. У врачей общей практики 40% времени уходит на лечение лиц пожилого и старческого возраста. Каждому 5 пожилому требуется стационарное лечение в течение года, а 12% нуждаются в долговременном лечении. Многие пожилые по ряду объективных и субъективных причин занимаются самолечением. Процент ошибок в приеме лекарств у пожилых составляет более 60%. Более половины лиц посещающих аптеки - это лица пожилого и старческого возраста. Течение болезней пожилого возраста характеризуется малой выраженностью и необыч-

ностью клинических проявлений. Диагностика и лечение старческой патологии требует от врача глубоких знаний по различным узким специальностям, широты кругозора. Для развития гериатрической помощи в области и регионе в целом, требуется специальная подготовка врачей и медицинских сестер по гериатрии. Эти вопросы успешно решаются в г.Иркутске с момента открытия кафедры геронтологии и гериатрии в ИГИУВе. За шесть лет усовершенствование по вопросам гериатрии прошли более 300 врачей поликлиник и стационаров Иркутской области.

Для успешного развития гериатрической службы необходимо совершенствование организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Для этого необходимо организовывать гериатрические центры, проводить реструктуризацию коечного фонда, проводить обучение медицинского персонала по гериатрии, определить ответственных за организацию гериатрической службы, регулярно проводить научную и санитарно-просветительную работу. 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 долгосрочной медико-социальной программы «Гериатрическая помощь населению Иркутской области». Предлагается расширить сферу деятельности областного гериатрического центра. На сегодняшний день в различных регионах России накоплен большой опыт в организации различных гериатрических учреждений. Это экономичные, малозатратные формы работы по оказанию медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Для внедрения предлагается модель районного гериатрического центра дневного пребывания. Это позволит снизить нагрузку на терапевтические стационары города и принесет значительный экономический эффект. Для улучшения гериатрической помощи необходимо разработать мониторинг диспансеризации лиц пожилого и старческого возраста, карту диспансеризации с объемом обязательных медицинских осмотров. Следует регулярно выступать в СМИ по профилактике преждевременного старения.

Пустозеров В.Г., Михайлова М.Н., Красильникова И.П., Погодаева Е.С., Шелест Н.А. Профилактика ятрогений в гериатрическом стационаре на примере опыта работы школы кардиологического больного

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
Госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Часто ятрогений у лиц пожилого и старческого возраста составляет более 50 % и является величиной прямо пропорциональной возрасту. В силу особенностей болезней в старших возрастных группах, обусловленных полиморбидностью и хроническим течением, значительно увеличивается воздействие ле-

карственных препаратов. Количество применяемых больным лекарств больше у тех пациентов, которые посещают 2–3 и более врачей узких специальностей, например кардиолога, ревматолога, невропатолога и других. Практикующие врачи не всегда распознают отрицательное влияние лекарственных препаратов, в ряде случаев такие осложнения расцениваются как проявление основного заболевания или его осложнения. Большой проблемой в гериатрической практике является самолечение больных, подстегиваемое массивной рекламой лекарственных препаратов. Одним из решений этой проблемы является повышение информированности пациентов. В нашем госпитале для ветеранов войн с 2000 г. работает школа кардиологического больного. Основной задачей школы является информирование больных по профилактике и лечению болезней сердечно-сосудистой патологии, правильному приему лекарственных препаратов и их побочному действию. Больные посещающие эту школу имеют возможность записать для себя важную информацию, получить исчерпывающие ответы на интересующие вопросы, т.е. достигается комплаенс. Это касается в основном соблюдение правильного режима медикаментозной терапии (своевременный прием лекарств, их количество, частота и удобство приема и др.). Больные снабжаются устными и письменными инструкциями, при необходимости проводятся беседы с родственниками, раздаются специально разработанные памятки, обновляются стенды. С целью соблюдения режима назначаемых препаратов назначаются комбинированные лекарства. Примером может служить комбинацией ингибитора АПФ периндоприла в виде аргининовой соли и тиазидоподобного диуретика индапамида. С точки зрения комплаенса повышается приверженность пациента выполнению назначений врача. Больным рекомендуются специальные пеналы для приема лекарств, где таблетки раскладываются на сутки с указанием времени приема. Лица посещающие школу кардиологического больного из группы некомплаентных переходят в группу комплаентных, снижая тем самым количество лечебных ятрогений. Опыт такой работы следует выносить за рамки гериатрического стационара.

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

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

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

То, что большинство этих переломов возникает в результате относительно небольшой травмы, и что они представляют классический признак остеопороза, более свежее понятие, популяризируемое Albright и др. (1941). Несмотря на то,

что взаимосвязь между остеопорозом и переломами позвонков выявлена достаточно давно, знание эпидемиологии этих переломов оставалось скудным по двум причинам. Во-первых, большая часть переломов позвоночника являются бессимптомными. Во-вторых, отсутствовали четкие критерии для оценки деформаций позвонков.

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

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

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

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

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

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

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

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

Изучение основных факторов риска переломов позвоночника проводилось с использованием анкеты, в основу которой была положена унифицированная карта для изучения факторов риска, разработанная в центре профилактики остеопороза МЗ РФ (Институт ревматологии РАМН). В ней фиксировался пол, возраст, социальный статус, хронические заболевания, длительная (более 2 месяцев) иммобилизация, наличие переломов костей различной локализации и уровень травмы, двигательная активность, наличие вредных привычек, гинекологический анамнез, степень физической нагрузки на работе и в быту и др. Всем пациентам определялся индекс массы тела (масса тела делённая на рост в квадрате, кг/м²) Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась общепринятыми методами вариационной статистики и корреляционного анализа. Полученные данные представлены в виде средних арифметических значений показателей, стандартного отклонения и процентах. Влияние отдельных факторов риска на возникновение переломов определялось в логистическом регрессионном анализе и выражалось величиной (OR (odds ratio) – отношение шансов, показывающее, как возрастает риск изучаемого события у лиц, имеющих данный фактор, по сравнению с лицами, у которых он отсутствует. Для сравнения количественных признаков в двух группах с нормальным распределением применялся непарный критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

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

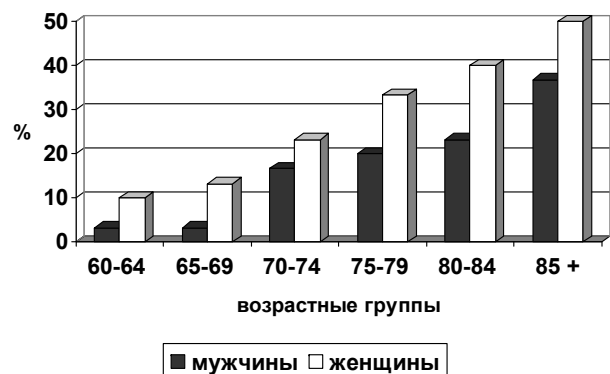


Рис.1. Распространённость переломов позвоночника у лиц обоих полов в популяции города Иркутска.

Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом от 3,3% у мужчин и 6.6% у женщин в возрасте 60–64 лет до 36,6% у мужчин и 50 % у женщин в возрасте 85 лет и старше. Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков в популяции города Иркутска мало отличается от стран Западной Европы (Бельгия), Скандинавии.

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

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

Низкий индекс массы тела <25 кг/м² в возрасте до 25 лет и в пожилом возрасте увеличивает риск переломов позвонков как у женщин так и у мужчин. При оценке гинекологического статуса наиболее значимыми причинами переломов оказались хирургическая менопауза до 50 лет и раннее начало климактерического периода (до 45лет). Одинокие люди (как мужчины так и женщины) оказались более подвержены переломам. При длительной иммобилизации (более 2 мес), также как и в невесомости, происходит потеря 0,3–0,4% костной массы ежемесячно. При этом уменьшается и мышечная масса. Поэтому иммобилизация является фактором риска переломов костей, в том числе и позвонков. Низкий образовательный уровень оказал влияние на риск переломов у мужчин (OR=4,44; $p=0,0001$). Выявлено, что наличие заболеваний щитовидной железы достоверно повышали риск переломов позвонков у женщин. У мужчин разница между двумя группами была статистически недостоверна ввиду небольшого числа пациентов. Сахарный диабет, онкология, резекция желудка значительно увеличивали развитие выраженных остеопоротических деформаций позвонков как у мужчин, так и у женщин. Тяжелый и средней степени тяжести физический труд до 25 лет, когда происходит формирование пика костной массы, повышал риск переломов в 3,5 раза, как у женщин, так и у мужчин. После 50 лет только у женщин, что связано с наступлением менопаузы и преобладанием процессов резорбции костной ткани. У мужчин установлено влияние ранней трудовой деятельности на риск переломов позвонков. Активный образ

жизни, достаточная двигательная нагрузка достоверно уменьшали риск переломов позвонков. А вот недостаточное потребление солей кальция с молочными продуктами, наличие таких вредных привычек, как курение и злоупотребление алкоголем, наоборот риск переломов позвонков увеличивали.

Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков в популяции города Иркутска мало отличается от стран Западной Европы (Бельгия), Скандинавии и составляет в среднем 17,2 % у мужчин и 22,8% у женщин. Значимыми факторами риска в развитии переломов позвонков у лиц обоего пола являются: ИМТ <25 кг/м² в 25 лет и в пожилом возрасте; одиночество; иммобилизация более 2 месяцев; наличие сахарного диабета, онкологии, резекций желудка; предшествующие низкоэнергетические переломы костей; наличие переломов у матери после 50 лет; тяжелый и средней степени тяжести труд до 25 лет; курение; злоупотребление алкоголем; недостаточное потребление кальция с молочными продуктами. Кроме этого в популяции женщин значимыми факторами риска также оказались; заболевания щитовидной железы; тяжелый и средней степени тяжести труд после 50 лет; хирургическая менопауза до 50 лет; ранняя (до 45 лет) менопауза. А у мужчин: начальное образование; наличие инвалидности; начало физической деятельности до 16 лет.

Собенников В.С., Прокопьева М.Л. Тревога в структуре рекуррентной и биполярной депрессии в зависимости от возраста пациентов.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Первичное появление тревожных расстройств в позднем возрасте, как правило, обусловлено депрессией и соматоневрологической патологией. Некоторыми авторами депрессия рассматривается, как наиболее частая причина тревоги в позднем возрасте. В то же время, в психиатрической литературе последних лет выделяется преимущественно тревожный паттерн биполярной депрессии и, напротив, более «классическая», «меланхолическая» клиника униполярной рекуррентной депрессии.

Цель исследования: оценить выраженность и характер аффекта тревоги в клинике рекуррентной (РД) и биполярной депрессии (БД) в зависимости от возраста больных.

Методы исследования – клинико-психопатологический, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Статистическая обработка с использованием пакета Statistica 6.0, применялись модули – описательная статистика, непараметрические методы оценивания, регрессионный анализ.

Изучены 103 случая (68 женщин-66,0% и 35 мужчин-33,0%), из них с БД – 36 (34,9%), человек, женщин 19 (52,8%), мужчин 17(47,2%), с РД – 67 (65,1%), женщин 49 (73,1%), мужчин 18 (26,9%). Средний возраст для всей группы составил 43,9±1,2 лет, в группе с РД – 45,2±1,4, с БД – 41,3±2,2 лет.

Для оценки влияния возраста, а также типа депрессии на выраженность её структуре тревожных симптомов, использовались процедуры множествен-

ной регрессии. Выявлена умеренная связь показателей возраста больных (зависимая переменная-отклик) и суммарных показателей шкалы тревоги, но не депрессии (независимые переменные - факторы). Функциональной связи суммарных показателей шкал тревоги и депрессии и типа депрессивного расстройства (рекуррентная или биполярная депрессия) – не обнаружено.

Последующее подразделение пациентов на две возрастные группы: 1) возраст до 45 лет; 2) старше 45 лет - позволило изучить частотное распределение симптомов тревоги и депрессии с применением непараметрического оценивания Манна-Уитни. В группе лиц возраста обратного развития выявлялось статистически значимое преобладание соматических эквивалентов тревоги ($p<0,05$), явлений ипохондрической фиксации и нозофобии, феноменов внутреннего напряжения, мышечных и сенсорных соматических симптомов по шкале тревоги Гамильтона, при отсутствии значимых различий в суммарном балле тревоги (24,9 против 22,4 баллов, $p<0,1$) между выделенными группами пациентов. По шкале депрессии Гамильтона «поздняя» возрастная группа имела более высокие показатели выраженных проявлений средней инсомнии, тревожного возбуждения (ажитации), а также суммы баллов (24,3 против 22,0 баллов, при $p<0,05$),

Заключение. Клинические проявления депрессивных состояний в возрасте обратного развития, вне зависимости от типа депрессии (рекуррентная или биполярная) характеризуются выраженностью тревожного аффекта. Преобладание соматизированных тревожных симптомов, следует соотносить с возрастной патопластикой клинической картины, определенным образом нивелирующей клинические особенности биполярных и рекуррентных депрессий, что необходимо учитывать при организации помощи данному контингенту пациентов.

Трофименко И.Н., Иванов А.Ф., Воржева И.И. Сравнительная характеристика показателей бронхиальной гиперреактивности у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в среднем и пожилом возрасте

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Цель исследования. Изучить дифференциально-диагностическое значение показателей бронхиальной гиперреактивности (БГР) у больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в среднем и пожилом возрасте.

Материал и методы исследования. В исследование включено 53 больных БА и 75 –ХОБЛ в возрасте соответственно 45–73 (61±5) и 46–79 (59±6) лет. Мужчин и женщин среди больных БА было 18 и 35, среди больных ХОБЛ 66 и 9 соответственно. В обе группы включались пациенты со среднетяжелым течением заболевания вне периода обострения. Диагноз БА и ХОБЛ, включая степень тяжести, определялся в соответствии с современными критериями (GINA, 2008; GOLD, 2009). Помимо стандартных для данных нозологий методов обследова-

ния (лабораторных, аллергологических, функциональных и рентгенологических) для исследования БГР всем больным обеих групп выполнялся ингаляционный провокационный тест с метахолином (ИПТм) резервуарным методом («Pari Provotest 2, Германия). Тест прекращался при падении $ОФВ_1 \geq 20\%$ от исходных значений. В случае отсутствия снижения $ОФВ_1 \geq 20\%$ при провокационной дозе метахолина ($ПД_{20}$) 0,471 мг (эквивалент концентрации метахолина 8 мг/мл) тест расценивался как отрицательный, что свидетельствовало об отсутствии БГР у данного пациента. В случае положительного теста степень БГР оценивалась на основании $ПД_{20}$. Критериям высокой БГР соответствовала $ПД_{20} < 0,04$ мг метахолина, средней – $ПД_{20}$ 0,04–0,22 мг и низкой – $ПД_{20}$ 0,23–0,47 мг. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью общепринятых в медицинских исследованиях методов вариационной статистики.

Полученные результаты. Среди больных БА тест с метахолином был зарегистрирован в 100% случаев, что свидетельствует о сохраняющейся БГР при этом заболевании и в старшей возрастной группе. У большинства больных БА отмечались средний и высокий уровень БГР, тогда как низкие показатели БГР определялись менее чем в половине случаев (41%). Обращает на себя внимание высокий уровень обратной связи между показателями $ПД_{20}$ и контроля БА ($r = -0,76$), что свидетельствует о высоком уровне БГР преимущественно у лиц с недостаточно контролируемым течением заболевания. Анализ корреляционных связей между уровнем БГР и такими показателями как коэффициент обратимости бронхиальной обструкции, количество эозинофилов в мокроте не выявило существенной зависимости. У больных ХОБЛ в отличие от БА частота БГР была ниже – в 69,3% случаев. Однако, степень БГР в случаях положительного ИПТм была при ХОБЛ выше по сравнению с БА. Высокий и средний уровень БГР отмечен в группе больных ХОБЛ в 82,7%, низкий – в 17,3% случаев. Отмеченные различия подтверждаются сравнением средних значения $ПД_{20}$ в группе больных БА и ХОБЛ: $0,269 \pm 0,121$ мг и $0,103 \pm 0,111$, соответственно ($p < 0,01$).

Заключение. Полученные результаты, вопреки распространенному мнению, свидетельствуют о том, что использование ИПТм с целью дифференциальной диагностики БА и ХОБЛ у лиц среднего и пожилого возраста в большинстве случаев не позволяет сделать определенного заключения. Это связано с тем обстоятельством, что БГР имеет место не только при БА, но и у большинства больных ХОБЛ. Поэтому в случаях положительного ИПТм в равной мере возможны как астма, так и ХОБЛ. При отрицательном же ИПТм астма может быть исключена, в том числе и у пожилых лиц, с высокой степенью вероятности.

Черняк Б.А., Воржева И.И., Иванов А.Ф. Клинические особенности бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Цель исследования. Проанализировать клинические, аллергологические, функциональные и диагностические особенности у больных бронхиальной астмой (БА) в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы исследования. Показатели, характеризующие клинко-аллерголо-гический и функциональный статус, изучены у 264 амбулаторных больных БА (167 женщин и 97 мужчин) в возрасте 60–83 лет (средний возраст $69,8 \pm 6,4$ лет). Клинический статус анализировался с помощью оригинального формализованного вопросника, позволяющего оценить особенности эволюции заболевания и его респираторной симптоматики. Уровень контроля БА определялся по критериям GINA (2008) и стандартизованному вопроснику АСТтм (Asthma Control Test). Аллергологическое исследование включало кожное тестирование с использованием стандартного для нашего региона набора аллергенов или определение соответствующих специфических IgE в сыворотке крови. Функция внешнего дыхания (ФВД) оценивалась с помощью спирометрии («Schiller Spirovit 1», Швейцария) и в 47 случаях бодиплетизмографии («Erich Jaeger Masterscreen», Германия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью общепринятых в медицинских исследованиях методов вариационной статистики.

Полученные результаты. БА у пожилых и стариков характеризуется в целом более тяжелым течением и худшим уровнем контроля по сравнению с младшей возрастной группой. Так, если среди пациентов старше 60 лет легкое, среднетяжелое и тяжелое течение БА определяется у 9%, 63% и 28%, соответственно, то среди лиц молодого и среднего возраста в 29%, 56% и 15% случаев. Частота неконтролируемого течения БА в старшей возрастной группе (89%) в 1,8 раз выше по сравнению с молодыми пациентами (51%). В клинической картине БА у пожилых и старых больных на первый план выходят симптомы хронической бронхиальной обструкции: свистящее дыхание (87%), одышка усилия (84%), одышка, сохраняющаяся в течение дня (53%), ощущение стеснения в груди по утрам (46%), хронический кашель (27%). Этому соответствуют и параметры ФВД, характеризующиеся в 34% случаев неполной обратимостью ($\Delta ОФВ_1 < 15\%$), а в 19% вентиляционными нарушениями с генерализованной бронхиальной обструкцией, обуславливающей повышенное бронхиальное сопротивление и увеличенные статические объемы, в т.ч. общий и остаточный объемы легких. В то же время бронхиальная гиперреактивность остается высокой у всех обследованных пациентов независимо от возраста, но тесно коррелирует с тяжестью и уровнем контроля БА.

Аллергологическое обследование вопреки распространенному мнению показало высокую частоту (61%) аллергической этиологии заболевания в данной возрастной группе. При этом, частота аллергического варианта БА была не

столько связана с возрастом больных, сколько зависела от возраста дебюта болезни. Больные существенно различались по этому показателю. У 59% больных БА возникла до 45 лет (ранняя астма), и у 41% пациентов после 45 лет (поздняя астма). Среди больных с ранней БА преобладает ее атопический вариант (69%), тогда как при позднем дебюте неаллергическая БА (59%). Наконец, следует отметить еще одну характерную особенность БА у пожилых и стариков: высокую полиморбидность. Сопутствующие заболевания имели 100% больных, а коэффициент сочетаемости составил 4,3. Среди сопутствующих заболеваний необходимо отметить в первую очередь те из них, которые могут модифицировать течение БА. У наших пациентов наиболее часто встречались: аллергические и неаллергические риниты и риносинуситы (78%), ИБС и/или гипертоническая болезнь (67%), непереносимость аспирина (28%), ГЭРБ (23%) и другие заболевания (46%).

Заключение. К основным особенностям БА у больных пожилого и старческого возраста могут быть отнесены стертость и атипичность симптоматики, низкая обратимость бронхиальной обструкции и гиперинфляция легких, полиморбидность, что обуславливает трудности и нередкие ошибки в диагностике.

Шаманова Н.В. Возрастно-половая структура пациентов с вновь выявленным туберкулезом лёгких с сопутствующей психической патологией и без неё

Иркутская областная психиатрическая больница №2, Иркутск

На возрастнo-половые различия между больными туберкулезом и больными с сочетанием туберкулеза и психической патологии указывают многие авторы (Рогачёва М.Г., Кокарева Т.С., 2001; Амлаев К.Р., Баронова О.Д., 2008). Среди больных с сочетанной патологией больше доля пациентов старше 60 лет, и меньше младше 30 лет, а пациенты до 20 лет практически не встречаются.

Обращает на себя внимание, что среди лиц с хроническими психическими расстройствами в половой структуре заболевших туберкулезом преобладают мужчины, хотя психическими расстройствами женщины страдают в 1,5–2 раза чаще мужчин (Евстегнеев Р.А., 2001). Удельный вес женщин, страдающих туберкулезом на фоне хронических психических расстройств, по отношению к удельному весу мужчин составляет 1: 4 (Рогачёва М.Г., Кокарева Т.С., 2002).

Среди женщин, страдающих психической патологией, туберкулез чаще всего наблюдается в пожилом возрасте (старше 60 лет), хотя преобладания в структуре женского населения этой возрастной группы не наблюдается: на женщин старше 60 лет приходится лишь 23,1% (Рогачёва М.Г., Кокарева Т.С., 2001).

Целью исследования было изучить возрастнo-половую структуру пациентов с вновь выявленным туберкулезом с сопутствующей психической патологией и без неё.

Материалы и методы. В работе были использованы статистические и отчётные материалы противотуберкулезных и психиатрических лечебных учрежде-

ний. Было проведено сравнительное исследование пациентов, страдающих туберкулезом легких с сопутствующим диагнозом «шизофрения» различных форм течения (1 группа) и пациентов с туберкулезом лёгких, без сопутствующей психической патологии (2 группа). Первая группа – 112 больных, находившихся на лечении в психо-туберкулезных отделениях Иркутской областной психиатрической больницы №3 в 2007–2008 гг. Вторая группа – 109 пациентов Иркутского областного противотуберкулезного диспансера, проходивших стационарное лечение в 2007 году.

Результаты исследования. Все больные были анкетированы с помощью специально разработанной анкеты. На момент выявления туберкулеза лёгких больные распределялись по возрасту следующим образом (Табл. 1). Из таблицы 1 видно, что для пациентов с шизофренией характерно выявление туберкулеза лёгких в более старшем возрасте (в большинстве случаев это возраст от 40 до 49 лет); тогда как для пациентов без сопутствующей психической патологии это возраст от 20 до 29 лет.

Таблица 1

Возрастная структура пациентов при выявлении у них туберкулеза

Возрастные группы	Больные вновь выявленным туберкулезом			
	с сопутствующим психическим заболеванием		без сопутствующего психического заболевания	
	абс.	%	абс.	%
до 20 лет	4	3,6	9	8,3
20–29 лет	22	19,6*	42	38,5*
30–39 лет	22	19,6	22	20,2
40–49 лет	32	28,6**	19	17,4**
50–59 лет	20	17,9	12	11,0
старше 60 лет	12	10,7	5	4,6
Всего	112	100,0	109	100,0

* – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$

Таблица 2

Распределение больных при выявлении у них туберкулеза лёгких по возрасту и полу

Возрастные группы	Больные вновь выявленным туберкулезом							
	1. сопутствующее психическое заболевание				2. без сопутствующего психического заболевания			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	N	%	N	%	N	%	N	%
до 20 лет	3	3,2	1	5,25	4	5,5	5	13,9
20–29 лет	23	24,7	–	–	27	37,0	15	41,7

30–39 лет	21	22,6*	1	5,25*	16	21,9	7	19,4
40–49 лет	26	28,0	7	36,8	14	19,2	5	13,9
50–59 лет	15	16,1	5	26,3	9	12,3	3	8,3
старше 60 лет	5	5,4*	5	26,3**	3	4,1	1	2,8*
Всего	93	100,0	19	100,0	73	100,0	36	100,0

* – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$.

Доля пожилых пациентов старше 60 лет в первой группе также больше, чем во второй ($10,7 \pm 2,6\%$ и $4,6 \pm 1,9\%$ соответственно). Возможно, это связано с тем, что туберкулёз у больных шизофренией выявляется именно на фоне длительно текущего психического заболевания (в $78,5\%$ случаев длительность шизофрении до выявления туберкулёза составила 10 и более лет).

В 1 группе мужчин было 93 (83%), женщин – 19 (17%); во 2 группе мужчин – 73 (67%), женщин – 36 (33%) ($P < 0,05$).

При проведении сравнения по всем возрастным группам между мужчинами и женщинами, было выявлено, что среди пациентов с сопутствующим психическим заболеванием, чем старше возраст пациентов, тем больше доля женщин с вновь выявленным туберкулёзом лёгких, в возрасте старше 60 лет – число женщин статистически достоверно больше числа мужчин ($P < 0,05$).

Среди больных без сопутствующего психического заболевания напротив, нет статистически достоверных различий в возрасте заболевших туберкулёзом мужчин и женщин. Среди женщин без сопутствующего психического заболевания выявляется обратная закономерность: чаще туберкулёз выявляется в возрасте от 20 до 29 лет – $41,7\%$, и чем старше возраст, тем туберкулёз выявляется реже.

Выводы:

1. Для пациентов с шизофренией характерно выявление туберкулёза лёгких в более старшем возрасте, по сравнению с психически здоровыми пациентами. Среди пациентов с шизофренией больше доля пожилых пациентов более 60 лет.
2. Среди пациентов с шизофренией в возрасте старше 60 лет – число женщин статистически достоверно больше числа мужчин ($P < 0,05$). Таким образом, пожилой возраст у женщин с хронически текущей шизофренией является фактором риска, для развития у них туберкулёза лёгких.

Программа конференции

17 февраля. Отель «Дельта». 10:00 – 16:00

10:00 Открытие конференции.

10:05 Пустозеров Виктор Георгиевич, зав. кафедрой геронтологии и гериатрии ИГИУВа. **Перспективы развития гериатрической службы в Иркутской области.**

10:35 Бебялов Фарид Исмагильевич, гл. терапевт г. Иркутска. **Ведение пациентов с ИБС в преклонном возрасте.**

11:05 Меньшикова Лариса Васильевна, зав. кафедрой семейной медицины ИГИУВа. **Диагностика и лечение остеопороза у пожилых.**

11:35 Куклин Сергей Германович, профессор кафедры терапии и кардиологии ИГИУВа. **Терапия хронической сердечной недостаточности в гериатрии.**

12:05 Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии ИГМУ. **Тревожные расстройства в гериатрии.**

12:35 Краснова Юлия Николаевна, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГИУВа. **Особенности лечения инфекции дыхательных путей у пожилых.**

13:00–13:30 Кофе–брейк

13:35 Капустенская Жанна Исмагиловна, доцент кафедры геронтологии и гериатрии ИГИУВа. **Эмоциональные расстройства у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.**

14:05 Васильев Юрий Николаевич, ассистент кафедры неврологии ИГМУ. **Проблема боли в пожилом возрасте и способы ее коррекции.**

14:35 Ананьев Александр Александрович, доцент кафедры геронтологии и гериатрии ИГИУВа. **Рефлюкс-эзофагит у геронтов: проблемы и их решения.**

15:05 Середя Николай Николаевич, председатель Иркутского общества гастроэнтерологов. **Дисбактериоз кишечника: клинко-лабораторный синдром.**

Дискуссия. Закрытие конференции.

Подписано в печать 14.02.11.
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».