

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования» Росздрава

Журнал выпускается при поддержке
Королевского колледжа врачей общей практики (Великобритания)
Университета штата Айова (США)

Президенты:

академик РАМН з. д. н. РФ профессор д. м. н. Н. А. Беляков (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

Главный редактор:

профессор д. м. н. О. Ю. Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия)

Заместители главного редактора:

профессор д. м. н. Н. Н. Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:

профессор д. м. н. В. П. Алферов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. К. В. Логунов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. П. Медведев (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. Н. Петров (Санкт-Петербург, Россия)
д. м. н. С. Л. Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Ф. П. Романюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Е. В. Фролова (Санкт-Петербург, Россия)
доцент к. м. н. А. Л. Шишков (Санкт-Петербург, Россия)
чл.-корр. РАМН профессор д. м. н. А. П. Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

академик РАМН профессор д. м. н. И. Н. Денисов (Москва, Россия) — председатель
профессор д. м. н. А. А. Абдуллаев (Махачкала, Россия)
профессор д. м. н. Б. В. Агафонов (Москва, Россия)
профессор д. м. н. Б. Г. Головской (Пермь, Россия)
профессор д. м. н. Б. Л. Мовшович (Самара, Россия)
профессор доктор философии Д. Джогерст (Айова-Сити, США)
доктор медицины П. Джулиан (Лондон, Великобритания)
академик РАМН профессор д. м. н. Ю. Д. Игнатов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии П. Мак-Крори (Лондон, Великобритания)
засл. учитель РФ Е. П. Мартынюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. О. М. Лесняк (Екатеринбург, Россия)
профессор доктор философии Э. Свонсон (Айова-Сити, США)
засл. врач РФ И. К. Якубович (Ленинградская область, Россия)

Ответственный секретарь:

Н. А. Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале
и базах данных ВИНТИ РАН, на сайте elibrary.ru

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
ГОУ ДПО «СПбМАПО» Росздрава, кафедра семейной медицины
Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22, эл. адрес: fammedmaro@yandex.ru

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 14
3-2010
ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



**Журнал является
официальным печатным изданием
Всероссийской ассоциации
семейных врачей**

С обложки журнала на вас смотрит одна из удивительных российских женщин, прекрасный облик которой запечатлела кисть Карла Брюллова. Немецкая принцесса Фридерика-Шарлотта-Мария Вюртембергская была выбрана в невесты младшему брату Императора Александра I Великому князю Михаилу. Она приняла православие и была наречена Еленой Павловной. Юная принцесса была не только красива, но умна и образованна. Она была олицетворением идеала прекрасной жены, матери и хозяйки аристократического дома. Ею были открыты в Петербурге Повивальный институт, училище Святой Елены, Консерватория, Крестовоздвиженская община сестер милосердия, Елизаветинская детская больница. Елена Павловна была учредительницей и Клинического института (далее Институт для усовершенствования врачей, ныне Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования). К сожалению, Елена Павловна не дожидаясь открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери.

На портрете Елена Павловна изображена с дочерью Марией. Нам хотелось, чтобы этот семейный портрет не только стал олицетворением журнала, но и напомнил уважаемому читателю небольшой, но прекрасный эпизод из отечественной истории.

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wurtemberg, wife of Prince Mikhail, the younger brother of Russian emperor Alexander I, became Elena Pavlovna when she accepted Orthodoxy. Being young, pretty and highly educated, she became the symbol of the ideal wife, mother and salon hostess. She was the founder of Obstetrics House, St. Helen Courses, Conservatoire Hall, and the St. Cross Nursing Society and the Elisabeth Hospital for Children. She was also the founder of the Clinical Institute (later called the Institute for Postgraduate Education of Doctors) now known as the St.-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Education. Unfortunately, Elena Pavlovna died long before the Institute was opened to the public but her daughter, Ekaterina Mikhaylovna, brought her mother's initiatives to life and insisted on naming the Institute after her mother.

This portrait shows Elena Pavlovna with her young daughter Maria. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

Содержание

Тезисы докладов Всероссийской конференции «Старение человека и качество жизни. Роль семейного врача»

УРОКИ ПРОЕКТА «ХРУСТАЛЬ» <i>Е. В. Фролова</i>	6	ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ В УСЛУГАХ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ <i>Т. В. Бондаренко, С. В. Трофимова</i>	15
ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА <i>Е. М. Корыстина</i>	8	МЕДИЦИНСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ): ВРЕМЯ СМЕНИТЬ ПАРАДИГМУ <i>Б. Л. Мовшович</i>	18
СПИРОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА <i>Д. Н. Зеленуха</i>	9	ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ <i>А. М. Осадчук</i>	19
«ХРУПКОСТЬ» — РАЗВИВАЮЩАЯСЯ КОНЦЕПЦИЯ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ <i>Я. Дегриз</i>	10	ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Р. М. Газизов, А. П. Цибулькин, Л. Р. Газизова</i>	21
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ХРУПКОСТИ КАК ОДНОГО ИЗ ВАРИАНТОВ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА <i>Н. А. Гурина</i>	11	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ТРУДА В МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>Г. Е. Заика</i>	22
ДЕПРЕССИЯ ПОЗДНИХ ЛЕТ ЖИЗНИ <i>Г. Джогерст</i>	12	ЗДОРОВЬЕ, ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>М. Л. Сиротко, Л. И. Брылякова, С. Н. Брылякова, А. И. Кирасирова</i>	23
КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ <i>Н. Н. Петрова</i>	13		
ДЕПРЕССИЯ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ <i>К. Турвей</i>	14		
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ — ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УРОВНЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ <i>Дж. К. Спатаракис</i>	15		

Материалы Всероссийской конференции «Старение человека и качество жизни. Роль семейного врача»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РАМИПРИЛА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ СМАД <i>Е. А. Ацель, Р. М. Газизов, Е. Ю. Крохина, Э. Р. Нургатина, А. К. Садыкова</i>	26	ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ <i>А. А. Баталова, Я. Б. Ховаева, Е. Н. Бурдина, О. С. Кадырова</i>	26
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Содержание

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ДОКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА <i>Е. Н. Бурдина, Я. Б. Хоаева, Б. В. Головской, М. Д. Берг, А. Н. Шопин</i>	27	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Н. В. Медведев, Н. К. Горшунова, Меиндиньо Тонворио Рафаел</i>	39
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА <i>Б. В. Головской, Т. Ю. Агафонова, Я. Б. Хоаева, Н. Л. Осташева</i>	28	ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Л. И. Мостовая, Н. Ю. Кувшинова, Д. А. Смирнова, А. А. Филиппов</i>	40
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Н. К. Горшунова, М. Н. Киндрас, А. Е. Ермакова</i>	29	ОПЫТ ГУЗ «ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГРАЖДАНАМ И ИНВАЛИДАМ РЕГИОНА <i>О. Л. Никитин, Д. О. Осокин, П. И. Романчук</i>	42
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В КАРЕЛИИ <i>Т. А. Карапетян, Н. В. Доршакова, К. А. Никитина</i>	31	МАРКЕР P53 В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТИМУСА ПРИ СТАРЕНИИ <i>С. А. Пичугин, В. О. Полякова, Н. С. Линькова</i>	44
О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СТАРЧЕСКОГО АМИЛОИДОЗА <i>Н. В. Кирьянова, А. П. Шаврин</i>	32	ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК ТИМУСА ПРИ СТАРЕНИИ <i>В. О. Полякова, Н. С. Линькова, С. А. Пичугин</i>	45
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ В ВОПРОСАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ И ОСВЕЩЕНИЕ ИХ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ <i>Ю. С. Кокарев, Н. В. Иванова, О. В. Бабичева</i>	31	ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМОКОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ <i>П. И. Романчук, О. Л. Никитин, Н. Н. Крюков, Н. П. Романчук, Д. О. Осокин, Д. А. Драч</i>	45
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ УСЛОВИЯМИ ПРОЖИВАНИЯ РЕЗИДЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ЕКАТЕРИНОДАР» <i>Ю. С. Кокарев, Н. В. Иванова, О. В. Бабичева</i>	33	МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛЫХ В ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИКАХ <i>А. Л. Слободянюк</i>	47
ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА МИАСТЕНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>В. Д. Косачев, Н. М. Жулев, В. В. Незговорова</i>	34	СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ И ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИЙ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>Т. Н. Сыромятникова, Я. Б. Хоаева, Б. В. Головской</i>	48
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Н. Ю. Кувшинова, Л. И. Мостовая</i>	35		
ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРА АПОПТОЗА P53 В ПИНЕАЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ СТАРЕНИИ <i>Н. С. Линькова, В. О. Полякова, С. А. Пичугин</i>	37		

Содержание

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Д. Н. Украинцева, Н. К. Горшунова,
Е. О. Семенова* 49

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ГЕРИАТРИИ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

*Л. М. Житникова, Ю. В. Власенко,
О.Б. Благовидова, М. И. Елистратова* 51

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА

Т. М. Зиньковская 52

Хроника

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО
ОБЩЕСТВА ИЗУЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА
2010 ГОДА

Е. В. Фролова 54

Электронные версии статей доступны по адресу:
www.spbmapo.ru

УРОКИ ПРОЕКТА «ХРУСТАЛЬ»

Е. В. Фролова

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

LESSONS LEARNED FROM CRYSTAL PROJECT

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Цель проекта «Хрусталь» — изучить распространенность различных вариантов старения организма человека (инвалидность как невозможность себя обслуживать, хрупкость, сочетание сопутствующих заболеваний) и разработать мероприятия для предупреждения неблагоприятных исходов старения и улучшения качества жизни пожилых людей.

Качество жизни — это интегральная характеристика образа жизни индивида или социальной группы, обычно используемая при сопоставлении с другими индивидами или группами. В медицине понятие качества жизни используется для сравнения больных и здоровых, и определяется как способность больного жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных экономических, климатических, политических и национальных условиях, включая физическую, творческую, социальную, эмоциональную, сексуальную, политическую активность.

К сожалению, медиализация проблем пожилого человека приводит к тому, что большинство клиницистов, в том числе и врачей первичного этапа, оценивая состояние этих пациентов, учитывает, прежде всего, наличие и выраженность заболеваний. Это, безусловно, важно. Однако установлено, что качество жизни даже тяжело больных, может со временем улучшаться несмотря на невозможность выздоровления, так как человек адаптируется к симптомам и со временем оценивает качество своей жизни как хорошее при отсутствии положительной динамики заболевания. В то же время способность нормально функционировать может утрачиваться, несмотря на отсутствие заболеваний. Собственно оценки качества жизни пожилых на основании субъективных представлений в проекте не проводилось, однако оценивались его составляющие: физическая активность, эмоциональная активность, наконец, параметры нормального функционирования, которые для пожилых людей имеют высокую важность, определяя их независимость. Все эти параметры в то же время являются составляющими комплексной оценки состояния пожилого человека.

Проект «Хрусталь» проводился в одном из районов Санкт-Петербурга на базе городской поли-

клиники с отделением врачей общей практики. Методом случайной стратифицированной выборки из базы данных населения 65 лет и старше (10986 человек), территориально прикрепленного к этой поликлинике, было выбрано 462 человека в возрасте от 65 до 74 лет и 452 в возрасте 75 лет и старше. Пожилых людей приглашали на осмотр по телефону, лишенных мобильности посещали на дому в соответствии с предварительной договоренностью. В исследовании, одобренном локальным этическим комитетом СПбМАПО, принимали участие только те, кто дал информированное согласие.

Методы исследования в этом проекте, запланированном как проспективный, на первом этапе включали регистрацию антропометрических показателей, определение мышечной силы, сбор анамнеза и сведений из амбулаторной карты; оценку физического функционирования с помощью нескольких тестов и субъективной оценки физической активности; оценку эмоционального и когнитивного статуса с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и гериатрической шкалы депрессии (GDS); оценку зависимости от посторонней помощи; оценку трофологического статуса; самооценку физической активности, лабораторные исследования. Все пациенты обследованы медицинскими сестрами. Для исполнителей исследования был организован тренировочный курс, включавший не только практические навыки, но и теоретические сведения о комплексной гериатрической оценке и ее содержании.

Таким образом, в проекте «Хрусталь» впервые в России была использована комплексная оценка состояния здоровья неорганизованной популяции пожилых людей с исследовательской целью.

Результаты. Всего обследовано 611 человек в возрасте от 65 лет до 91 года. Отклик составил в группе участников от 65 до 74 лет 66,2%, в группе участников 75 лет и старше — 67,9%. Средний возраст участниц составил $75,7 \pm 6,1$ лет, мужчин — $73,6 \pm 5,3$ лет.

Индекс массы тела у женщин 65–74 лет составил $29,86 \text{ кг/м}^2$, старше 74 — $28,55 \text{ кг/м}^2$. Аналогичные показатели у мужчин — $27,59 \text{ кг/м}^2$ и $26,64 \text{ кг/м}^2$ соответственно возрастным группам.

Установлено, что 60,7% участников исследования имеют нарушения слуха, 89,5% — нарушения зрения. 40,9% обследованных страдали недержанием мочи. У 25,9% обследованных в возрасте 65–74 года выявлены признаки депрессии в соответствии со шкалой GDS (у мужчин — 20%, женщин — 28,8%). В старшей возрастной группе участники эти показатели составили 42,5% (мужчины — 32,9, женщины — 45,5%). Нарушения когнитивных способностей выражены в легкой степени у 20,5, в умеренной степени — у 12,8; в тяжелой степени — у 1,3%.

Физическая активность обследованных пациентов даже по субъективной оценке низкая: 40% участников младшей возрастной группы неактивны, в старшей группе 41,1% мужчин и 52,4% женщин оценили свою физическую активность как низкую. Мышечная сила у мужчин 65–74 лет составляет в среднем 25,89 ($\pm 7,86$), у женщин — 14,33 ($\pm 4,87$) кг. У мужчин 75 лет и старше средний показатель силы мышц — 19,66 ($\pm 7,88$), у женщин — 11,19 ($\pm 4,59$) кг.

Расстояние 6 м участники преодолевали в среднем за 11 с, пятикратный подъем со стула занимал 14 с. Требуемое время для раздевания и одевания (кардиган-тест) — 10 с. Удержать баланс в течение 10 с смогли 46% мужчин и 56,1% женщин в младшей возрастной группе, 34% мужчин и 22,7% женщин в старшей возрастной группе.

14,4% участников в возрасте от 65–74 лет и 33,0% во возрасте 75 лет и старше имеют оценку по индексу Бартела, соответствующую зависимости в повседневной жизни от окружающих.

Что касается заболеваемости, то только 9,7% не сообщили о наличии у них хронических заболеваний. Большая часть обследованных (78,6%) имеет от 1–3 хронических заболеваний; 44,8% сообщили о наличии у них 2–3 заболеваний системы кровообращения. Незначительная доля (0,3%) указала, что они страдают более, чем 6 болезнями. У 40,8% были переломы.

Обсуждение. Как показали результаты исследования, главная проблема наших пожилых пациентов — функциональная неполноценность, низкое качество жизни. Обычно у врачей общей практики существует представление о пожилom человеке как имеющем большое количество заболеваний и нуждающемся в назначении большого количества медикаментов. В то же время в обследованной нами популяции пациенты продемонстрировали не полиморбидность, а низкий уровень физической активности, высокий уровень зависимости от окружающих в повседневной жизни.

Средний возраст обследованной популяции составил 75,1 ($\pm 5,9$) лет. Это свидетельствует о том, что они перешагнули порог возраста сердеч-

но-сосудистого больного, и их можно скорее отнести к выжившим (но не выздоровевшим) в эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний. Преобладают в популяции женщины, что объяснимо — большинство мужчин уже погибло в возрасте 58–59 лет. Против ожидания наши пожилые пациенты имеют повышенный индекс массы тела, и в обследованной популяции не отмечено выраженной распространенности белково-энергетической недостаточности — только 1,8% участников имели показатели, соответствующие этому статусу. В то же время в группе риска развития недостаточного питания находится 17% обследованных. В среднем не очень большое количество заболеваний у одного участника не требует назначения многих препаратов, а если учесть, что большинство этих заболеваний — сердечно-сосудистые, то полипрагмазия не должна угрожать нашим пациентам. Качество жизни участников исследования страдает от проблем со зрением и слухом, которые отметили 89 и 60% соответственно. Следует заметить, что если слух и зрение успешно корректируются, то человек не расценивает эти нарушения как проблему. Каждый второй страдает недержанием мочи, почти половина — психоэмоциональными нарушениями. Многие имеют легкую степень когнитивных нарушений. У 34,2% — недиагностированная депрессия, и у 14,1% — когнитивные нарушения средней и тяжелой степени. Невысокие показатели мышечной силы и нарушения равновесия, выявленные у участников исследования, значительно повышают риск падений в будущем: средняя сила мышц составляет 15,6 ($\pm 7,7$) кг, каждый второй не может удерживать равновесие более 10 с.

Каждый четвертый пожилой пациент частично зависим в своей повседневной активности.

Таким образом, результаты исследования показывают, что врачу общей практики необходим инструмент для выявления проблем функциональной неполноценности пожилого человека и всего спектра нарушений, которые снижают качество его жизни. Имея такой инструмент, медицинские службы первичного звена могли бы планировать и распределять оказание помощи пожилым в соответствии с их потребностями, включая специализированные гериатрические учреждения. Результаты исследования «Хрусталь», как уже полученные, так и ожидаемые в следующих стадиях, могут служить основой для создания моделей и опросников для пожилых пациентов, направленных на повышение качества помощи и успешное взаимодействие гериатров и врачей общей практики. Это позволило бы эффективно использовать ресурсы здравоохранения и в то же время сохранять высокое качество жизни даже пожилого человека.

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Е. М. Корыстина

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

NUTRITIONAL STATUS IN COMPLEX GERIATRIC ASSESSMENT

E. M. Korystina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Введение. В большинстве стран Западной Европы и Америки при планировании гериатрической помощи используют определенный комплекс диагностических методик. Задачами комплексной оценки здоровья пожилого человека являются поиск адекватных методов лечения, улучшение функционального состояния и качества жизни. Трофологический статус — понятие, характеризующее состояние здоровья и физического развития организма, связанное с питанием и процессами метаболизма пищевых веществ. Функциональная перестройка органов и систем, заболевания ротовой полости, потеря или снижение способности к самообслуживанию, когнитивные нарушения, депрессия, одиночество и недостаточность материальных средств частое явление среди пожилых пациентов, последствием которых является нерациональное питание. В литературе описано влияние нарушения питания в пожилом возрасте на течение заболеваний, продолжительность и качество жизни. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность (БЭН) встречается у 10–38% амбулаторных больных старческого возраста, у 26–65% госпитализированных и у 5–85% помещенных в дома престарелых. В России подобных исследований на популяционном уровне не проводилось. Рекомендации для врачей первичного звена, наиболее часто встречающихся таких пациентов, отсутствуют. В рамках проекта «Хрусталь» по изучению здоровья неорганизованной популяции пожилых пациентов был выделен отдельный проект по изучению БЭН, риска ее развития и влияния данного состояния на основные функциональные способности и качество жизни пациентов старшей возрастной группы.

Цель исследования: изучить трофологический статус пациентов в возрасте от 65 до 74 лет и старше 75 лет и разработать рекомендации по их ведению в условиях общей врачебной практики.

Материалы и методы. Из 10986 человек старше 65 лет методом случайной стратифицированной выборки были сформированы 2 группы пациентов в возрасте от 65 до 74 лет и старше 75 лет, численностью 462 и 452 человек соответственно.

Было проведено одномоментное поперечное исследование с использованием методов антропометрии, лабораторных методов: определением содержания в крови С-реактивного белка, общего белка, абсолютного количества лейкоцитов, СОЭ; и анкетирования: краткая оценка питания (MNA), индекс активности повседневной жизни (ADL), гериатрическая шкала депрессии (GDS), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Опросник «Краткая оценка питания» состоит из двух частей: скрининговой и оценочной. Скрининговая часть включает 6 вопросов, максимальная оценка которых 14 баллов. Если суммарная оценка 11 баллов и ниже, проводится более подробный опрос по второй диагностической части опросника, на основании результатов которой и выносится окончательное заключение. Анкетированные, набравшие 16,5 баллов и ниже, относятся к пациентам с белково-энергетической недостаточностью; от 17,0 до 23,5 баллов — к пациентам с риском развития белково-энергетической недостаточности; 24,0 балла и выше имеют нормальный статус питания.

Результаты. Всего было обследовано 611 человек: в возрасте от 65 до 74 лет — 67% женщин и 33% мужчин; старше 75 лет — 76% женщин и 24% мужчин. По данным краткой оценки питания, у 1,8% пациентов (11 человек) выявлена белково-энергетическая недостаточность, причем мужчин и женщин в этой группе было 45,5 и 54,5% соответственно. Чаще она регистрировалась у больных старше 75 лет — 63,6%. Средний возраст составил 78 ± 11 лет. Все пациенты, страдавшие недостаточностью питания, имели низкий индекс Бартела, не покидали пределы квартиры либо по состоянию физического здоровья, либо из-за страха падения, что соответствует полной зависимости от окружающих в повседневной жизни. Средний ИМТ составил $21,03 \pm 5,4$ кг/м². У 33% пациентов выявлена деменция тяжелой степени, а у 67% — деменция средней степени выраженности. Все пациенты имеют депрессию средней или высокой степени выраженности. Среди лабораторных показателей также выявлены определенные особенности. Среднее значение уровня ге-

моглобина крови составило $118 \pm 21,1$ г/л. Отличительной чертой данной категории пациентов являются высокие показатели С-реактивного белка, средний уровень $29 \pm 26,1$ г/л, повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — $33,2 \pm 15,1$ г/л, и умеренный лейкоцитоз — $9,67 \pm 2,3$. Интересно, что средний уровень общего белка находится в пределах нормальных значений — $70,1 \pm 10,5$ г/л. Риск развития недостаточного питания имели 17,3% пациентов (60,4% женщин и 39,6% мужчин). В основном в этой группе были пациенты старше 75 лет — 55,7%. Средний возраст составил $75,3 \pm 5,6$ года. Наиболее часто встречающиеся заболевания у пациентов с БЭН и риском ее развития: ишемическая болезнь сердца, остеопороз (оценивалось наличие переломов в анамнезе) и онкологические заболевания, которые были выявлены в 33% случаях.

Заключение. У обследованных пожилых пациентов в 19,1% случаев выявлены белково-энер-

гетическая недостаточность или риск ее развития, что требует использования оценки трофологического статуса в работе врача общей практики.

Высокий уровень депрессии и нарушений когнитивной сферы у пациентов с БЭН требует своевременного направления на консультацию специалистов и подключения к работе с такими пациентами психологов, социальных работников.

Полученные данные требуют дальнейшего анализа состояния участников исследования с риском развития БЭН для выявления причин развития и возможности успешной ее коррекции. Для пациентов с риском развития БЭН запланировано обучение принципам рационального питания как их самих, так и их родственников, занятия с инструктором ЛФК, а также дополнительное клиническое питание.

После лечебных мероприятий запланирован повторный скрининг (через 24 месяца от начала исследования).

СПИРОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА

Д. Н. Зеленуха

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

SPIROMETRY IN COMPLEX GERIATRIC PATIENT ASSESSMENT

D. N. Zelenucha

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Введение. В настоящее время спирометрия используется как для диагностики obstructивных болезней легких, так и для мониторинга показателей их тяжести. С другой стороны, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) являются независимыми предикторами болезненности и смертности у пожилых людей.

Глобальная инициатива по хронической obstructивной болезни легких (GOLD) и астме (GINA) классифицируют тяжесть течения заболевания согласно отношению ОФВ₁/ФЖЕЛ и показателю ОФВ₁, рассчитанным на основании должных величин. Должные величины определяются на основании эпидемиологических исследований в зависимости от расы, пола, возраста и роста. Объемы, характеризующие внешнее дыхание, увеличиваются до 25 лет и начинают уменьшаться после 65 лет.

В настоящее время спирометрия может быть выполнена при помощи не только стационарных, но и портативных спирометров. Они могут быть использованы в условиях первичной медицинской помощи, в том числе и у пациентов на дому. Учитывая частое сочетание различных заболеваний у пожилых пациентов, а также частое наличие у них одышки, использование спирометрии может сыграть важную роль в дифференциальной диагностике.

Цель исследования: оценить возможности и особенности применения спирометрии у пациентов пожилого возраста и значение различных респираторных параметров (ОФВ₁, ФЖЕЛ, ПСВ, индекса Тиффно) в комплексной оценке состояния здоровья пожилого человека.

Материалы и методы. Для спирометрии использована выборка проекта «Хрусталь». Перед началом исследования 4 медицинские сестры были обучены технике выполнения спирометрии

на специальных занятиях общей длительностью 18 часов. Занятия включали ознакомление с методом спирометрии, проведение исследования, оценку пригодности результатов в соответствии с общепринятыми международными критериями. Обязательным требованием, предъявляемым к медицинским сестрам, было получение графических кривых и измерений наивысшего качества согласно критериям американского торакального общества и согласованных с ними критериев европейского респираторного общества (критерии ATS/ERS). Семинары и практические занятия проводили сотрудники кафедры семейной медицины СПбМАПО. Также было проведено пилотное исследование для оценки возможности получения разными медсестрами воспроизводимых результатов от одного и того же пациента. Исследовались следующие спирометрические параметры: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), пиковая скорость выдоха (ПСВ), индекс Тиффно. Кроме того, в комплекс обследований был включен вопросник Британского медицинского исследовательского совета (MRC), для оценки тяжести одышки. В нем используются градации от 1 до 5, где 1 степень — одышки нет, 2–5 степени — одышка от легкой до очень тяжелой.

Результаты. Из 611 человек, включенных в проект, спирометрия проведена у 605. Спирометрические данные, пригодные к дальнейшему анализу, были успешно получены у 484 пациентов, или у 80% обследованных, что согласуется с результатами международных публикаций. По данным некоторых исследователей, качественная спирометрия может быть выполнена примерно у 80% пожилых людей.

Обструктивные нарушения различной степени тяжести выявлены у 97 человек, или у 20% обследованных (у 17% в возрастной группе 65–74 лет, у 24% в возрастной группе старше 75 лет). Сведения об диагнозе хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы или их сочетании были получены только у 43% пациентов, у которых была выявлена обструкция.

При анализе данных о наличии связи между обструктивным синдромом и курением было определено, что 34 человека (35% от общего числа пациентов с обструкцией) имели анамнез курильщика, в то время как 63 человека (65%) никогда не курили.

Тяжесть одышки по вопроснику MRC была оценена у пациентов с выявленной по данным спирометрии обструкцией и без нее. Одышку различной степени тяжести (2–5 степени градации MRC) отмечали 71 человек из группы с обструктивным синдромом и 266 человек, у которых обструкции не было, что составляет 73,2% и 68,7% соответственно. В тоже время наличие одышки от средней до очень выраженной (3–5 степени градации MRC) отмечали 23 человека, или 24% из группы с обструктивным синдромом и 93 человека, или 24% из числа тех, у которых обструкции не было.

Выводы. Спирометрия может быть использована в комплексной оценке состояния здоровья пожилых пациентов, в том числе и для дифференциальной диагностики одышки.

Использование портативных спирометров и предварительное обучение медицинских сестер позволяет получить качественные данные спирометрии в соответствии с критериями ATS/ERS примерно у 80% пожилых пациентов.

FRAILITY, AN EMERGING CONCEPT ON FAMILY MEDICINE¹

J. Degryse

Catholic University of Leuven, Belgium

«ХРУПКОСТЬ» — РАЗВИВАЮЩАЯСЯ КОНЦЕПЦИЯ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Я. Дегриз

Католический университет Лёвена, Бельгия

The western world has a rapidly ageing population which will experience a wide range of social, medical, and cultural problems as the 21st century unfolds. These problems are prompting debate about who will care for the 'oldest old' and how best to direct health and social care resources towards the older population. Ageing is associated with ris-

ing levels of dependency and comorbidity, and the older population accounts for the majority of costs in health services.

Frailty is a relatively new concept for describing the multiple problems that older persons frequently experience with ageing. It has developed into an increasingly relevant concept, both for cli-

nical care for individual old people as for research on ageing and public health needs.

Frailty provides a conceptual basis for moving away from organ and disease-based approaches towards a health-based, integral approach.

The lack of a clear definition of frailty has generated controversy regarding its clinical usefulness. However there is emerging evidence that the organization of individual health care plans based on "frailty-indicators" is efficient in preventing further functional decline and debates about its definition, diagnosis, and status as a syndrome, independence from disability, measurement, and consequences have left us with a rich concept ideally suited to primary care.

At its simplest, frailty is a state of increased vulnerability to adverse outcomes. Campbell defined frailty in more complex terms, as a condition or syndrome that results from a multisystem reduction in reserve capacity, to the extent that a number of physiological systems are close to, or pass, the threshold of symptomatic clinical failure. In this sense, frailty can be seen as a loss of resources in several domains of functioning, which leads to a declining reserve capacity for dealing with stressors. Frailty is an aggregate of subthreshold decrements that affect multiple physiological systems, causing increased vulnerability. The shared central notion about frailty is of an older person who is at heightened risk of adverse health status change. It is a multidimensional concept that considers the complex interplay of physical, psychological, social, and environmental factors.

Fried *et al* argued that frailty is a distinct entity recognised by clinicians, with multiple possible manifestations and no single manifestation, by itself, being sufficient or essential in the presentation. They operationalised a phenotype of frailty, based on the presence of three or more core elements: weakness, tiredness, poor endurance, weight loss, low levels of physical activity, and slow gait speed. In this heuristic (rule of thumb), three or more of these features denote frailty, one or two denote a precursor state, and none denotes no frailty. These states are related to each other, and to death, in complex ways, as shown in one important aspect of this model is that both frailty and its precursor state are potentially reversible.

The low functional reserve and unstable homeostasis of frailty have important clinical consequences, including an increased risk for multiple adverse health-related outcomes, disability, morbidity, falls, hospitalization, institutionalization, and death. As a clinical concept, frailty has consi-

derable value. Frailty predicts 3 year incidence or progression of disability in both mobility and activities of daily living, independent of comorbid diseases, health behaviours, and psychosocial characteristics. The risk for individual mortality can be predicted better by frailty than by chronological age, and mortality among older people with chronic heart failure increases with frailty.

Research has shown that the degree of frailty is a better predictor or selection criterion for treatment and intervention than morbidity. Chronological age is a poor indicator for biological age, because the ageing process differs among people for genetic and environmental reasons. Frailty is therefore more directly related than chronological age to adverse outcomes.

Several measurement instruments have been proposed in order to screen elderly for early stages of frailty in a community dwelling elderly. A number of these instruments have been developed to measure the level of frailty as part of a stepwise assessment of vulnerability. They were developed with different intentions, as case finder, screening instrument, or assessment tool. Some easy instruments are published, although discussion exists about the feasibility for general practice. GPs need easy instruments that allow a two-step approach, with a simple heuristic tool (a 'rule of thumb') as the first step, and a more complex assessment as the second. In many European countries, GPs could integrate the first step into their daily work, and delegate the second step to a nurse, practice assistant, and sometimes secondary care. Short instruments exist and some of them have proven their clinical value in a stepwise diagnostic procedure.

Frailty provides a conceptual basis for moving away from organ- and disease-based medical approaches towards a health-based integrative one, and therefore fits the biopsychosocial model of generalism very well. It is worthwhile in the process of integrating health and social care, for example in case-management projects. Frailty as a concept can have an important contribution to care at the end of life, precisely because it is not focusing on disease. It also can be helpful for GPs in integrating their work in nursing homes with palliative care.

Research should now focus on how the transition to a more in-depth geriatric assessment in primary care can be most effectively facilitated and on the added value of such an assessment for frail, community-dwelling older people as well as on the effectiveness of interventions based on an operational definition of the frailty concept using appropriate outcome measures.

Reference

1. De Lepeleire J., Iliffe S., Mann E., Degryse J. M. Frailty: an emerging concept for general practice // Br. J. Gen. Pract. 2009. — Vol. 59, № 562. — P. e177–e182.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ХРУПКОСТИ КАК ОДНОГО ИЗ ВАРИАНТОВ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Н. А. Гурина

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

SUBSTANCE OF STUDYING FRAILTY AS AN OPTION OF AGING

N. A. Gurina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Введение. Изучение международного опыта способствует знакомству с новыми теориями и концепциями, использование которых в клинической практике содействует улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам. В гериатрии к таким современным концепциям относят принцип комплексной оценки здоровья и принцип формирования групп пожилых людей, у которых вероятность наступления неблагоприятных исходов (госпитализация, инвалидность, смерть) наиболее велика. Последнее базируется на изучение вариантов старения организма, один из которых может протекать по типу хрупкости.

Понятие «хрупкость» является новым для российской практики. Однако формирование этой концепции необходимо для определения наиболее уязвимых групп пожилого населения с целью оказания им адекватной помощи, повышения качества и продолжительности их жизни. Феномен хрупкости определяется как истощение физиологических резервов организма, предвестник беспомощности или инвалидности. В то же время он является динамичным, то есть критерии, определяющие это состояние, могут быть изменены в лучшую сторону или стабилизированы, что имеет большое практическое значение.

В литературе предложено много моделей для изучения варианта старения по типу хрупкости, наиболее известна модель, разработанная Линдой Фрид и ее коллегами в 2001 г. (Fried L. P. et al., 2001).

Одной из научных задач проекта «Хрусталь» является изучение хрупкости как варианта старения организма.

Материалы и методы. Используя комплексную гериатрическую оценку участников (n = 611) в возрасте 65 лет и старше, обследованных в рамках научного исследования «Хрусталь», были выбраны показатели, соответствующие критериям модели хрупкости Л. Фрид и коллег.

Модель характеризуется 5 критериями: 1) мышечная слабость; 2) апатия, усталость, опустоше-

ние; 3) снижение физической активности; 4) медленная походка; 5) снижение массы тела. В нашем исследовании первый критерий определяли как 20% наименьших результатов динамометрии, откорректированных по полу и значению ИМТ; в качестве второго критерия использовали положительный ответ на вопрос № 13 гериатрической шкалы депрессии; третий критерий определяли по результатам шкалы самооценки уровня физической активности; снижение скорости походки рассчитывали по результатам прохождения дистанции в 6 метров, причем брали 20% наихудших показателей, откорректированных по полу и росту обследованных; наконец, пятый критерий определяли по результатам краткой оценки питания.

Пожилых людей относили в категорию хрупких, если они имели 3 и более критериев. Обследованные, не имеющие ни одного из перечисленных симптомов, были отнесены в категорию «крепких» пожилых людей. При наличии одного или двух критериев их состояние определяли как промежуточное или прехрупкость.

Результаты. Среди обследованных в возрасте 65–74 лет мышечная слабость определена у 13,0% мужчин и 11,2% женщин; чувство опустошенности, апатии испытывали 52,0% мужчин и 55,6% женщин; медленно ходили 26,0% мужчин и 17,6% женщин. В 40% случаев пожилые данного возраста оценили свою физическую активность, как низкую; 17,0% мужчин и 16,6% женщин имели риск недостаточного питания.

Пожилые люди в возрасте 75 лет и старше имели более выраженные показатели сниженного здоровья. Низкая мышечная сила определена у 24,7% мужчин и 26,2% женщин; чувство одиночества испытывали 67,1% мужчин и 73,8% женщин; медленная походка отмечена у 13,7% мужчин и 15,9% женщин; свою физическую активность оценивали как низкую уже 41,1% мужчин и 52,4% женщин; риск недостаточного питания определен у 19,2% мужчин и 22,3% женщин.

Достоверные различия между двумя возрастными группами были выявлены только у женщин по таким показателям как мышечная слабость, чувство одиночества, низкая физическая активность в сторону их ухудшения с возрастом ($p < 0,05$).

В целом среди пожилых людей в возрасте 65 лет и старше феномен хрупкости определялся в 21,1% случаев, прехрупкостью характеризовались 63% обследованных, 15,9% пожилых оставались крепкими.

В возрастной группе 65–74 года мужчин с хрупкостью было выявлено 16,0%, а женщин — 13,2%; с прехрупкостью — 68,0% и 66,3% соответственно, и 16,0% мужчин и 20,5% женщин оставались крепкими.

В группе обследованных в возрасте 75 лет и старше синдром хрупкости выявлен у 19,2% мужчин и 27,9% женщин, прехрупкости — у 53,4% мужчин и 60,9% женщин. В свою очередь, 17,8% мужчин и 11,2% женщин старческого возраста

оставались крепкими и не имели ни одного критерия хрупкости.

Женщин с клиническим синдромом хрупкости было достоверно больше во второй возрастной группе ($p < 0,05$).

Заключение. Среди пожилых людей в неорганизованной популяции вариант старения организма по типу хрупкости широко распространен. Это требует повышенного внимания со стороны первичной медико-санитарной помощи, в том числе и потому, что уже предложены несложные профилактические мероприятия для инициации обратного течения процесса или его стабилизации. Однако модель, использованная Л. Фрид и коллегами, представляется сложной и громоздкой для повседневной практики. Поэтому следующим этапом нашего исследования станет разработка удобного в применении и эффективного в плане повышения качества помощи пожилым людям опросника для использования в общей врачебной практике.

LATE-LIFE DEPRESSION

G. Jogerst

Iowa State University, USA

ДЕПРЕССИЯ ПОЗДНИХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Г. Джогерст

Университет штата Айова, США

Introduction: Depressive disorders create an enormous toll of suffering, disability and economic loss. Only a small minority in need receive basic treatment for clinical depression. Integrating mental health services into primary care, according to the World Health Organization, is the most viable way to close the treatment gap.

Prevalence of Late Life Depression: Late-life depression is reported in 5–10% of older primary care patients. Screening for depression with standardized scales in older Russian patients shows rates of approximately 20% for men and 40% for women. In 2009 32% of patients age 60 years and older visiting one family medicine clinic in St-Petersburg screened positive (9-item Patient Health Questionnaire [PHQ-9] score of 10 or above), signifying probable need for depression treatment.

Diagnosis: The diagnosis of depression in an older adult can be difficult because of somatic symptoms from co-morbid conditions, lack of symptom reporting and age-associated sensory changes. However, most of the older patients with depression have at least one specific depressive symptom,

including depressed mood, feeling of worthlessness, anhedonia or thoughts of suicide. Screening tools such as the PHQ-9 and Geriatric Depressive Scale may be efficient and effective in alerting family doctors to depressive symptoms in their clinic patients.

Treatment: Antidepressant medications provide effective treatment, and there is little difference in efficiency among these medications. There are lower treatment withdrawal rates with selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) compared to tricyclic antidepressants. Symptom response may not occur for 8–12 weeks. Older patients may be reluctant to take medication, and psychotherapy is an excellent treatment option, but is limited by availability of adequately trained therapists.

Cultural Caveat: A word of caution is important. Humans are fundamentally cultural beings. There is an assumption in making the diagnosis of depression that a cluster of symptoms identifies a distinct form of pathology. Diagnostic categories developed in one cultural context may obscure

important cultural variations in a different setting. Using the PHQ-9 scale (based on western culture Diagnostic and Statistical Manual IV criteria for depression) we found that older Russians express less difficulty with daily activities per level of depressive symptoms than older American patients. Do Russian patients tolerate depression better or are there many other life's demands that cause difficulties for the Russian patient than the Ame-

rican patient? Are there cultural variations in expressing depressive symptoms and are there different criteria that should define depression in Russia?

Conclusion: Late-life depression is a prevalent disorder that requires interventions from family doctors to close the treatment gap. There is a need to develop and use culturally sensitive screening and diagnostic criteria.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Н. Н. Петрова

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

COGNITIVE DISORDERS IN OLD AGE AND IT CORRECTION

N. N. Petrova

St-Petersburg State University, Russia

Раннее выявление и адекватная терапия когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста имеют несомненное значение для повышения качества жизни пациентов и их близких, а также улучшения прогноза заболевания. Несмотря на значительную частоту в популяции случаев минимальной мозговой дисфункции, большинство из них остаются недиагностированными. Представляется актуальной дифференциация депрессии, протекающей с когнитивными расстройствами (псевдодеменция) и ранних проявлений собственно деменции.

На примере 50 больных в возрасте от 50 лет и старше (средний возраст $60,1 \pm 4,86$ года) с применением клинического метода, шкалы MMSE и «Руководства по оценке психических расстройств в общей медицинской практике» (Primary care evaluation of mental disorders — PRIME-MD), визуально-аналоговой шкалы оценивались особенности клинических проявлений и динамики когнитивных расстройств и качества жизни больных в процессе ноотропной терапии.

Наиболее часто обследованные предъявляли жалобы на головную боль (74%), головокружение (69%), нарушение сна (66%), постоянное чувство усталости, упадок сил, повышенную утомляемость, колебания настроения, снижение работоспособности (85%). Эти жалобы являются основой клинических критериев для диагностики начальных проявлений недостаточности кровообращения мозга (НПНКМ), а также специфичны для дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) в целом. Проявления психоорганического синдрома с когнитивными и дисмнестическими

расстройствами были связаны с сосудистым поражением головного мозга (гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга, сахарный диабет) — «сосудистые когнитивные расстройства» по V. Natchinski, — и соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» (F06,6), «Легкое когнитивное расстройство» (F06,7). Выявлялся инициальный этап сосудистой деменции. В клинической картине когнитивных расстройств были представлены замедленность мышления, нарушения произвольного внимания, трудность сосредоточения, затруднения при переключении с одной задачи на другую, повышенная отвлекаемость. Диагностика умеренных когнитивных нарушений проводилась в соответствии с критериями, разработанными R. Petersen, J. Touchon: свидетельства пациента или его ближайшего окружения об ухудшении когнитивных способностей по сравнению с преморбидным уровнем; когнитивные нарушения по данным нейропсихологического тестирования, выходящие за пределы возрастной нормы; отсутствие нарушений повседневной активности, за исключением наиболее сложных и непривычных для пациента видов деятельности; имеющиеся когнитивные нарушения не достигают уровня деменции. В ряде случаев отмечались эмоциональная лабильность, тревожно-депрессивные расстройства, не превышавшие умеренной степени выраженности. Показана положительная динамика психического состояния и качества жизни больных в процессе психофармакотерапии.

DEPRESSION AND HEART FAILURE

C. Turvey

Iowa State University, USA

ДЕПРЕССИЯ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

К. Турвей

Университет штата Айова, США

Introduction: Heart failure, where the heart does not pump enough blood for the needs of the body, is strongly associated with aging. The Rotterdam Study found heart failure to increase from 0,9% in people aged 55 to 64, to 17,4% in people aged 85 or older. Comorbid depression is common in heart failure. Approximately one in five elders with heart failure suffers from depression. Depression in heart failure leads to poor self-management of the illness, more frequent hospitalization, and increased mortality. In cardiac conditions, comorbid depression is as strong a risk-factor for death as smoking. Comorbid depression incurs a two-fold increased risk for death in cardiac conditions even after controlling for other major cardiac risk factors.

Possible mechanisms for this increased risk are increase in unhealthy lifestyle factors, systematic inflammation, endocrine or autonomic dysfunction, increased platelet reactivity, or endothelial dysfunction.

Risk-factors for Depression in Heart Failure: One of the strongest risk factors for depression in heart failure is functional impairment. Compared with other chronic illnesses such as arthritis and diabetes, heart failure has the highest degree of functional impairment. Heart failure is also associated with cognitive impairment. Functional impairment is stronger than ejection fraction in predicting depression in heart failure. Functional impairment leads to three main stressors in late-life 1) loss of autonomy, 2) loss of enjoyable and meaningful

activities, and 3) fear of being a burden on family. All of these factors increase one's risk for depression.

Treatment: Antidepressants can be effective in cardiac illness, and the selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) are well tolerated. However, recent observational studies, such as the Harvard Nurses Health Study, found an association between antidepressant use in cardiac illness and increased mortality. Non-pharmacologic treatments, such as psychotherapy have been effective, though response rates are low to moderate. Another behavioral therapy that is increasing in popularity is illness management coaching based on the Chronic Care Model proposed by Wagner. In illness management programs, patients with heart failure are taught daily behaviors they can do to improve their illness, such as daily weighing, salt-restriction, and physical activity. However, these programs do not address depression.

Novel Intervention: Dr. Turvey has developed a new intervention which combines illness management with psychotherapy. The aim of the intervention is to teach patients behaviors that will enhance both cardiac and depression outcomes. The psychotherapy portion of the intervention teaches patients with heart failure how to cope with functional impairment.

Conclusion: Interventions which help elders cope with functional impairment in heart failure will improve both mood and health-related quality-of-life.

PHYSICAL ACTIVITY FOR THE ELDERLY — INTERVENTIONS IN GENERAL PRACTICE

G. C. Spatharakis

Public Primary Health Care Center of Itea, Phokida, Greece

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ — ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УРОВНЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Дж. К. Спатаракис

Государственный центр первичной помощи г. Итеи, Фокида, Греция

Physiological senescence is followed by many bio-psychological phenomena. These represent a decline of all organic systems (each of which, of

course, is touched in a very different way) and a disregulation of all homeostatic mechanisms of the human body. These lead to poly pathology

(presence of multiple pathologies — comorbidity), polypharmacy (simultaneous use of more than two drugs), iatrogenic problems (mostly pharmacological interactions and undesirable drug effects) and atypical manifestations of disease or syndromes.

Elder persons mobility is generally diminished due not to only to changes in the musculoskeletal apparatus (arthritis, sarcopenia, osteoporosis) but also to psychological contributors (some of them physiological but some others pathological, like depression).

One of the most characteristic biological features of aging is sarcopenia that is the diminution (poverty) of muscle mass that leads in its turn to an increase of total body fat mass. Wasting of muscle is due to reduced mobility or immobility and/or to many different disease conditions (neurologic diseases, joint problems, malnutrition, etc.) but also produces a decrease in mobility, physical activity in old age, among others, creating so a vicious cycle. Sarcopenia consists an important contributor of frailty and produces negative consequences that affect many functions of the human body and aspects of the elder everyday life.

Any comprehensive system of Primary Health Care or Community Management of community-dwelling elderly persons should implement interventions aiming the increase of physical activity at all ages, if possible. This in the aim of protecting the already existing muscular capital and mostly the conservation of elderly's independence for the basic and necessary activities of daily living (like transfers from bed to chair and to the erect position and vice versa, moving around the house, complete and correct use of the toilet, preparing and consuming one's meal, taking a bath, dressing and undressing, going shopping out of the house, etc.).

Stimulated and programmed physical activity in the elderly should mostly be focused in reducing, if not stopping and reversing the muscular atrophy and change. This activity should not exceed cardio-pulmonary possibilities of the aging human body and should be individualized and adapted according to one's medical record, actual general assessment and mobility possibilities. This procedure should not necessarily be completed only by General Practitioners / Family Doctors (GP/FDs) but should also include other (health) professionals like physiotherapists, physical trainers, etc.

The exercise should mostly be of aerobic nature but also comprising elements for muscular strength enhancement and preservation or amelioration of musculo-skeletal elasticity/plasticity.

In this context, bibliography suggests that mild and complex exercising like swimming or "Tai Chi" is very beneficial.

Physical training must also be eventually combined with social contact (in the form of group activities) aiming at the preservation of human contact or the re-socialization of lonely individuals.

In this context, Primary Health Care Physicians or Nurses should very well know the local available resources for enhancing the physical activities of the community-dwelling elderly of their region and include and implement them in their individual and community planning.

Adequate nutrition is also crucial for this goal. Caloric intake should be optimized and in the case of the sarcopenic elderly possibly protein / energy supplementation should be considered as a condition sine qua non for the success of the overall effort. Simple dietetic procedures can be provided by GP/FDs themselves but in some cases nutritionist or dietetician counselling is useful and necessary.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ В УСЛУГАХ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Т. В. Бондаренко*, С. В. Трофимова**

*Санкт-Петербургский Городской гериатрический медико-социальный центр,

**Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Россия

THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF NEEDS ASSESSMENT OF THE ELDERLY IN GERIATRIC SERVICES

T. V. Bondarenko*, S. V. Trofimova**

*St-Petersburg City Geriatric Medical-social Center,

**St-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology of the North-West Branch of RAMS, Russia

Гериатрическая помощь — это долговременная медико-социальная помощь лицам пожилого возраста (60 лет и старше), страдающим хро-

ническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию.

Развитию гериатрической помощи в Санкт-Петербурге способствовала не только сложившаяся в городе к концу 1990-х годов демографическая ситуация в области старения населения, сопоставимая с ситуацией в странах Западной Европы. Огромное значение имело изменение финансирования системы здравоохранения и несовершенство системы оказания социальных услуг. Кроме того, появилась возможность использования демократических институтов, а также возможность изучения международного опыта. В рамках реализации Законов СПб. «О медико-социальной программе «Гериатрическая помощь населению СПб. 1998–2000 гг.» и «О медико-социальной программе «Гериатрическая служба и система хосписов в СПб. 2001–2004 гг.», в городе была организована сеть учреждений, оказывающих гериатрическую помощь.

Среди медицинских проблем пожилых людей особое место занимают несколько патологий: старческое слабоумие (деменции различного генеза, в том числе альцгеймеровского типа), остеопороз и его последствия (переломы шейки бедра и позвоночника), тугоухость и слепота, нарушения мочеиспускания, сахарный диабет II типа и его осложнения. Эти проблемы лиц пожилого возраста звучали во врачебной практике и раньше, но имели не столь большое распространение и низкую эффективность фармакологических методов лечения. Специалисты гериатрической службы предложили выработать новые комплексные медико-социальные подходы к их решению. Таким образом, в гериатрической практике, помимо фармакологического лечения, используются различные виды реабилитации, в том числе и социальной.

Определение потребности пациентов в тех или иных видах помощи определяется на амбулаторном приеме врачом-гериатром и медицинской сестрой при помощи гериатрической оценки пациента не реже 1 раза в год (пациентам 90 лет и старше не реже 2 раз в год). На основании гериатрической оценки врач-гериатр решает вопросы о госпитализации пациента в стационар гериатрического профиля или оказании ему других видов помощи, в том числе и социальной. Одной из важнейших задач при оказании помощи пожилым людям является выявление групп высокого риска, т. е. тех, которые, в конечном счете, в ней нуждаются.

В настоящее время это позволяет сделать так называемая гериатрическая оценка пациента, которая является критерием, отражающим не только динамику состояния пациента, но и позволяющим разработать индивидуальную программу реабилитации или ухода, а также служит основой для определения потребности пожилых

людей в медицинской и социальной помощи.

Гериатрическая оценка пациентов состоит из рейтинговых шкал и опросников, которые позволяют определить эффективность работы с пожилым человеком.

Каждый пациент городского гериатрического центра (далее — Центр), поступаая в стационар, проходит собеседование с социальным работником. При этом заполняется социальная карта пациента.

Все лечебные отделения Центра, а также отделение реабилитации, хоспис, служба «тревожная кнопка» и сурдологический центр ведут единую «карту оценки способности пациента к самообслуживанию».

В геронтопсихиатрическом отделении Центра для всех поступивших пациентов применяется тест определения нарушения когнитивных функций.

В урологическом отделении Центра применяется сразу несколько дополнительных оценочных инструментов:

— Шкала международной системы суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы для мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы;

— Индекс симптомов инконтиненции — опросник, аналогичный вышеописанному, для женщин, страдающих недержанием мочи.

В отделении реабилитации на каждого пациента заводится карта оценки эффективности реабилитации.

В хосписе применяются две дополнительные оценочные шкалы: общая активность пациента и самооценка боли.

В сурдологическом отделении для оценки снижения слуха применяется шкала Левина — Ермолаева.

Большинство из перечисленных оценочных инструментов, представленных рейтинговыми шкалами, направлено на решение узконаправленных задач. На основе 10-летнего использования, в 2005 г. часть из них были внесены в Распоряжение Комитета по здравоохранению как неотъемлемая часть документации подразделений гериатрической службы, позволяющих оценить потребность пожилого человека в ее услугах.

Использование гериатрической оценки пациента планировалось для объединения усилий всех служб, от которых зависит качество жизни пожилого человека, так как результаты этой оценки понятны не только медицинским работникам, но и социальным. В настоящее время, несмотря на предпринимаемые меры, оценка потребности пожилых людей в услугах в основном проводится необъективно и непоследовательно. Отсутствие единых критериев оценки потребностей пациента в услугах для учреждений здра-

воохранения и социальной защиты населения, оказывающих помощь пожилым людям, не позволяет объективно оценить потребность отдельных людей или групп пациентов в услугах и планировать программы оказания помощи им.

Из-за отсутствия единых критериев оценки потребностей пожилого человека в услугах, решение об объемах и необходимости лечения в стационаре или оказании помощи на дому принимают отдельные врачи или социальные работники на основе субъективной оценки. Все это ведет к тому, что принимаемые решения не всегда бы-

вают объективными, а это приводит не только к снижению качества ожидаемой пожилым человеком помощи, но и к неэффективному использованию ресурсов общества.

Вместе с тем, продуманная и последовательная оценка состояния здоровья и функциональных возможностей пожилого человека имеет большое значение с точки зрения направленности, объемов и своевременности помощи, а также для планирования такой помощи не только в индивидуальном порядке, но и для развития системы ее оказания.

МЕДИЦИНСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ): ВРЕМЯ СМЕНИТЬ ПАРАДИГМУ

Б. Л. Мовшович

Самарский государственный медицинский университет, Россия

MEDICAL COMPONENT OF THE HEALTH DEFINITION GIVEN BY WORLD HEALTH ORGANIZATION: TIME TO CHANGE PARADIGM

B. L. Movshovich

Samara State Medical University, Russia

Жизнь человека может быть представлена простой схемой: при рождении 100% здоровья, отпущенного Всевышним. Однако тут же запускается «летальный ген», ибо человек, рожденный земной женщиной, должен умереть. Исполнив биологическую роль, присущую всему живому: родив детей, взрастив их, дождавшись внуков и, в идеале, уже потом, когда-то, умереть. Врачи древности не знали генетики, но были хорошо образованны и обладали здравым смыслом. Цельс (Celsium) был первым, провозгласившим тезис о месте наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*), которое у каждого индивидуума свое: орган, система органов, метаболизм, генетические дефекты и др. Работает классическая схема: компенсация — полом — декомпенсация — смерть. Таков путь жизни и дорога к смерти — танатогенез.

Несколько поколений врачей воспитаны на классических критериях составляющих здоровья ВОЗ: образ жизни — 50%, экология — 20%, наследственность — 20%, клиническая медицина — 10%^{1,2}. Если правительства и парламенты выделяют достаточное количество средств на улучшение среды обитания людей, удовлетворение их витальных потребностей, создание мотивации

к правильному образу жизни, хорошо финансируют клиники, это повышает уровень общественного здоровья, *потенциала здоровья нации в целом*. С индивидуумом, его семьей, общиной работают врач общей практики (ВОП), медицинская сестра (МС ВОП). ВОП/СВ и МС ОВП — ключевые фигуры в управлении *индивидуальным здоровьем*.

Проводя в течение 20 лет консультации профессора пациентов ВОП (7120 чел) в контексте их семейного и микросоциального окружения, появились обоснованные сомнения в правомерности соотношения общепринятых составляющих здоровья ВОЗ применительно к индивидууму. Наш логический посыл сводится к следующим положениям. Принцип — достижение высокого индекса кооперации (*compliance*) в тандеме ВОП/СВ, МС ОВП — пациент, семья, община. Концепция — управление комплексом немедицинских и медицинских факторов здоровья в семье. Управление немедицинскими факторами здоровья (рациональное водопотребление и питание, подпрограммы «чистый воздух в доме», «двигательная активность», «нет алкоголю и табаку, наркотикам», экология души) — программы семейного воспитания, семейной профилактики.

¹Здоровье для всех к 2000 году — глобальная стратегия. — Женева: ВОЗ, 1981. — 104 с. (Здоровье для всех, № 3).

²Всемирная организация здравоохранения (Женева). Ассамблея 33; 1980. 33-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 5–23 мая 1980 года: Резолюции и решения. Приложения. — Женева: ВОЗ, 1981. — 206 с.

Управление медицинскими факторами здоровья — лечение острых болезней до выздоровления (профилактика хронизации), поддерживающая терапия хронических болезней с эталоном конечного результата в виде полного психологического и социального благополучия. В управлении индивидуальным здоровьем паритетно участие пациента и его семьи, ВОП/СВ, МС ОВП. При достижении высокого индекса кооперации и его подкреплении в ходе вмешательства ВОП/СВ и МС ОВП удается реализовать программу семейного воспитания, модифицируя образ жизни (50% потенциала здоровья), экологию жилища и рабочего места (20% потенциала здоровья). Правильный образ жизни и первичная профилактика болезней группы риска в семье у детей и подростков через программы семейной профилактики — модуль управления генетическими факторами здоровья (20% потенциала здоровья). И, наконец, лечение болезней. Этот фактор (10% потенциала здоровья) следует обсудить отдельно. Действительно, если человек болеет редко и болезни его кратковременны, этот процент, вероятно, реален. Но, что в обыденной жизни встречается гораздо чаще, если человек страдает одной, а нередко двумя-тремя хроническими болезнями, и ВОП удается добиться стойкой клинической ремиссии, пациент получает адекватную поддерживающую терапию, полная компенсация делает его здоровым, работоспособным, самодостаточным, успешным (критерии социального и психологического здоровья). О каких 10% потенциала здоровья может идти речь? Для больного человека вклад медицины, в особенности ее первичного звена (ВОП, МС ОВП) в его здоровье гораздо выше декларированных ВОЗ 10%. При адекватной современной терапии с использованием препаратов-брендов 3-го поколения, работающих в течение 12–24 ч по принципу доза-эффект, хорошо переносимых, нам удалось моделировать следу-

ющую графологическую пациенториентированную модель: ты нездоров, но не знаешь, что с тобой. Или: ты думаешь, что здоров, но врач сказал, что ты болен и болезнь со временем проявит себя, однако справиться с ней будет трудно, а подчас невозможно. Врач и медицинская сестра убедили тебя в необходимости лечиться постоянно, обучили методам самоконтроля основных параметров (АД, глюкоза крови, ОФВ₁ и др.). Ты убедился, что лечение эффективно. Ты научился контролировать состояние своего здоровья, менять дозировки препаратов по принципу доза-эффект. Вместе с врачом ты добился полного социального и психологического благополучия вопреки болезни. Коллеги не догадываются, что ты болеешь и постоянно лечишься. Ты такой же как все.

Заключение. Первичное здравоохранение — тот архимедов рычаг, который может позитивно повлиять на все составляющие потенциала индивидуального здоровья. Это образ жизни (50% потенциала здоровья), экология жилища и рабочего места (20% потенциала здоровья), наследственность как преформированное через цепь поколений позитивное влияние правильного образа жизни и хорошей экологии (20% потенциала здоровья) и собственно медицинский, клинический фактор (10% потенциала здоровья по критериям ВОЗ). Для здорового человека, редко болеющего острыми болезнями, цифра в 10%, вероятно, справедлива. Если же пациент страдает хронической болезнью и врачу удается достичь хорошей компенсации (критерий — полная психологическая и социальная адаптация), вклад медицины в индивидуальное здоровье весьма велик. Все изложенное, с нашей точки зрения, — весомый аргумент к пересмотру базовой концепции ВОЗ о малой, 10%-ной значимости медицинского фактора в структуре потенциала индивидуального здоровья.

ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ

А. М. Осадчук

Самарский государственный медицинский университет, Россия

ELDERLY PATIENT WITH STOMACH ULCER IN GENERAL PRACTICE: FEATURES OF MANAGEMENT

A. M. Osadchuk

Samara State Medical University, Russia

Хеликобактер-ассоциированные заболевания являются одними из самых распространен-

ных болезней человечества. Ими страдает около половины населения земного шара. Несмотря на

многочисленные исследования, посвященные изучению заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (Hр), многие аспекты их этиологии и патогенеза остаются неясными. Успешное лечение хеликобактер-ассоциированных заболеваний предполагает обязательную элиминацию Hр. Однако невозможность ее достижения у всех пациентов, даже при повторных курсах эрадикационной терапии Hр, рост устойчивости хеликобактера к используемым антимикробным средствам создает необходимость разработки и внедрения все более совершенных средств лечения данной группы заболеваний. Особую проблему представляет лечение язвенной болезни желудка (ЯБЖ), ассоциированной с Hр, у лиц пожилого возраста. Это связано с тем, что у пожилых пациентов снижается регенераторная способность слизистой оболочки желудка (СОЖ), предопределяющая существование длительно не рубцующихся язв. Нередко у лиц пожилого возраста в патогенезе ЯБЖ участвуют несколько ulcerогенных факторов (Hр, ишемия, прием НПВП и т. д.). У лиц пожилого возраста ЯБЖ сочетается по крайней мере с 5–6 заболеваниями, отягощающими ее течение (сахарный диабет, атеросклероз чревной и брыжеечных артерий, хроническая сердечная недостаточность и т. д.) и затрудняющими ее лечение. Все это обуславливает необходимость применения в схемах эрадикационной терапии Hр и лечения обострения ЯБЖ лиц пожилого возраста цитопротективных препаратов, оптимизирующих процессы клеточного гомеостаза эпителиоцитов СОЖ.

Цель — повышение эффективности антихеликобактерной терапии, улучшение процессов клеточного обновления СОЖ, повышение качества прогноза обострения заболевания у пациентов пожилого возраста, страдающих ЯБЖ.

Материалы и методы. Всего было обследовано 175 пациентов пожилого возраста (60–74 года), в среднем $66,5 \pm 2,1$ года: 100 — с неосложненным течением ЯБЖ, 30 — с хроническим неатрофическим гастритом (ХНГ), 30 — с хроническим атрофическим гастритом (ХАГ) и 15 — практически здоровых. В группы обследованных с ЯБЖ, ХНГ и ХАГ вошли инфицированные Hр. Больные с ЯБЖ были разделены на 2 равные группы по 50 человек в каждой. Критерием включе-

ния пациентов в обследование явилось отсутствие обострения и декомпенсации сопутствующих заболеваний. В 1 группе проводилась эрадикационная терапия первой линии в соответствии с Маастрихтским консенсусом III (омез по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, амоксицилин по 1000 мг 2 раза в день). Во 2 группе больных с ЯБЖ традиционная схема дополнялась назначением де-нола по 500 мг 2 раза в сутки. После проведения 7-дневной эрадикационной терапии больные с ЯБЖ 1 группы продолжали терапию омезом по 20 мг 2 раза в день до рубцевания язвенных дефектов, а 2 группы — омезом по 20 мг 2 раза в день и де-нолом по 500 мг 2 раза в день до рубцевания язвенных дефектов. Все больные обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастродуоденоскопию, общее морфологическое, иммуногистохимическое исследования, гистиобактериоскопию. Оценка клеточного обновления проводилась на основе изучения экспрессии Vcl-2, Ki-67 и индекса апоптоза ($I_{\text{АПТ}}$) эпителиоцитов СОЖ.

Результаты. Для пациентов обеих групп характерным явилось значительное возрастание $I_{\text{АПТ}}$ и экспрессии Ki-67, Vcl-2. В 1 группе эрадикация достигалась у 76% больных с ЯБЖ. Через 6 недель после эрадикации Hр констатировалось достоверное снижение числа клеток иммунопозитивных к Ki-67 и падение IАПТ. Экспрессия Vcl-2 достоверно не изменялась.

У больных 2 группы элиминация Hр достигалась в 94% случаев. Спустя 6 недель от начала лечения определялось снижение $I_{\text{АПТ}}$ и экспрессии Ki-67, Vcl-2, в достоверно большей степени, чем в 1 группе. Расчет коэффициентов регрессии математической модели позволяет представлять ЯБЖ как стадию нарушений клеточного гомеостаза, следующую за ХНГ и предшествующую ХАГ.

Выводы. Эрадикационная терапия с де-нолом достоверно увеличивает процент элиминации Hр, существенно улучшает характеристики клеточного гомеостаза эпителиоцитов СОЖ у пациентов пожилого возраста, страдающих ЯБЖ. Расчет $I_{\text{АПТ}}$ и экспрессии Ki-67, Vcl-2 позволяет представить ЯБЖ как стадию, следующую за ХНГ и предшествующую ХАГ.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Р. М. Газизов, А. П. Цибулькин, Л. Р. Газизова

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Казань ОАО «РЖД», Россия

STUDY EFFICACY OF MEDICAL AND NON-MEDICAL METHODS OF IMMUNOCORRECTION IN ELDERLY WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

R. M. Gzizov, A. P. Tsibulkin, L. R. Gazizova

Kazan State Medical Academy, Kazan Clinical Hospital, Russia

Актуальность. Эффективность иммунокорректирующих лекарственных средств (ЛС) при лечении больных острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) отмечается многими исследователями (Караулов А. В., 1999; Измайлов С. Г. и соавт., 2001; Земсков А. М. и соавт., 2008 и др.). Иммуномодулирующий эффект ксимедона и димефосфона, синтезированных в ИОФХ им. А. Е. Арбузова Казанского НЦ РАН, установлен в экспериментальных и клинических исследованиях (Слабнов Ю. Д., 1998; Орлов М. Д. и соавт., 2006; Златковская М. В. и др., 2009; Кравченко И. Э. и др., 2009 и др.). В последние годы все большее внимание привлекают немедикаментозные методы лечения. При изучении влияния озона на иммунный статус выявлено его иммуномодулирующее действие (Земсков А. М. и соавт., 2002; Шугаев В. Е. и др., 2009).

Цель работы. Сравнительная оценка эффективности отечественных оригинальных ЛС с иммунокорректирующим действием ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при ХРБС у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Наблюдалось 63 больных ХРБС в возрасте от 65 до 76 лет, из них женщин — 49, мужчин — 14. У всех больных диагностированы различные пороки сердца. ХСН I стадии была у 8 больных, ХСН IIА стадии — у 39, ХСН IIБ стадии — у 16. Больные были разделены на четыре группы: 16 больных I группы получали в течение трех недель традиционную терапию (ТТ); 24 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон в таблетках по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель; 13 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон в течение 21 дня внутрь по 10–15 мл

15% раствора 3 раза в день; 10 больным IV группы на фоне ТТ ежедневно (10 инфузий) внутривенно капельно вводили озонированный физиологический раствор (концентрация озона 0,5 мг/л). Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировали самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно выполняли клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ. Еженедельно в динамике определяли количество CD3+ Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлуоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте (Park В.Н., 1971) в модификации М. Е. Виксмана и А. Н. Маянского (1979); уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (Mancini G. et al., 1964).

Результаты. Комплексное лечение больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона, димефосфона и ОФР положительно влияло на течение ХРБС, что выразилось в более раннем проявлении положительной динамики у большего числа больных, чем при ТТ; более ранней, чем при ТТ, нормализации показателей клинического и биохимического анализов крови.

Комплексная терапия больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона и димефосфона, в отличие от ТТ, увеличивала сниженное количество CD3+ Т-лимфоцитов и их субпопуляций CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой

нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности в НСТ-тесте и уровнях сывороточных иммуноглобулинов.

Исследование влияния ОФР на показатели иммунной системы у больных ХРБС пожилого и старческого возраста не выявило значительной иммуностимулирующей активности. Содержание CD3+ и CD4+ Т-лимфоцитов несколько увеличилось у больных IV группы и превосходило показатели I группы; однако уровни доноров эти показатели не достигли. Существенно не менялось количество CD8+ Т-лимфоцитов и соотношение CD4+/CD8+. Изучение функциональной активности Т-лимфоцитов в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных ХРБС пожилого и старческого возраста на фоне

комплексной терапии с применением ОФР по сравнению с больными, получавшими ТТ, наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов. Исследование влияния ОФР на динамику сывороточных иммуноглобулинов выявило медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

Заключение. В комплексном лечении больных ХРБС пожилого и старческого возраста рекомендуется применять методы иммунореабилитации, в том числе отечественные оригинальные лекарственные препараты ксимедон и димефосфон. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным, по сравнению с ЛС, иммунокорректирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Р. М. Газизов, А. П. Цибулькин, Л. Р. Газизова

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Казань ОАО «РЖД», Россия

STUDY EFFICACY OF MEDICAL AND NON-MEDICAL METHODS OF IMMUNOCORRECTION IN ELDERLY WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

R. M. Gzizov, A. P. Tsibulkin, L. R. Gazizova

Kazan State Medical Academy, Kazan Clinical Hospital, Russia

Актуальность. Эффективность иммунокорректирующих лекарственных средств (ЛС) при лечении больных острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) отмечается многими исследователями (Караулов А. В., 1999; Измайлов С. Г. и соавт., 2001; Земсков А. М. и соавт., 2008 и др.). Иммуномодулирующий эффект ксимедона и димефосфона, синтезированных в ИОФХ им. А. Е. Арбузова Казанского НЦ РАН, установлен в экспериментальных и клинических исследованиях (Слабнов Ю. Д., 1998; Орлов М. Д. и соавт., 2006; Златковская М. В. и др., 2009; Кравченко И. Э. и др., 2009 и др.). В последние годы все большее внимание привлекают немедикаментозные методы лечения. При изучении влияния озона на иммунный статус выявлено его иммуномодулирующее

действие (Земсков А. М. и соавт., 2002; Шугаев В. Е. и др., 2009).

Цель работы. Сравнительная оценка эффективности отечественных оригинальных ЛС с иммунокорректирующим действием ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при ХРБС у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Наблюдалось 63 больных ХРБС в возрасте от 65 до 76 лет, из них женщин — 49, мужчин — 14. У всех больных диагностированы различные пороки сердца. ХСН I стадии была у 8 больных, ХСН IIА стадии — у 39, ХСН IIБ стадии — у 16. Больные были разделены на четыре группы: 16 больных I группы получали в течение трех недель традиционную терапию (ТТ); 24 больных II группы на фоне ТТ

получали ксимедон в таблетках по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель; 13 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон в течение 21 дня внутрь по 10–15 мл 15% раствора 3 раза в день; 10 больным IV группы на фоне ТТ ежедневно (10 инфузий) внутривенно капельно вводили озонированный физиологический раствор (концентрация озона 0,5 мг/л). Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировали самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно выполняли клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ. Еженедельно в динамике определяли количество CD3+ Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте (Park В.Н., 1971) в модификации М. Е. Виксмана и А. Н. Маянского (1979); уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (Mancini G. et al., 1964).

Результаты. Комплексное лечение больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона, димефосфона и ОФР положительно влияло на течение ХРБС, что выражалось в более раннем проявлении положительной динамики у большего числа больных, чем при ТТ; более ранней, чем при ТТ, нормализации показателей клинического и биохимического анализов крови.

Комплексная терапия больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона и димефосфона, в отличие от ТТ, увеличивала сниженное количество CD3+ Т-лимфоцитов и их субпопуляций CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой

нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности в НСТ-тесте и уровня сывороточных иммуноглобулинов.

Исследование влияния ОФР на показатели иммунной системы у больных ХРБС пожилого и старческого возраста не выявило значительной иммуностимулирующей активности. Содержание CD3+ и CD4+ Т-лимфоцитов несколько увеличилось у больных IV группы и превосходило показатели I группы; однако уровня доноров эти показатели не достигли. Существенно не менялось количество CD8+ Т-лимфоцитов и соотношение CD4+/CD8+. Изучение функциональной активности Т-лимфоцитов в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте Кона индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных ХРБС пожилого и старческого возраста на фоне комплексной терапии с применением ОФР по сравнению с больными, получавшими ТТ, наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов. Исследование влияния ОФР на динамику сывороточных иммуноглобулинов выявило медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

Заключение. В комплексном лечении больных ХРБС пожилого и старческого возраста рекомендуется применять методы иммунореабилитации, в том числе отечественные оригинальные лекарственные препараты ксимедон и димефосфон. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным, по сравнению с ЛС, иммунокорректирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

ЗДОРОВЬЕ, ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

М. Л. Сиротко, Л. И. Брылякова, С. Н. Брылякова, А. И. Кирасирова
Самарский государственный медицинский университет, Россия

HEALTH, HEALTHY LIFE STYLE AND QUALITY OF MEDICAL CARE FOR ELDERLY IN SAMARA DISTRICT

M. L. Sirotko, L. I. Brylyakova, S. N. Brylyakova, A. I. Kirasirova
Samara State Medical University, Russia

Проблема здоровья лиц пожилого и старческого возраста в настоящее время достаточно

актуальна как для Российской Федерации, так и для Самарской области. В последние годы в

Самарской области все отчетливее проявляется тенденция значительного повышения доли пожилых людей, прежде всего женщин. Так, доля лиц старше трудоспособного возраста за последние 20 лет (1990–2009 гг.) увеличилась с 18,7% до 22,4%. Старение населения области продолжится и далее: по прогнозу Самарстата, к 2015 г. оно достигнет 24,6%, к 2020 — 26,2%, к 2025 — 27,3%. Указанная тенденция будет характерна как для городского, так и для сельского населения, однако сельское население будет стареть быстрее (в 1,2 раза).

Что касается гендерных отличий в изменениях старших и младших возрастных групп в составе экономически активного населения Самарской области, то доля старших (прежде всего женщин) будет возрастать, а младших (преимущественно мужчин) сокращаться.

Среди факторов, определяющих общественное здоровье, большую роль играют факторы образа жизни (на их долю приходится более 50%) и доступность медико-социальной помощи.

Учитывая сложившуюся демографическую ситуацию в Самарской области, большое внимание уделяется организации гериатрической помощи. Гериатрическая служба представлена гериатрическими кабинетами, стационарная медицинская и социальная помощь оказывается в 47 отделениях дневного пребывания центров социального обеспечения. Многопрофильную, специализированную, высококвалифицированную помощь обеспечивает Самарский областной госпиталь ветеранов войн.

Целью нашей работы является изучение отношения людей пожилого и старческого возраста к основным составляющим здорового образа жизни и качеству медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: проанализировать результаты опроса респондентов об отношении к составляющим здорового образа жизни; оценить работу лечебно-профилактических учреждений с лицами пожилого и старческого возраста (по данным анкетирования).

Объектом наблюдения стали пациенты старших возрастных групп госпиталя ветеранов войн и других лечебно-профилактических учреждений города. Всего опрошено 183 человека, из них 56,8% мужчин и 43,2% женщин. В исследовании приняли участие лица в возрасте от 61 до 74 лет — пожилой возраст и от 75 до 90 лет — старческий возраст. Методы исследования: статистический, социологический (анкетирование), психологический, аналитический.

Анализ полученных данных показал, что отношение к своему здоровью, уровень знаний санитарно-гигиенических норм, принципов здорового образа жизни во многом зависит от образования. Среди участников опроса 74% имели

среднее образование, 26% — высшее. При оценке своего состояния здоровья 62% респондентов оценили его как низкое, среднее — 32,8% и всего 5,3% как очень низкое, причем соотношение этих данных среди мужчин (соответственно — 57,6%, 34,6%, 7,6%) и женщин (66,6%, 33,3%) было аналогичным. По характеру заболеваний у респондентов на первом месте стоят болезни системы кровообращения (61%), на втором месте болезни органов пищеварения (16%), на третьем месте болезни органов дыхания (13%), 7% составили костно-суставные патологии, 3% болезни нервной системы. У большинства пациентов отмечается сочетанная патология.

Комплексный медицинский осмотр ежегодно проходят 80,4% лиц пожилого и старческого возраста, из них женщины составляют 93,3%, а мужчины 73%. Кроме того, в течение года дополнительно обращались за медицинской помощью в поликлинику от 2 раз 61,9% и более 3 раз — 37,8% респондентов, поскольку более 75% (79,2) респондентов состоят на диспансерном учете, из них за последние три года оздоровление в лечебно-профилактических учреждениях получали 63,8%. В связи с этим можно отметить, что лечебно-профилактические и оздоровительные учреждения ответственно и в полном объеме реализуют все формы профилактической работы среди пожилого населения. При этом участники опроса в 60,9% случаев положительно отзываются о работе лечебно-профилактических учреждений, хотя определенные претензии существуют: в частности к лекарственному обеспечению, форме обслуживания, не всегда корректное отношение к пациентам.

Большинство опрошенных проявляют бережное отношение к своему здоровью: все систематически контролируют уровень артериального давления (в 98% случаев); негативно относятся к курению, алкоголю, наркотикам. Причем 75% мужчин редко употребляют алкоголь, 89% женщин практически исключили алкоголь из своего рациона, стараются соблюдать режим питания с ограничением приема сахара и соли.

Социологический опрос показал, что люди старших возрастов стремятся вести активный образ жизни: поддерживают разумное сочетание сна, отдыха и физической активности. Продолжительность сна у 39% респондентов составляет 8–10 ч и 6–8 ч — у 43,6%. Физическая активность реализуется занятиями утренней гимнастикой, хотя регулярно ею занимаются 32,3%, нерегулярно — 41,4%, причем чаще регулярно занимаются гимнастикой мужчины — 65,3%. Значительное время уделяют ходьбе: 63,6% — 2–3 ч, 44,1% меньше 1 ч. Но при этом большинство респондентов пользуются лифтом — 85,3%. Соблюдение правил личной гигиены составляет 100%.

В ходе анкетирования удалось установить, что 34% мужчин и 80% женщин являются одинокими. Данное обстоятельство существенно меняет качество жизни пожилого человека, что приводит к частым эмоциональным срывам, депрессиям, обострению хронических заболеваний. Это происходит с людьми, проживающими и самостоятельно (у 27% мужчин и 60% женщин) и живущими в семье — таких значительно больше (73% мужчин 40% женщин). Чувство одиночества присутствует у 39% опрошенных, несмотря на хорошие взаимоотношения с детьми и внуками (88,5% респондентов). Многие из них видят преодоление депрессивного состояния в работе по дому и на дачном участке (70% респондентов), в участии в коллективах художественной самодеятельности (4% респондентов), посещении групп здоровья. Таким образом, морально-пси-

хологический климат как критерий образа жизни играет важную роль в качестве жизни пожилого человека.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: лица старшего поколения достаточно ориентированы в своей патологии; бережно относятся к своему здоровью; не пренебрегают основными составляющими здорового образа жизни. Лечебные и оздоровительные учреждения в достаточно полном объеме реализуют все методы профилактической работы среди лиц пожилого и старческого возраста.

Дальнейшее совершенствование гериатрической помощи в Самарской области позволит создать такие условия, при которых старость будет восприниматься всеми людьми и каждым человеком в отдельности как достойный и полноценный этап жизненного пути.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РАМИПРИЛА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ СМАД

Е. А. Ацель, Р. М. Газизов, Е. Ю. Крохина, Э. Р. Нургатина, А. К. Садыкова
ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Казань ОАО «РЖД», Россия

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF ACE INHIBITOR RAMIPRIL IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

E. A. Azel, R. M. Gazizov, E. Y. Krohina, E. R. Nurgatina, A. K. Sadykov
Kazan State Medical Academy, Kazan Clinical Hospital, Russia

Цель: изучение эффективности ингибитора ангиотензинпревращающего фермента рамиприла (амприлан КРКА) при гипертонической болезни у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: 28 больных в возрасте 67–78 лет, средний возраст 71,5 лет, мужчин — 12, женщин — 16. У 11 больных имела место артериальная гипертония 1-й и у 17 — 2-й степени тяжести (ВНОК, 2007). Для оценки эффективности лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД) до и после проведения лечения. Длительность лечения составила 4 недели. Эффективная доза рамиприла была равна 5 мг/сут у 7 больных, 7,5 мг/сут — у 12 и 10 мг/сут — у 9. 10 пациентов дополнительно принимали 2,5 мг индапамида.

Результаты: на фоне терапии рамиприлом в дневные часы максимальное САД снизилось со $163,6 \pm 9,4$ мм рт. ст. до $145,8 \pm 10,4$ мм рт. ст., минимальное САД — со $128,3 \pm 7,6$ мм рт. ст. до $110,9 \pm 8,8$ мм рт. ст., среднее САД — со $146,3 \pm$

$7,5$ мм рт. ст. до $134,8 \pm 6,9$ мм рт. ст. Максимальное, минимальное и среднее ДАД на фоне лечения рамиприлом снизилось соответственно с $98,4 \pm 8,3$ мм рт. ст. до $82,7 \pm 7,2$ мм рт. ст., с $63,8 \pm 5,5$ мм рт. ст. до $56,2 \pm 3,9$ мм рт. ст. и $78,2 \pm 6,6$ мм рт. ст. до $68,1 \pm 5,7$ мм рт. ст. Ночью максимальное САД снижалось до $128,3 \pm 10,2$ мм рт. ст. при исходном $138,6 \pm 16,7$ мм рт. ст., минимальное САД — до $99,7 \pm 4,9$ мм рт. ст. при исходном $108,3 \pm 7,8$ мм рт. ст. и среднее САД — до $114,6 \pm 8,1$ мм рт. ст. при исходном $123,2 \pm 12,5$ мм рт. ст. Максимальное, минимальное и среднее значение ДАД в ночные часы также достоверно снижалось соответственно с $82,3 \pm 12,1$ до $68,4 \pm 11,8$ мм рт. ст., с $60,9 \pm 9,8$ до $57,3 \pm 5,7$ мм рт. ст. и $71,2 \pm 10,8$ до $62,4 \pm 9,7$ мм рт. ст. У 22 больных достигнут целевой уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. Снижение АД ни у одного больного не сопровождалось нарушением его суточного профиля.

Выводы: показана высокая эффективность рамиприла в лечении больных гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ

А. А. Баталова, Я. Б. Ховаева, Е. Н. Бурдина, О. С. Кадырова
Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера, Россия

CHARACTERISTICS OF THE ATHEROSCLEROSIS IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND COPD

A. A. Batalova, J. B. Hovaeva, E. N. Burdina, O. S. Kadyrova
Perm State Medical Academy named by E. A. Wagner, Russia

В настоящее время наряду с высокой распространенностью гипертонической болезни (ГБ) растет частота ее сочетанных форм с хрониче-

скими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ). Сочетанное течение АГ и ХОБЛ имеет особенности, обусловленные тесной функциональ-

ной связью между системами кровообращения и дыхания, взаимным влиянием патологических состояний на системную и внутрисердечную гемодинамику. Атеросклероз сопровождается биологический процесс старения, и появление его у каждого человека неотвратимо. Его развитие генетически определено, но течение может быть доброкачественным. В последние годы атеросклероз является одной из основных причин инвалидности и смертности населения, лиц трудоспособного возраста. По данным ВОЗ, от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, в высокоразвитых странах умирает 45,6% населения, в развивающихся — 24,5%.

Цель работы: дать характеристику атеросклеротического процесса при наличии асимптомного атеросклероза у пациентов с гипертонической болезнью и хронической обструктивной болезнью легких у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. I группа (22 человека) — пациенты с ГБ в сочетании с атеросклерозом, у которых при ультразвуковом исследовании в различных сосудистых бассейнах выявлены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки. Средний возраст составил $64,1 \pm 1,2$ года. II группа (20 человек) — лица с ГБ в сочетании с ХОБЛ и бессимптомным атеросклерозом. Средний возраст — $68 \pm 1,5$ года. При включении в исследование всем лицам проводили клиническое исследование, триплекс-

ное исследование крупных сосудов на аппарате Aloca 5000, Япония.

Результаты. Атеросклеротические бляшки визуализированы в одном из сосудистых бассейнов в группе I у 55%, в группе II — у 10% обследованных ($p < 0,05$). В нескольких сосудистых бассейнах группе I — у 45% обследованных, в группе II — у 90% ($p < 0,05$).

Брахицефальные артерии на экстракраниальном уровне были поражены в группе I у 50% лиц, в группе II — у 90% ($p < 0,05$). По структуре бляшек в группе I встречались преимущественно гиперэхогенные бляшки — у 70% пациентов. У 30% атеросклеротические бляшки были гетерогенными. В группе II преобладали гипозоногенные бляшки у 60%, в 30% — гетерогенные и у 10% эхогенность бляшек была высокой. Средняя выраженность стеноза в группе I составил 13%, в группе II — 31,8% ($p < 0,05$).

Выводы. При сочетании ГБ с ХОБЛ у лиц пожилого возраста атеросклеротический процесс выражен сильнее, протекает с поражением нескольких сосудистых бассейнов. Атеросклеротические бляшки имеют преимущественно нестабильную структуру и большую выраженность стеноза. Брахицефальные сосуды на экстракраниальном уровне поражены атеросклерозом в 90% случаев. Таким образом, данных пациентов можно отнести к группе повышенного риска сосудистых осложнений.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ДОКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Е. Н. Бурдина, Я. Б. Ховаева, Б. В. Головской, М. Д. Берг, А. Н. Шопин
Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера, Россия

APPROACHES TO DIAGNOSIS OF PRECLINICAL STAGE OF CORONARY HEART DISEASE IN GENERAL PRACTICE

E. N. Burdina, Y. B. Hovaeva, B. V. Golovskoy, M. D. Berg, A. N. Shopin
Perm State Medical Academy named by academician E. A. Wagner, Russia

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. Ранняя и своевременная диагностика ИБС — это важная клиническая проблема. Выявление ишемии у больных на бессимптомном, скрытом этапе течения ИБС позволит оказать эффективную помощь больному и избежать прогрессирования процесса.

Задачей данной работы явилась оценка прогностической значимости различных типов геометрического моделирования левого желудочка.

Исследование проведено на 133 практически здоровых лицах в возрасте от 17 до 55 лет. У всех обследованных регистрировали ЭКГ в 12 отведениях, а также выполняли ультразвуковое исследование сердца на аппарате SONOS-100CF (НР, США) с измерением структурных и доплерографических параметров сердца в покое и на фоне статической нагрузки. Исследование проведено дважды с интервалом в три года. Для выяснения вариантов типов моделирования геометрии левого желудочка ряд показателей, отражающих функциональные характеристики левого желудочка (индекс сферичности — $ИС_{\text{д}}$, индекс

массы миокарда левого желудочка — иММЛЖ и индекс относительной толщины стенки левого желудочка — $ОТС_{ЛЖ}$ подвергли математической обработке методом кластерного анализа. Установлено, что перечисленные показатели, формируют четыре кластера (геометрические модели левого желудочка), каждый из которых характеризуется устойчивым сочетанием $ИС_{д}$, иММЛЖ, и $ОТС_{ЛЖ}$.

В трех группах на нагрузку наблюдалось адекватное изменение инотропной функции ЛЖ и только в одной группе эта адекватность была нарушена. В этой же группе на фоне статической нагрузки в 37% выявлена асинергия миокарда без сопутствующей динамики сегмента ST , что можно считать проявлением скрытой коронарной недостаточности. Особенностью этой группы был более старший возраст (в среднем на 10 лет).

Поскольку каждая геометрическая модель левого желудочка характеризовались сочетани-

ем различных значений иММЛЖ, $ИС_{д}$ и $ОТС_{ЛЖ}$, был рассчитан интегральный показатель геометрии левого желудочка ($ИПГ_{ЛЖ}$). Этот показатель колебался в разных группах от 80 до 290 усл. ед. и находился в пределах 200–290 усл. ед. ($p < 0,0001$).

Дополнительные математические расчеты и исследования через 3 года после повторной статической нагрузки, показали, что лица с $ИПГ_{ЛЖ}$, равным 200 усл. ед. и более характеризуются наиболее неблагоприятной геометрической моделью левого желудочка, при которой любая физическая нагрузка совершается в условиях энергетического дефицита, а исходом является развитие зон асинергии миокарда.

Таким образом, $ИПГ_{ЛЖ}$, являясь доступным показателем, может быть использован в практике семейного врача для краткосрочного индивидуального прогноза и динамического контроля состояния сердечно-сосудистой системы с целью выявления доклинических признаков ИБС.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Б. В. Головской, Т. Ю. Агафонова, Я. Б. Ховаева, Н. Л. Осташева
Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера, Россия

CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AND CORONARY HEART DISEASE

B. V. Golovskoy, T. Yu. Agafonova, J. B. Hovaeva, N. L. Ostashewa
Perm State Medical Academy named by E. A. Wagner, Russia

Актуальность. Широкое распространение нарушений функционирования соединительной ткани в виде дисплазии соединительной ткани (ДСТ) ставит вопрос о выяснении особенностей проявления ДСТ у лиц, имеющих ишемическую болезнь сердца (ИБС). Отдельные работы последнего времени показывают, что у лиц с ИБС признаки соединительнотканной несостоятельности встречаются достаточно часто.

Цель. Выявить особенности проявления ДСТ у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. В кардиологическом отделении для больных инфарктом миокарда находились 47 человек с ИБС, которые были разделены на две группы: I — с ДСТ ($n = 21$), II — без проявлений ДСТ ($n = 26$). Группы сопоставимы по полу. Средний возраст пациентов в I-й и II-й группах составил соответственно $55,80 \pm 15,86$ и $63,38 \pm 13,45$ лет ($p < 0,05$).

Все лица были обследованы на наличие проявлений ДСТ по системам: с помощью специального опросника и осмотра. Кроме того, проведено доплерэхокардиографическое исследование сердца на аппарате «АЛОКА 5000» (Япония). Распространенность отдельных признаков выража-

ли в процентах. Достоверность различий между группами выявляли с помощью критерия χ_2 .

Результаты и обсуждение. При анализе возрастного состава обращает на себя внимание достоверно меньший возраст пациентов, имеющих ДСТ, что, по-видимому, указывает на более ранний дебют ИБС, обусловленный особенностями атерогенеза и морфологией коронарных сосудов (меньший диаметр).

Из соматических жалоб у лиц I-й группы достоверно чаще встречается головокружение (соответственно в I-й и II-й группах 81,8% и 43%, $p_{1-2} = 0,013$). Данный факт может объясняться как наличием шейного остеохондроза, ассоциированного с ДСТ, так и сопутствующим церебральным атеросклерозом у лиц I-й группы.

Проявления ДСТ чаще обнаруживались в костно-мышечной, связочно-суставной, сердечно-сосудистой системах. Так, деформация грудной клетки у лиц с ДСТ составила 54,5%, у лиц без ДСТ — 15,2% ($p_{1-2} = 0,038$). Нарушения осанки в I-й группе имелись у 81,8%, во 2-й группе — у 18,2% ($p_{1,2} = 0,021$). Характерной особенностью обследованных было отсутствие признаков ДСТ со стороны кожи, что свидетельствует об утрате зна-

чимости этих маркеров ДСТ у лиц старше 50 лет в связи с процессами естественного старения. У лиц с ДСТ нарушения ритма сердца встречались чаще (81,8%), чем у лиц без признаков ДСТ (68,3%), $p_{1-2} = 0,005$. Данные ЭхоКГ также достоверно различались. Размеры левого предсердия в I-й группе составили $3,86 \pm 0,48$ см, во II-й — $4,33 \pm 0,49$ см ($p_{1,2} = 0,001$), размеры правого предсердия, соответственно, $3,91 \pm 0,48$ см и $4,30 \pm 0,49$ см ($p_{1,2} = 0,008$). Величина правого желудочка у лиц I-й группы — $2,49 \pm 0,26$ см, II-й группы — $2,80 \pm 0,49$ см ($p_{1,2} = 0,005$). Толщина задней стенки миокарда левого желудочка, МЖП_д и КДО больше во II-й группе; соответственно для

I-й и II-й групп: $10,45 \pm 0,89$ мм и $11,510,96$ мм ($p_{1,2} = 0,005$), $10,661,27$ мм и $11,591,05$ мм ($p_{1,2} = 0,009$), $118,38 \pm 31,44$ и $137 \pm 40,36$ ($p_{1,2} = 0,005$). Достоверно чаще отмечается наличие дополнительных хорд левого желудочка у лиц с ДСТ (36,4%) по сравнению с пациентами без ДСТ (8%) ($p_{1,2} = 0,03$).

Таким образом, пациенты, имеющие ДСТ, имеют дебют ИБС в более молодом возрасте (в среднем на 7 лет раньше, чем лица без ДСТ). Кроме того, у этих лиц достоверно чаще выявляются нарушения ритма сердца. Однако большие размеры камер сердца, гипертрофия задней стенки левого желудочка и МЖП_д, увеличение КДО, напротив, отмечены у лиц, не имеющих ДСТ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н. К. Горшунова, М. Н. Киндрас, А. Е. Ермакова
Курский государственный медицинский университет, Россия

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN MANAGEMENT OF ELDERLY PATIENTS BY GENERAL PRACTITIONER

N. K. Gorshunova, M. N. Kindras, A. E. Ermakova
Kursk State Medical University, Russia

В повседневной деятельности врача общей практики большая часть пациентов на амбулаторном приеме — лица старших возрастных групп.

Пожилым возрастом зачастую сопровождается развитием социально-психологической дезадаптации, которая влечет за собой стимуляцию физических и психических резервов, изначально сниженных в данной возрастной группе пациентов. На фоне инволютивной психологической дезадаптации вследствие возникшего заболевания могут развиваться такие преходящие нарушения, как тревожные состояния, астенический и ипохондрический синдромы. Длительные аффективные состояния часто изменяют течение физиологических процессов, перестраивая организм на иной уровень функционирования, связанный с напряжением механизмов адаптации, что может привести к формированию вторичной соматической декомпенсации.

Современные представления о сущности концепции болезни включают биологические нарушения (соматические симптомы и синдромы), социальные (функционирование пациента в социуме) и психологические нарушения. Воздействие соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным. Нарушение, изначально возникающее в соматической сфере,

приводит к психопатологическим реакциям, которые, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений, способствуя развитию замкнутого круга. Врачу необходимо выявить как соматогенный, так и психогенный компоненты, обусловленные психологической реакцией пациента на заболевание.

Процесс постановки диагноза на амбулаторном приеме, может быть затруднен из-за непонимания врачом взаимовлияний биологических, психологических и социальных характеристик пациента.

Динамику патологических изменений необходимо изучать и анализировать на всех стадиях заболевания: в начальной, на высоте развития патологии, в исходном состоянии, так как психогенная составляющая может вызывать физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

- а) в сердечно-сосудистой системе — тахикардию, колебания артериального давления;
- б) в системе дыхания — замедление или учащение;
- в) в пищеварительной системе — тошноту, рвоту, диарею, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
- г) в мышцах — непроизвольные реакции (мышечное напряжение, дрожь);

е) в вегетативной системе — гипергидроз, гиперемия.

Ранжирование различных диагностических технологий по степени важности (физикальных и психологических) зачастую меняет местами их основные и второстепенные атрибуты, эффективно дополняя друг друга. При этом следует помнить, что выявленные изменения необходимо учитывать только в общем контексте патологического процесса. Врач должен обладать искусством познания клиники заболевания посредством всестороннего видения человека, его физического, психического и социального статуса. Поэтому именно при ведении пожилого больного следует реализовывать врачебную помощь на основе холистического подхода с учетом не только физических аспектов возникшей проблемы, но психологических и социальных факторов.

Врачу общей практики необходимо в условиях ограниченного времени сориентироваться в состоянии пожилого больного, определить тактику его ведения. Умение врача выслушать пациента нужно не только для формирования контакта, но и для диагностики заболевания. При сборе жалоб и анамнез пожилого пациента, врач должен получить информацию не только о заболевании, но и о душевном состоянии, психических проблемах, которые могут играть большую роль в развитии болезни. Использование вербальных и невербальных технологий коммуникации в процессе выслушивания должно быть направлено на оказание благоприятного воздействия на психологический контакт врача и пациента.

В процессе диагностического поиска следует учитывать, что есть болезнь как реальность и есть представление пациента о заболевании — внутренняя картина болезни, действующая система, составляющие которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют. Важно выяснить субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, влиянию на его жизнь, систему отношений, а также его ожидания от лечения. Неадекватная реакция больного на заболевание может затруднить не только диагностический, но и лечебный процесс. При анализе врачом структуры внутренней картины болезни необходимо не только выделять ее отдельные звенья, такие как знание болезни, ее осознание пациентом, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью, но и рассматривать их во взаимосвязии.

Разрешение клинической ситуации практически всегда связано с определенными препятствиями, затруднениями и поэтому применение

только готовых стереотипных медицинских знаний без психологической составляющей не приводит к положительному конечному результату. При приеме пожилого больного более предпочтительна так называемая катарсическая беседа, предоставляющая ему возможность выговориться, «очиститься» от негативных эмоций.

Психологические проблемы в деятельности участкового врача могут быть связаны как с диагностикой заболевания, так и с лечением пациента.

Определение врачом общей практики рациональной тактики ведения пожилого больного (стационар круглосуточного пребывания, стационар на дому, поликлиника) представляет серьезную проблему, постоянно возникающую в гериатрической практике, так как на качество оказываемой медицинской помощи пожилым влияет не только возможность использования оптимального и адекватного объема диагностического и терапевтического процесса, но и сохранение психологического комфорта. При этом врачу приходится ориентироваться не только на проявления заболевания, но и на социально-психологическую адаптацию. Следует учитывать, что направление пожилого больного в стационар само по себе является для него стрессовой ситуацией, так как нарушает сформировавшиеся жизненные стереотипы (привычная домашняя обстановка, семейное окружение).

Психологические проблемы могут быть связаны с этическими и деонтологическими вопросами, в решении которых особо актуальны знания правил общения. К тому же стремительное развитие медицины, широкое внедрение новых технологий в диагностический и лечебный процессы, повышая качество врачевания, зачастую приводят к разобщению врача и пациента, деформированию их отношений, значительному сокращению продолжительности общения, дегуманизации врачебной деятельности, а «узкая» специализация несет в себе определенную опасность суженного взгляда врача на больного. В повседневной работе с пожилыми пациентами остро встают вопросы медицинской деонтологии как учения о долге, моральных, этических принципах врачевания.

Деонтологические проблемы возникают при отсутствии у врачей достаточных знаний о ятрогениях, врачебных ошибках, правонарушениях и преступлениях, врачебной тайне, различных формах общения — открытой, закрытой, императивной и диалогической.

Таким образом, эффективное ведение пожилых пациентов возможно только с учетом психологической составляющей.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В КАРЕЛИИ

Т. А. Карапетян, Н. В. Доршакова, К. А. Никитина
Петрозаводский государственный университет, Россия

AGE FEATURES OF BACTERIAL COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN KARELIA

T. A. Karapetyan, N. V. Dorshakova, K. A. Nikitina
Petrozavodsk State University, Russia

Пневмония как заболевание известна еще со времен Гиппократов, тем не менее, и до нынешнего дня она остается распространенной патологией, поражающей различные возрастные группы населения. Наибольшую остроту и актуальность проблема внебольничной пневмонии (ВП) приобретает в гериатрии, так как к развитию этой патологии у стариков предрасполагают многочисленные факторы, и, прежде всего, морфофункциональные особенности, обозначаемые как «сенильное легкое».

Цель работы. Изучение бактериальной этиологии внебольничного воспаления легких в различных возрастных группах населения Карелии.

Материалы и методы. В исследование вошли 898 больных ВП, родившихся и постоянно или длительно (более 15 лет) проживающих в регионе: 562 (62,6%) мужчины и 336 (37,4%) женщин. В 8 случаях (0,9%) заболевание имело летальный исход. Среди заболевших были лица из различных возрастных групп: от 16 до 29 лет — 220 человек (24,5%); от 30 до 44 лет — 234 (26,1%); от 45 до 59 лет — 240 (26,7%); от 60 до 74 лет — 151 (16,8%); от 75 до 89 лет — 53 (5,9%). Диагностику проводили в соответствии с требованиями стандарта медицинской помощи больным пневмонией, формулярной системы и национальных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых, подготовленной группой российских экспертов. Всем больным проводили исследование мокроты, при сборе которой учитывали рекомендации Л. А. Вишняковой (1980 г.). Бактериологическому анализу подлежали пробы экспекторированной мокроты, в полной мере отвечающей цитологическим критериям принадлежности к этому биологическому субстрату: содержат не более 10 эпителиальных клеток и не менее 25 полиморфноядерных лейкоцитов при просмотре не менее 10 полей зрения при увеличении $\times 100$ (Murray S., Washington V., 1975 г.). Выращивание проводили на средах, состав которых охватывает питательные потребности наиболее распространенных бактерий-возбудителей пневмонии.

Результаты и их обсуждение. При бактериологическом анализе мокроты в 384 (42,8%) случаях нам не удалось получить его результатов. В 31 (3,5%) образце были обнаружены микроорганизмы, для которых не характерна способность вызывать воспаление легочной ткани (*S. viridans*, *S. faecalis* и *Candida albicans*), а их выделение скорее свидетельствует о контаминации материала флорой верхних дыхательных путей, а не об этиологической значимости. В оставшихся 483 (53,8%) случаях микробный спектр распределялся следующим образом: *S. pneumoniae* — 279 (57,8%); *S. aureus* — 46 (9,5%); *K. pneumoniae* — 24 (5,0%); *E. cloacae* — 21 (4,3%); *E. coli* — 21 (4,3%); *P. mirabilis* — 20 (4,1%); *C. freundii* — 13 (2,7%); *H. influenzae* — 12 (2,5%); *P. aeruginosa* — 8 (1,7%); смешанная флора — 39 (8,1%). Исходя из полученных результатов, можно считать, что наиболее частым бактериальным возбудителем ВП в Карелии является *S. pneumoniae*; второе и третье место занимают *S. aureus* и *K. pneumoniae*, которые не относятся к числу частых этиологических агентов заболевания и, как правило, вызывают его развитие преимущественно у пожилых больных, при сопутствующей патологии либо после эпидемий гриппа (справедливо для золотистого стафилококка). Вероятно, на ранжирование этиологических агентов воспаления легких повлиял и тот факт, что определение «атипичных» микроорганизмов в силу объективных трудностей не выполнялось.

Выяснить этиологию ВП (мы исключили из анализа больных, при культуральном исследовании мокроты которых были выделены микроорганизмы, не способные приводить к воспалению легких) нам удалось у 123 больных в возрастной группе от 16 до 29 лет; у 130 пациентов в возрасте от 30 до 44 лет; у 131 больных в возрастной группе от 45 до 59 лет; у 75 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет и у 24 больных в возрастной группе от 75 до 89 лет, что составило соответственно 55,9; 55,6; 54,6; 49,7 и 45,3% больных лиц данного возраста. При ранжировании выявленных в ходе исследования возбудителей ВП

для пациентов разных возрастных групп оказалось, что *S. pneumoniae* доминирует как этиологический агент воспаления легких во всех группах. Однако со старением наблюдается постепенное уменьшение доли лиц, у которых он является причиной развития заболевания: с 70,7 до 25,5% у пациентов в возрасте 16–29 лет и 75–89 лет соответственно. Этот процесс происходит при одновременном увеличении этиологической значимости *S. aureus* и микроорганизмов группы *Enterobacteriaceae*: если у молодых пациентов (16–29 лет) они вызывали 8,1 и 14,0% случаев заболевания, то у пожилых больных (75–89 лет) — уже 20,8 и 29,2% соответственно, причем в последней группе пациентов энтеробактерии в совокупности даже опередили *S. pneumoniae*. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, указывающих на уменьшение этиологической роли пневмококка у больных ВП старше 60 лет в пользу условно-патогенной флоры и *S. aureus*, что связано с колонизацией ими ротоглотки у пожилых лиц, угнетением нормального бактериального пейзажа вследствие частых курсов антибактериальной терапии (способствует и увеличению колонизации резистентными микроорганизмами); повышенным риском аспирации из-за вызванных различными заболеваниями нарушений глотания; ослаблением защитных механизмов респираторного тракта вследствие ксеростомии; неадекватным иммунным ответом (нарушением функций нейтрофилов, дефицитом Т-лимфоцитов, угнетением продукции В-клеток и специфических антител, а также ряда цитокинов).

Обнаруженные особенности этиологии воспаления легких в Карелии должны учитываться и отражаться на тактике лечения. Однако необходимо помнить, что оптимизация антибактериальной терапии заболевания ни в коей мере не отвергает важности его профилактики, проблема которой по-прежнему стоит достаточно ост-

ро, особенно среди групп риска, к числу которых относятся лица пожилого и старческого возраста. В настоящее время с этой целью используются пневмококковая и гриппозная вакцины. Целесообразность применения 23-валентной пневмококковой вакцины («Пневмо-23») объясняется тем, что *S. pneumoniae* остается ведущим возбудителем ВП у пожилых и, несмотря на доступность эффективной антибактериальной терапии, обуславливает высокие показатели заболеваемости и смертность. В состав «Пневмо-23» входят штаммы микроорганизма, ассоциируемые некоторыми авторами с повышенной летальностью в случае развития вызванных ими заболеваний, а также чаще демонстрирующие антибиотикорезистентность. Согласно рекомендациям Комитета советников по иммунизационной практике, вакцинация показана лицам старше 65 лет без иммунодефицита, а в случае наличия серьезных сопутствующих заболеваний (застойная сердечная недостаточность, цирроз печени, ХОБЛ и др.) — и в более молодом возрасте. Так как среди многочисленных осложнений гриппа особое клиническое и прогностическое значение имеет ВП (течение гриппа А осложняется ею в 5–38% случаев, а гриппа В — в 10% случаев), то противогриппозная вакцинация дает возможность минимизировать частоту развития заболевания, а значит и возможной госпитализации и летальных исходов. Успешное использование системных иммуномодуляторов вакцинного типа (бронховаксом, бронхомунал, рибомунил и др.), содержащих фрагменты наиболее распространенных респираторных патогенов, включая пневмококк, гемофильную палочку, а также клебсиеллу пневмонии и золотистый стафилококк в профилактике инфекций верхних дыхательных путей заставляет обратить внимание на эту группу препаратов и в предупреждении ВП.

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект №10-06-00702а.

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СТАРЧЕСКОГО АМИЛОИДОЗА

Н. В. Кирьянова, А. П. Шаврин

Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера, Россия

ABOUT SOME CLINICAL MANIFESTATIONS OF THE SENILE AMYLOIDOSIS

N. V. Kiryanova, A. P. Shavrin

Perm State Medical Academy named by E. A. Wagner, Russia

Старческий системный амилоидоз встречается с частотой от 3,6 до 46,0% среди умерших в возрасте старше 70 лет. Предшественником амилоида является мутантный белок преальбумин, слабо

расщепляемый ферментами и плохо элиминируемый. В пожилом возрасте нередко происходит нарушение метаболизма преальбумина, что и рассматривается как основа амилоидообразо-

вания. Отложение амилоида может происходить в отдельных органах и тканях, либо процесс может иметь генерализованный характер, вплоть до развития старческого полиорганного амилоидоза. Диагностика старческого амилоидоза основывается на клинических симптомах поражения и данных биопсии органов.

Старческий локальный амилоидоз сопровождается поражением обоих предсердий, а также межпредсердной перегородки.

Среди клинических проявлений наиболее характерными считаются нарушения ритма, особенно — фибрилляция предсердий, а также сердечная недостаточность, часто ведущая к летальному исходу. Из прочих клинических проявлений локального амилоидоза необходимо отметить амилоидоз островкового аппарата поджелудочной железы с развитием инсулинозависимого сахарного диабета.

Среди локальных форм старческого амилоидоза выделяют поражение дуги аорты, что усугубляет картину атеросклеротического поражения этого ее отдела.

Старческий церебральный амилоидоз составляет от 30 до 65% у лиц, умерших в возрасте стар-

ше 80 лет. Имеются многочисленные данные о развитии пресенильной и сенильной деменции в результате амилоидной ангиопатии. Наиболее грозным осложнением является развитие лобарной гематомы, нередко ведущей к летальному исходу.

Старческий амилоидоз глаза наиболее распространен после 70 лет, клинически проявляется псевдоэксфолиативным синдромом, катарактой и глаукомой, сенильной макулярной дистрофией.

При сочетанном поражении локальных форм старческого амилоидоза говорят о его полиорганной форме. При жизни разные формы амилоидоза обычно не распознаются, но заболевание существенно отягощает разнообразную «возрастную» патологию, а также снижает эффективность терапии.

Таким образом, старческий амилоидоз представляет собой распространенное состояние, прижизненная диагностика которого встречает объективные трудности. Развитие амилоидоза внутренних органов усугубляет имеющуюся патологию у лиц старческого возраста.

Эффективная профилактика старческого амилоидоза не разработана.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ В ВОПРОСАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ И ОСВЕЩЕНИЕ ИХ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Ю. С. Кокарев, Н. В. Иванова, О. В. Бабичева

Кубанская государственная медицинская академия, Россия

AWARENESS OF THE DISTRICT THERAPISTS ABOUT THE PROVISION OF MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR ELDERLY AND IT COVERAGE IN THE MEDIA

Yu. S. Kokarev, N. V. Ivanova, O. V. Babicheva

Kuban State Medical Academy, Russia

Цель: определить осведомленность участковых врачей-терапевтов о возможностях оказания медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста и освещение их медийными средствами в г. Краснодаре.

Материал и методы. Проведены анализ публикаций по социальным проблемам граждан старческого возраста в краевых и городских газетах и анкетирование 510 участковых врачей-терапевтов, проходивших обучение на кафедре геронтологии и гериатрии (ныне терапии № 2 ФПК и ППС КГМУ).

Результаты. В 1999 г., объявленном годом пожилых людей, отмечен пик публикаций и выхода в эфир телепередач, посвященных проблемам жизни и медико-социальному обслуживанию граждан старшего поколения. В этом году

в 5 наиболее известных газетах было опубликовано более 350 статей и заметок, а через 10 лет — в 3 раза меньше. Все они носят сугубо публицистический характер. Не было представлено ни одной аналитической статьи, оценивавшей объективную информацию о потребностях и качестве обслуживания престарелых на дому, в отделениях временного пребывания или стационарных учреждениях социального обслуживания. Подобные упущения, в том числе, со стороны социальных служб, свидетельствуют о недостаточной обратной связи с населением и необходимости совершенствования системы информирования общественности о положении пожилых и старых людей.

Примером совершенно недостаточной информированности общественности о механизмах ре-

лизации прав граждан на социальную помощь является неосведомленность о них даже участковыми терапевтами, непосредственно связанными по роду своей профессиональной деятельности с пожилыми и старыми пациентами, нередко нуждающимися в социальном уходе. При анкетировании участковых терапевтов 431 из 510 врачей (84,5%) были совершенно не знакомы со структурой, организацией и видами услуг, оказываемых службами социальной защиты. Респонденты не предполагали и не знали о возможностях организации медико-социальной помощи своим пациентам совместно с социальными работниками. Остальные из опрошенных (14,5%) имели недостаточные сведения о видах оказываемых услуг на дому или в центрах временного пребывания. Это наглядно свидетельствует о низкой информированности участковых терапевтов о видах услуг, оказываемых социальными службами. Подобной оказалась ситуация при выяснении знаний по организации обслуживания в домах-интернатах для престарелых. По окончании обучения на кафедре анкетирование повторяли, предлагая, в том числе, ответить на два следующих вопроса:

1. «При необходимости социальной поддержки, посоветовали бы Вы своим пациентам обратиться в соответствующие службы для оказания

помощи (обслуживания на дому, в стационаре временного проживания или доме-интернате)?»

2. «Сумели бы Вы при необходимости инициировать организацию такой помощи и настойчиво добиваться принятия положительного решения по ее оказанию?»

До обучения положительно на первый вопрос дали ответ 63,2%, после — 98,7% от числа опрошенных; на второй вопрос — 46,2% участковых врачей станут настойчиво работать над принятием положительного решения (до начала обучения — только 1,5% $p < 0,01$).

Выводы:

1) Организация и виды услуг, оказываемых службами социальной защиты населения, не освещаются в должной мере в средствах массовой информации.

2) Участковые врачи-терапевты недостаточно знакомы с возможностями оказания социальной поддержки одиноким и больным людям престарелого возраста.

3) Для повышения информированности врачей всех специальностей о возможностях социальной поддержки пожилых и старых людей в планы обучения на циклах усовершенствования следует внести соответствующие коррективы по вопросам оказания медико-социальной помощи.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ УСЛОВИЯМИ ПРОЖИВАНИЯ РЕЗИДЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ЕКАТЕРИНОДАР»

Ю. С. Кокарев, Н. В. Иванова, О. В. Бабичева
Кубанская государственная медицинская академия, Россия

SATISFACTION WITH LIVING CONDITIONS OF RESIDENTS OF GERIATRIC CENTER "EKATERINODAR"

Yu. S. Kokarev, N. V. Ivanova, O. V. Babicheva
Kuban State Medical Academy, Russia

Цель: изучить мнение резидентов геронтологического центра «Екатеринодар» о качестве проживания, обслуживания и возможном введении некоторых платных услуг.

Материал и методы. Опрошено 140 человек, проживающих в стационарном учреждении социального обслуживания. В анкету был включен перечень вопросов (12) по условиям проживания, медицинского обслуживания, предоставлению гигиенических средств для личного ухода, качеству питания, услугам культурного досуга и качеству работы администрации. Завершал анкету итоговый вопрос об оценке условий проживания и обслуживания в целом. Все ответы ранжировали однотипно по четырем категориям: (А — полностью доволен, Б — в основном доволен, В — не совсем доволен или «больше не-

доволен, чем доволен» и Г — недоволен или «определенно не доволен»).

Общую оценку определяли по «индексу удовлетворенности» (К), который вычисляли в соответствии с методическими рекомендациями Республиканской научно-исследовательской лаборатории медицинской демографии по формуле:

$$K = \frac{2A + B - B - 2Г}{A + B + B + Г}$$

По условиям К может изменяться в диапазоне от (-2) до (+2) баллов. Значение К также ранжировали: (+2)-(+1,5) балла — высокий уровень удовлетворенности, (+1,5)-(+1) — средний, меньше 1 — низкий, при отрицательном значении — неудовлетворительный. Результаты индексов по ответу на каждый вопрос сопоставля-

ли с частотой однозначно положительных и однозначно негативных ответов. Средняя величина K в большинстве ответов оказалась высокой, как и итоговый результат.

Результаты. В целом удовлетворенность представляемыми услугами была следующей. Уровень удовлетворенности: уход младшим медицинским персоналом ($K = 1,63$; однозначно положительных ответов 68,8%, негативных — 2,8%); удовлетворенность условиями проживания ($K = 1,44$; однозначно положительных ответов 68,8%, негативных — 1,4%); качество обслуживания врачами ($K = 1,42$; однозначно положительных ответов — 58,1%, негативных — 1,4%); обслуживание средним медицинским персоналом ($K = 1,45$; однозначно положительных ответов — 53,9%, негативных — 1,4%); предоставление культурного досуга ($K = 1,48$; однозначно положительных ответов — 53,9%, негативных — 1,4%). Несколько ниже были оценки работы администрации ($K = 1,2$; однозначно положительных ответов — 42,5%, негативных — 2,8%); обеспечения лекарственными препаратами ($K = 1,1$; однозначно положительных ответов — 44,7%, негативных — 5%). Полная неудовлетворенность имела место при оценке услуг, связанных с организацией питания ($K = -0,12$; однозначно положительных ответов 13,5%, негативных — 17,8%) и в связи с обеспечением средствами индивидуальной гигиены ($K = -0,08$; однозначно положительных ответов — 31,9%, негативных — 40,2%). В целом же «индекс удовлетворенности» при ответе на итоговый вопрос по оценке качества проживания и обслуживания составил 1,28 (при однозначно положительных ответах — 41,1% и негативных — 3,1%). Приведенные данные указывают на достаточный или средний уровень удовлетворенности обслуживанием проживающих в геронтологическом центре. На вопрос «Улучшилось ли качество обслуживания за последние 5 лет?», из 52 опрошенных, проживших в центре 5 лет и более, 45

(87,3%) ответили однозначно положительно и ни один однозначно отрицательно ($K = 1,76$). А вот на вопрос о возможности введения некоторых платных услуг не было ни одного однозначно положительного ответа, а количество однозначно отрицательных составило 56,8%. Только в 4,9% случаев были получены ответы «скорее да, чем нет». При этом «индекс мнения» о возможности введения платных услуг, рассчитанный по этой же методике, оказался равен (-1,47).

Такой результат был вполне ожидаемым. Объяснить его можно, с одной стороны, психологическими особенностями и «ментальностью поколения», прожившего большую часть своей активной жизни в период советского времени, а с другой — значительным усилением негативных ригидных реакций, ретроградностью и устойчивостью стереотипов. Проблема введения некоторых платных услуг в социальных стационарах, очевидно, требует отдельного рассмотрения. Так, возможно, их внедрение следует проводить в опытном порядке на ограниченных контингентах, учитывая особенности окружения. Микросоциумы в социальных стационарах формируются в сложном взаимодействии с возрастом, прошлой профессией, образованием, политическими и религиозными убеждениями, особенностями психологического тяготения и личностными симпатиями. Поэтому во многом индивидуальное отношение к нововведениям формируется, в том числе, от «общего» мнения микросоциума, и преодоление негативного отношения зависит от успешной работы социального психолога, а также обстоятельств, определяющих позитивный настрой. Таким образом, для улучшения качества жизни проживающих в социальных стационарах администрациям учреждений следует рекомендовать проведение социологического мониторинга для оперативного разрешения проблем, возникающих в микросоциумах среди резидентов учреждений подобного типа.

ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА МИАСТЕНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В. Д. Косачев, Н. М. Жулев, В. В. Незговорова

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

PARTICULARITIES OF THE BEGINNING OF MYASTHENIA GRAVIS IN ELDERLY

V. D. Kosachev, N. M. Zhulev, V. V. Nezgovorova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Введение. Миастения — тяжелое нервно-мышечное заболевание с прогрессирующим течением, главной клинической чертой которого явля-

ется патологическая утомляемость мышц, приводящая к парезам и параличам. В генезе данного заболевания большое значение придается

аутоиммунным нарушениям — образованию аутоантител к никотиновому холинорецептору концевой пластинки мышечного волокна, в результате чего происходит нарушение нейротрансмиссии на уровне нервно-мышечного синапса. Этиология заболевания до настоящего времени неясна. Предполагается возможность вирусной антигенной стимуляции тимуса, которая индуцирует выработку антител к н-холинорецепторам (Кузин М. И., Гехт Б. М., 1996; Kaminski H. J., 2008). Миастения не является наследственным заболеванием, однако в ее развитии имеет значение генетически обусловленный иммунологический дефект, то есть имеется врожденная предрасположенность к развитию аутоиммунных заболеваний. Миастения может развиваться в любом возрасте: с первого года жизни до глубокой старости, что обуславливает интерес семейного врача к данной проблеме. Чаще всего (75% больных) миастения наблюдается в молодом возрасте, от 15 до 30 лет. По данным отечественных и зарубежных авторов, женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин (Кузин М. И., Гехт Б. М., 1996; Kaminski H. J., 2008). Это согласуется с результатами, полученными на кафедре неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова СПбМАПО. В течение последних десятилетий существенно изменился возрастной состав больных миастенией: раньше средний возраст больных к началу заболевания составлял 26 лет у женщин и 36 — у мужчин, тогда как пациенты пожилого возраста составляли лишь 2–5% от всех заболевших впервые. Данные литературы свидетельствуют, что на сегодняшний день миастения у лиц пожилого возраста развивается значительно чаще и достигает 20–46% от всех заболевших (Skeie G., 2009; Aarli J., 2010).

Целью настоящего исследования явилось изучить особенности начала миастении у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Был проведен анализ 184 больных с началом миастении в возрасте 60 лет и старше, что составило 21,7% от всех обследованных в клинике больных с миастенией. В данной возрастной группе мужчин было 76 (41,3%), женщин 108 (58,7%). Соотношение между ними составило 1 : 1,4. У абсолютного большинства больных (58,2%) развилась генерализованная форма миастении. Среди локальных форм заболевания преобладала глазная (23,9%), несколько реже — глоточно-лицевая (17,9%), а скелетно-мышечная форма на ранних этапах выявлена не была. В 68,5% случаев ранними симптомами развития миастении были глазные расстройства (птоз, диплопия), в 14,7% — бульбарные нарушения (расстройства жевания, глотания), в 4,9% —

недержание головы и в 7,0% случаев заболевание начиналось со слабости в конечностях, относительно чаще в руках. У 9 (4,9%) больных заболевание начиналось остро миастеническим кризом. Генерализация миастенического процесса в первые 2–3 месяца наступила у 77 (41,8%), а в течение первого года полная клиническая картина заболевания развилась у 142 (77,2%) пациентов. Прозериновая проба была положительной у 176 (95,6%) больных, у 8 (4,4%) пациентов отмечалась прозеринорезистентная форма миастении. Тимомы выявлены у 16 (8,7%) больных в результате КТ- или МРТ-исследования переднего средостения. Течение миастении у лиц пожилого и старческого возраста существенно отягощалось наличием широкого спектра сопутствующих заболеваний. Так, например, у 172 (93,4%) больных выявлены многочисленные клинические, функциональные и морфологические изменения сердечно-сосудистой системы, что указывает на разнообразие патогенетических механизмов, лежащих в их основе. Кроме того, у наших больных были выявлены следующие сопутствующие заболевания: дисциркуляторная энцефалопатия (59,2%), заболевания щитовидной железы (14,1%), сахарный диабет (13,2%), последствия нарушения мозгового кровообращения (10,8%), онкологические заболевания (4,9%) и другие.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований совпадают с данными отечественных и зарубежных авторов, указывающих на рост миастении в последние годы у лиц пожилого и старческого возраста. Выявлено, что при поздней миастении преобладает генерализованная форма. В нашей группе больных начало миастении с глазодвигательных расстройств отмечалось в 68,5% случаев, с бульбарных — в 14,7% случаев. Отмечается более интенсивная генерализация миастенического процесса у больных с поздним началом заболевания. Так, например, полная клиническая картина миастении развилась в течение трех месяцев от начала заболевания в 41,8% случаев, а через 1 год — в 77,7%. В связи с наличием широкого спектра сопутствующих заболеваний (особенно, сердечно-сосудистой патологии — в 93,4% случаев) в старшей возрастной группе заболевание относительно быстро приобретает тяжелое течение, преимущественно с генерализованной и глоточно-лицевой формами миастении.

Заключение. Миастения у лиц пожилого и старческого возраста в настоящее время является частым заболеванием и встречается, согласно нашим данным, в 21,7% от общего числа пациентов. Чаще болеют женщины и лишь после 70 лет миастения развивается с одинаковой частотой как у муж-

чин, так и у женщин. Отмечается более интенсивная генерализация миастенического процесса в старшей возрастной группе, а следовательно, относительно быстро развивается тяжелое течение заболевания. Широкое распространение сердечно-сосудистой патологии в данной возрастной группе больных требует своевременного назначения дополнительного корригирующего лече-

ния и осторожности в назначении коронаролитических средств и сердечных гликозидов.

Кроме того, рост заболеваемости миастенией за последние годы определяет необходимость повышенного внимания к данной патологии неврологов, окулистов, ЛОР-врачей, врачей общей практики для своевременной диагностики заболевания.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Н. Ю. Кувшинова, Л. И. Мостовая

Самарский государственный медицинский университет, Россия

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE: PSYCHOLOGICAL ASPECT

N. Yu. Kuvshinova, L. I. Mostovaya

Samara State Medical University, Russia

Поскольку в последние десятилетия демографическая ситуация во многих странах Европы, в США, Японии, Китае и России характеризуется тенденцией к увеличению продолжительности жизни (Прайд В., 2008), многие исследователи высказывают мнение, что в ближайшее время значительно увеличится количество людей пожилого возраста. В рамках данной проблемы важной задачей является улучшение качества жизни (КЖ) пожилых, что достигается заботой не только об их физическом, но и о психологическом здоровье.

Одним из наиболее распространенных заболеваний лиц позднего возраста и основной причиной их смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС) (Веселкова И. Н., Землянова Е. В., 2000). Из психологических факторов у пожилых резко возрастает значимость депрессии в качестве предиктора коронарных катастроф (Смулевич А. Б., 2003, 2005). Депрессия усугубляет социальные последствия ишемической болезни, негативно отражается на приверженности лечению и на качестве жизни больных в целом.

К сожалению, проблема КЖ пациентов с ИБС пожилого возраста в настоящее время разработана недостаточно.

Нами обследовано 28 больных ИБС пожилого возраста (65–78 лет). Диагноз ИБС был верифицирован врачом-кардиологом. Основными проявлениями ИБС в обследованной группе стали стенокардия напряжения 2–3 функциональных классов, постинфарктный кардиосклероз (с давностью перенесенного инфаркта не менее 1 года),

хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–II А стадии, не угрожающие жизни нарушения ритма.

В исследовании мы применяли опросник ВОЗ КЖ-100, который позволяет получить как оценку качества жизни больного в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам; интегративный тест тревожности — ИТТ (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. Г., 1997), предполагающий получение оценки выраженности личностной и ситуативной тревожности и составляющих ее компонентов; шкалу Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale — HDRS), которая позволяет оценить тяжесть депрессии и динамику депрессивного состояния (Hamilton M., 1967; Бевз И. А., 1999).

Было выявлено значительное количество тревожных реакций у тех пожилых больных, у кого ИБС развилась в среднем возрасте. В структуре тревоги доминировали общий эмоциональный дискомфорт, реакции социальной защиты, астенический компонент. Ситуативные тревожные реакции преобладали в основном у женщин.

Пожилым больным ИБС свойственно увеличение депрессивного радикала с усилением выраженности соматических проявлений депрессии. Средний балл по шкале HDRS составил $14,2 \pm 2,6$. Показатели, полученные по шкале HDRS, были повышены преимущественно за счет малого депрессивного эпизода. Из психологических проявлений в рамках депрессии доминировали подавленное настроение, усталость, слабость, ощущение нехватки жизненной энергии, гиподинамия,

умеренная психомоторная заторможенность, чувство вины, раздражительность, бессонница, ангедония, чувство бесперспективности, снижение либидо, в некоторых случаях — тревожное возбуждение, суетливость, ипохондрические тенденции. Пациенты отмечали утрату интереса к деятельности, собственную несостоятельность и неэффективность в повседневных житейских делах.

У пожилых больных отмечено общее увеличение неудовлетворенности различными сферами жизнедеятельности, при этом максимально низкие значения были зафиксированы по «физической сфере», «уровню независимости» и «психологической сфере». Значения показателей сфер «жизненная активность, энергия», «социальное функционирование» также оказались снижены.

Суммарный показатель КЖ у пациентов с ИБС пожилого возраста составил $66,5 \pm 3,7$, что достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у лиц средней возрастной группы с ИБС ($79,88 \pm 5,4$), и у лиц пожилого возраста без ИБС в анамнезе, не имеющих на момент обследования обострений хронических заболеваний ($75,3 \pm 4,8$).

Характеристика физической сферы. Удовлетворенность физическим функционированием снижена у 100% обследованных респондентов пожилого возраста. Большинство пациентов указывали, что к боли относятся терпимо, вместе с тем отмечали выраженные физические ограничения в связи с болевым синдромом (приступы стенокардии) и нарастающей при физической нагрузке одышкой при хронической сердечной недостаточности. Жалобы на постоянное чувство усталости, недостаток жизненной энергии активно предъявляли 82,1% больных. Наиболее низкие показатели по данной шкале КЖ выявлены преимущественно у пациентов с отягощенным клиническим течением ИБС (67,8%), сочетающимся с наличием депрессивных состояний средней степени выраженности (53,5%) и высокими показателями по шкале тревоги (46,3%).

Удовлетворенность сном также ниже у пациентов с ИБС пожилого, нежели среднего возраста, при этом многие подчеркивают высокую субъективную значимость данной сферы.

Характеристика психологической сферы. У 71,4% пожилых респондентов преобладали жалобы на негативное эмоциональное состояние, проявляющееся раздражительностью, эмоциональной лабильностью, чувством внутренней напряженности, апатией, подавленностью и другими симптомами. Выявлен недостаток положительных (61%) и избыток отрицательных эмоций (71,4%), неудовлетворенность когнитивным

функционированием (67,8%), неудовлетворенность собой во многих сферах жизнедеятельности (50%).

Уровень независимости значительно снижен вследствие ограничения подвижности при ХСН, общего снижения работоспособности и возможности выполнять повседневные дела в желаемом объеме, а также повышенной зависимости от лекарств и лечения. Следует отметить, что у пациентов средней возрастной группы показатели данной сферы также были низкими.

Социальное функционирование. Выявлена неудовлетворенность социальным функционированием у 57,1% больных ИБС пожилого возраста. Вместе с тем для 42,8% способность поддерживать конструктивные отношения с окружающими людьми, возможность получать и давать адекватную поддержку эмоционально значимым людям, включая членов своей семьи, остается вполне сохранной.

Окружающая среда. В пожилом возрасте у пациентов с ИБС возрастает ощущение собственной незащищенности. Удовлетворенность качеством медицинской и социальной помощи невысока на фоне повышенной значимости данной субсферы. Ограничены возможности для активного отдыха и развлечений преимущественно за счет невысоких финансовых доходов.

Духовная сфера. Свои убеждения большинство пожилых респондентов оценивали достаточно высоко. Чувство личного благополучия для многих было связано именно с этой сферой, что является своего рода компенсацией при недостаточной удовлетворенности другими сферами жизнедеятельности.

Как известно, снижение КЖ неизбежно связано с ухудшением клинического течения заболевания — прогрессированием функционального класса стенокардии напряжения, развитием ИМ, нарушений ритма, нарастанием сердечно-сосудистой недостаточности. Характер ангинозных болей, их интенсивность и частота также негативно сказываются на различных параметрах КЖ больных ИБС, способствуя увеличению реакций на болезнь гипергнозического типа.

Полученные результаты свидетельствуют о важности включения психокоррекции в общий перечень лечебных и реабилитационных мероприятий для больных ИБС пожилого возраста. При реализации программ психологического сопровождения необходимо учитывать как особенности психологического статуса, так и удовлетворенность пациентов различными сферами жизнедеятельности.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРА АПОПТОЗА P53 В ПИНЕАЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ СТАРЕНИИ

Н. С. Линькова, В. О. Полякова, С. А. Пичугин

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Россия

EXPRESSION OF THE MARKERS OF APOPTOSIS P53 IN PINEAL GLAND IN AGING

N. S. Linkova, V. O. Polyakova, S. A. Pichugin

St-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology of the North West Branch of RAMS, Russia

Одной из основных функций пинеальной железы является секреция мелатонина — гормона, контролирующего биоритмы и межклеточные взаимодействия, что обеспечивает поддержание метаболических процессов в организме соответственно его возрастному генетическому статусу. С возрастом обмен веществ в организме замедляется, что, возможно, связано с усилением апоптотических процессов в ткани пинеальной железы. Целью настоящей работы стало изучение экспрессии проапоптотического белка P53 в пинеальной железе у лиц в возрасте от 60 до 90 лет.

Аутопсийный материал пинеальной железы был разделен на 2 группы — пожилые люди (60–74 года) и люди старческого возраста (75–90 лет). Иммуногистохимическая реакция была проведена с антителами к белку P53 (1 : 75, Novocastra). Микрофотографии получали при увеличении × 400. Площадь экспрессии (%) и относительную плотность (у. е.) оценивали в лицензионной про-

грамме «Видеотест-Морфология 5.0», статистическую обработку данных проводили на двустороннем критерии Стьюдента.

Площадь экспрессии белка P53 в пинеальной железе в 1 группе составила $1,18 \pm 0,32\%$, что в 3 раза больше, чем во 2 группе, где этот показатель составил $0,36 \pm 0,09\%$ ($p < 0,05$). Известно, что активная форма белка P53 обнаруживается в клетках с поврежденной ДНК, что приводит либо к остановке клеточного цикла, либо к апоптозу. Полученные результаты так же показали, что в старческом возрасте экспрессия белка P53 ниже, чем у пожилых людей. Относительная плотность в обеих группах не различалась и составила: $0,42 \pm 0,14$ и $0,38 \pm 0,12$ у. е.

В старческом возрасте экспрессия проапоптотического белка P53 в пинеалоцитах ниже по сравнению с этим же показателем у пожилых людей, что может свидетельствовать о возрастной редукции пинеальной железы.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н. В. Медведев, Н. К. Горшунова, Меиндиньо Тонворио Рафаел

Курский государственный медицинский университет, Россия

PROGNOSTIC VALUE OF THE DISORDERS THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY, SUFFERING FROM CARDIOVASCULAR DISEASES

N. V. Medvedev, N. K. Gorshunova, Meindinyo Tonvorio Rafael

Kursk State Medical University, Russia

Дизайн большинства современных медицинских исследований включает оценку параметров качества жизни пациентов, связанного со здоровьем (КЖЗ), как интегральной характеристики функционирования организма в условиях болезни. Качество жизни рассматривается доказательной медициной как один из истинных критериев, позволяющих прогнозировать исход заболевания и лечения. Актуальность определе-

ния КЖЗ в гериатрии обусловлена необходимостью комплексной оценки функционирования людей, страдающих хроническими заболеваниями на фоне инволютивных изменений в организме.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре заболеваемости лиц пожилого возраста, сопровождаясь развитием множественных функциональных нарушений,

приводят к ограничениям жизнедеятельности индивида, развитию инвалидности, нуждаемости в посторонней помощи и уходе. Для интегральной количественной оценки последних целесообразно исследование качества жизни, связанного со здоровьем, — показателей, отражающих физическое, эмоциональное, психологическое, социальное функционирование пациентов, позволяющих оценивать их реабилитационный потенциал, что особенно актуально в условиях дефицита медицинских ресурсов.

С целью определения качества жизни стареющих лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями проведена оценка его показателей у 123 лиц старше 60 лет (средний возраст $68,5 \pm 2,7$ года), страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения II ФК (40 пациентов), артериальной гипертонией I и II стадии (48 человек) либо их сочетанием (35 больных). Ограничения жизнедеятельности у больных кардиоваскулярной патологией во многом определяются толерантностью к физической нагрузке, которая определена на основании результатов выполнения теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) в виде функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН).

Качество жизни оценено с помощью международного опросника SF-36 (Ware J., 1992) в баллах по 8 шкалам: физического (ФФ), ролевого физического (РФФ), ролевого эмоционального (РЭФ), социального функционирования (СФ), влияния боли (Б), психического (ПЗ), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (ЖС).

Статистический анализ результатов исследования включал применение методов описательной статистики с вычислением средних величин и их стандартной ошибки ($M \pm m$), вычисление критерия Стьюдента при сравнении групп, различия признавались достоверными при $p < 0,05$. Для оценки силы связи между изучаемыми показателями выполнен корреляционный анализ по Пирсону.

ФК ХСН оказался достоверно выше у больных с сочетанной кардиоваскулярной патологией, чем у пациентов с изолированной ИБС и АГ (критерий $\chi^2 = 26,3$, $p < 0,001$).

Сравнительный анализ большинства параметров КЖ позволил установить достоверные различия между пациентами, страдающими АГ, ИБС и их сочетанием, наиболее выраженные по показателям ФФ ($64,5 \pm 2,8$; $62 \pm 2,6$ и $48 \pm 2,1$ баллов, $p < 0,001$), РФФ ($54,5 \pm 5,6$; $51,3 \pm 3,6$ и $31 \pm 3,2$ баллов, $p < 0,001$), РЭФ ($66,2 \pm 6,5$; $61,5 \pm 5,6$ и $40,8 \pm 4,3$ баллов, $p < 0,01$), СФ ($72,4 \pm 2,6$; $68,5 \pm 3,6$ и $50 \pm 1,2$, $p < 0,001$), ПЗ ($65 \pm 2,1$; $61,5 \pm 3,2$ и $47,3 \pm 2,4$, $p < 0,001$) и ЖС ($61 \pm 2,2$; $56,5 \pm 3,8$ и $40,5 \pm 2,3$, $p < 0,001$).

Корреляционный анализ между дистанцией, пройденной в ходе ТШХ, и показателями КЖ выявил наиболее значимые связи в группе больных АГ с РЭФ ($r = 0,46$), ПЗ ($r = 0,4$) и ЖС ($r = 0,54$); у пациентов, страдающих ИБС, с ФФ ($r = 0,42$), РФФ ($r = 0,45$) и ЖС ($r = 0,48$); у больных с сочетанной кардиоваскулярной патологией — с РФФ ($r = 0,46$), РЭФ ($r = 0,42$), СФ ($r = 0,4$) и ОЗ ($r = 0,48$), указывая на более значительное влияние прогрессирующей ХСН на показатели интегрального функционирования.

Основываясь на полученных результатах, можно заключить, что возможности прогнозирования ухудшения качества жизни пациентов старшего возраста, страдающих заболеваниями кардиоваскулярной системы, базируются, прежде всего, на результатах оценки выраженности функциональной хронической недостаточности кровообращения (ХСН), наиболее значимо сказывающейся на функционировании целого организма. Оценка и самооценка показателей КЖ, проводимая в динамике (1 раз в месяц), позволяет своевременно выявлять и осуществлять мониторинг проблемных сфер жизнедеятельности, зависящих от прогрессирования функциональных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Л. И. Мостовая, Н. Ю. Кувшинова, Д. А. Смирнова, А. А. Филиппов
Самарский государственный медицинский университет, Россия

FEATURES OF THE MEANINGFUL FOR LIFE ORIENTATIONS AND THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WITH CORONARY HEART DISEASE

L. I. Mostovaya, N. Yu. Kuvshinova, D. A. Smirnova, A. A. Filippov
Samara State Medical University, Russia

В ситуации хронической болезни вся система жизнедеятельности субъекта претерпевает су-

щественные изменения, что отражается и на организации смысловой сферы человека, на особен-

ностях восприятия различных сфер жизни и удовлетворенности ими.

Целью нашего исследования явилось определение взаимосвязи между категориями жизненных смыслов и удовлетворенностью различными сторонами жизнедеятельности (качеством жизни) у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста.

Работа проводилась на базе отделений кардиологии и пропедевтической терапии клиник СамГМУ. Всего было обследовано 60 пациентов, страдающих различными формами ИБС, из них 28 человек пожилого возраста, 32 — среднего возраста с приблизительно идентичным соматическим статусом.

Для анализа качества жизни больных мы применяли опросник изучения качества жизни Всемирной организации здравоохранения ВОЗ КЖ-100, а для определения ведущих смысло-жизненных категорий — методику предельных смыслов (Лентьев Д. А., 1999; Котляков В. Ю., 2003).

По методике предельных смыслов были получены следующие результаты.

Пациенты с ИБС пожилого возраста достоверно чаще, чем пациенты средней возрастной группы акцентировали внимание на узловых смыслах, реже — на предельных. Темы «гедонистической» и «экзистенциальной» категорий оказались первостепенными для пациентов с ИБС пожилого возраста; значительно реже были в этой группе актуализированы темы категорий «самореализация», «семейная», «альтруистическая». Совсем редко пациенты обращались к темам «коммуникативной», «когнитивной» и «статусной» категорий. Меньше всего пожилые пациенты обращались к темам «понять себя», «познать Бога», «быть с близким человеком», «чувствовать, что нужен», «сделать карьеру», «занять положение в обществе», «помогать другим людям», «радоваться общению с друзьями», «помогать родным», «любить», «быть свободным», «реализовать возможности».

Экзистенциальная смысловая категория была актуализирована преимущественно за счет темы «жить». Значения в рамках этой категории тем «любить» и «быть свободным» оказались низкими.

У пациентов средней возрастной группы ведущими категориями явились «статусная», «самореализация», несколько меньше были представлены категории «семейная», «коммуникативная», «когнитивная» и «экзистенциальная», в недостаточной мере обозначились «альтруистическая» и «гедонистическая». Данная «структура» жизненных смыслов в определенной мере отражает перфекционистскую направленность личности, которая, по мнению ряда авторов (Rosenman R., Friedman H., 1977; Положенцев С. Д., Руднев Д. А.,

1990; Карвасарский Б. Д., 2005), является типичной для больных ИБС. В рамках «статусной» категории максимально была задействована тема «Добиться успеха».

Из всего вышесказанного следует, что в системе жизненных смыслов больных ИБС пожилого возраста существенно редуцированы сферы самопознания, взаимодействия с другими людьми, устремлений альтруистического характера, укрепления своего положения в обществе. Низкая актуализация данных тем отражает ограничение коммуникации и широкой социальной включенности пожилых пациентов, подчеркивая их фиксацию преимущественно на актуальном состоянии, самочувствии, настроении, а также собственно на процессе жизни. Можно также отметить вытеснение активности, направленной на улучшение своего окружения, улучшение себя и конструктивное развитие в этой группе больных.

КЖ больных ИБС было снижено по сравнению со здоровыми. Наиболее низкие показатели КЖ зафиксированы по «физической сфере» и «уровню независимости». Значимые различия пожилых больных с группой пациентов средней возраста определены по «психологической сфере», сферам «социальные отношения» и «окружающая среда».

В результате корреляционного анализа с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена были выявлены значимые взаимосвязи между категориями жизненных смыслов и параметрами КЖ.

Так, актуализация гедонистической смысловой категории и в ее рамках темы «испытывать счастье» прямо взаимосвязано с уровнем удовлетворенности пациентов своей способностью выполнять ежедневные дела, низкой выраженностью боли и дискомфорта, с возможностью полноценно отдыхать и расслабляться. Преобладание гедонистических смыслов положительно связано с удовлетворенностью физической сферой.

Альтруистическая смысловая категория достоверно чаще актуализируется при редком переживании отрицательных эмоциональных состояний, адекватной самооценке, высокой удовлетворенности физической, психологической сферами, сферой «окружающая среда». Частота актуализации темы «улучшать мир» была достоверно выше при высокой удовлетворенности пациентов своими возможностями для отдыха, развлечений и приобретения новой информации.

Между частотой актуализации альтруистических смыслов и субсферой КЖ «способность к работе» (сфера «уровень независимости») выявлена отрицательная корреляция. Данный факт можно объяснить тем, что при низком уровне общей активности человеку сложно ориентироваться

на окружающих, его деятельность направлена преимущественно на себя, на сохранение общего энергетического потенциала. Тема «улучшать мир» в рамках альтруистической категории актуализируется значимо реже при низкой удовлетворенности сферой «социальные отношения» и своей внешностью.

Повышение значений актуализации «статусной» категории положительно взаимосвязано с общей удовлетворенностью психологической сферой, и в частности, образом тела и внешностью. Тема «добиться успеха» достоверно чаще была задействована при высокой удовлетворенности положительными эмоциями, а тема «занять положение в обществе» — при высокой удовлетворенности образом тела и практической социальной поддержкой.

Смыслы «коммуникативной» категории чаще были востребованы при высоких значениях удовлетворенности психологическим функционированием и высоких значениях самооценки. Тема «радоваться общению с друзьями» обнаружила прямую взаимосвязь с «физической сферой» и «социальными отношениями», а тема «чувство-

вать, что нужен» — с «уровнем независимости».

Следует отметить, что у пожилых больных корреляционные зависимости были несколько слабее, чем у лиц средней возрастной группы, тем не менее с целью повышения качества жизни больных ИБС пожилого возраста можно рекомендовать включить в блок реабилитационных мероприятий психологические занятия, в рамках которых акцентировать внимание на расширении системы жизненных смыслов.

В. Франкл предложил использовать технику сократического диалога в работе с пожилыми пациентами, чтобы подтолкнуть их к открытию индивидуального и адекватного для себя смысла. Это могут быть семья, работа, творчество, любимое увлечение, духовное развитие, личные отношения и многое другое. Для пожилых пациентов важна опора на сильные стороны жизни, что способствует повышению чувства уверенности, успешности социальных контактов. Главное, чтобы пожилой человек понимал, что его жизнь не проходит напрасно, и, несмотря на болезнь, в любом возрасте имеются возможности для личного роста, развития и самореализации.

ОПЫТ ГУЗ «ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГРАЖДАНАМ И ИНВАЛИДАМ РЕГИОНА

О. Л. Никитин, Д. О. Осокин, П. И. Романчук

ГУЗ Самарской области «Гериатрический научно-практический центр», Россия

THE EXPERIENCE OF THE GERIATRIC CENTER IN SAMARA REGION ON RISING OF THE QUALITY OF HEALTH CARE SUPPLY FOR ELDERLY AND INVALIDS

O. L. Nikitin, D. O. Osokin, P. I. Romanchuk

Samara District Geriatric Research and Practical Center, Russia

Самарская область является одним из ведущих агропромышленных регионов России. В 2009 г. социально-демографическая ситуация была представлена следующим образом: более 690 тыс. человек являлись пенсионерами, 245 тыс. — инвалидами. Доля тяжелых групп инвалидности среди инвалидов трудоспособного возраста составляет 60%, из них более 23 тыс. инвалидов нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Учитывая данные аспекты, департаментом социальной защиты Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области и Государственным учреждением здравоохранения Самарской области «Гериатрический научно-практический центр» — ГНПЦ — (глав-

ный врач — д. м. н. профессор О. Л. Никитин) был составлен план взаимодействия на 2008–2010 гг. для реализации комплекса мероприятий, направленных на увеличение продолжительности жизни, профилактику преждевременного старения подопечных социальных служб, повышение качества медицинских и социальных услуг, предоставляемых государственными стационарными и нестационарными учреждениями социального обслуживания населению Самарской области. В соответствии с данным планом работа проводилась по следующим направлениям.

1. Участие в реализации на территории региона Закона Самарской области № 121-ГД от 10.11.2008 г. «Об организации деятельности приемных семей

для граждан пожилого возраста и инвалидов на территории Самарской области».

Данный закон предусматривает и юридически закрепляет создание новой формы социального обслуживания — институт приемной семьи для граждан пожилого возраста и инвалидов. Чтобы оказать поддержку лицам, организовавшим приемную семью, на базе центров социального обслуживания (ЦСО) Самарской области были проведены научно-практические семинары, на которых сотрудники ГНПЦ в доступной форме представили информацию о навыках работы с пожилыми людьми и инвалидами, правилах ухода за ними и оказания помощи, психологических особенностях.

2. Участие в занятиях «школы реабилитации и ухода за пожилыми гражданами и инвалидами».

Создание подобных школ является одним из новых направлений в рамках повышения качества оказания социально-медицинской помощи и имеет важное значение. Это и достижение оптимально возможного уровня жизни и социальной адаптации инвалида или пожилого человека, в привычной домашней обстановке в окружении семьи, повышение эффективности социально-реабилитационных мероприятий, создание благоприятной обстановки и психологической атмосферы в семье, снижение потребности в услугах лечебно-профилактических учреждений и учреждений социального обслуживания инвалидов, оказывающих реабилитационные услуги.

В рамках работы «Школы реабилитации и ухода за пожилыми гражданами и инвалидами» специалистами ГНПЦ были организованы 22 занятия для работников учреждений социального обслуживания, всего обучен 291 специалист.

3. Оказание организационно-методической помощи работникам учреждений социального обслуживания и ЛПУ в сфере геронтологии и гериатрии.

Данное направление является основным в работе ГУЗ СО «Гериатрический научно-практический центр» и предусматривает организацию обучающих семинаров для работников центров социального обслуживания (ЦСО) и врачей центральных районных больниц по актуальным темам («Актуальные вопросы оказания медико-психологической помощи гражданам пожилого и старческого возраста», «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых граждан», «Современные аспекты оказания гериатрической помощи») в районах области, проведение на базе Минздравсоцразвития региона научно-практических семинаров и конференций («Психосоматические заболевания и психологические особенности личности», «Роль лечебной физкультуры в системе лечебно-оздоровитель-

ных мероприятий для пожилых граждан», «Организация рационального и сбалансированного питания пожилых граждан в пансионате и методы его коррекции», «Комплексная реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья»), участие специалистов ГНПЦ в ежемесячных областных конференциях «День врача общей практики», медицинских советах и советах директоров стационарных учреждений социального обслуживания.

4. Проведение научно-исследовательской работы.

В рамках выполнения плана ГНПЦ и тремя районными центрами было организовано исследование на тему «самооценка и самоконтроль в пожилом возрасте, их влияние на сохранение активного долголетия». В ходе исследования изучено и научно обосновано влияние социально-психологических факторов, таких как возраст, социальный статус, образование, семейное положение, увлечения и интересы, принадлежность к той или иной социальной группе на самочувствие и самоотношение людей пожилого возраста. В ноябре-декабре 2009 г. в ЦСО г. о. Самара ГНПЦ проведено анкетирование социальных работников, оказывающих социальную помощь психическим больным с различными диагнозами. В анкетировании принял участие 301 социальный работник из 8 районов г. о. Самары. Результатом анкетирования явилось совершенствование интеграции и взаимодействия ЛПУ и ЦСО Самарской области по улучшению качества медицинского обслуживания граждан пожилого и старческого возраста, в том числе с психическими заболеваниями.

5. Подготовка и издание научно-практических пособий для работников социальной службы, членов приемных семей для пожилых и инвалидов, престарелых граждан.

Ежегодно ГУЗ СО «Гериатрический научно-практический центр» издается серия книг для работников лечебно-профилактических учреждений и учреждений социального обслуживания, в которых отражаются передовые вопросы профилактики, диагностики и лечения лиц пожилого и старческого возраста. В 2009–2010 гг. ГНПЦ выпущены 9 изданий («Организация медико-социальной помощи и социально-психологической адаптации людям пожилого возраста в Самарской области», «Возрастной гипогонадизм у мужчин», «Запоры у людей пожилого и старческого возраста», «Хроническая обструктивная болезнь легких и качество жизни у людей пожилого возраста, зависимость от табакокурения и взаимосвязь с сердечно-сосудистой патологией», «Заболевания щитовидной железы у людей пожилого возраста», «Психология, психосоматика

и психопатология старения», «Основные принципы питания людей пожилого и старческого возрастов в социальных учреждениях», «Особенности лечения повреждений опорно-двигательной системы у людей пожилого и старческого возрастов»). Данные книги бесплатно предоставляются в ЛПУ, офисы врачей общей практики, учреждения социального обслуживания Самарской области и пользуются большим спросом.

Учитывая ту работу, которую проводит ГНПЦ, учреждение было включено в план Губернатора Самарской области В. В. Артякова от 23.09.2009 г. по подготовке и проведению празднования на территории Самарской области 65-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. были созданы врачебные бригады, в состав которых помимо врачей гериатров входили кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, уро-

лог, психотерапевт. Все врачи — доктора и кандидаты медицинских наук. Выезды сотрудников осуществлялись в наиболее отдаленные районы области на базы центральных районных больниц и центров социального обслуживания. Помимо этого для нуждающихся и немощных ветеранов ВОВ консультации проводились персонально на дому. Всего врачами бригады, было проконсультировано 468 ветеранов.

Таким образом, работа, выполняемая сотрудниками ГНПЦ, является востребованной не только пожилыми гражданами, сотрудниками ЛПУ, врачами общей практики, но и социальными службами области. В результате чего ГНПЦ остается важнейшим интеграционным звеном в системе повышения качества не только медицинской, но и социальной помощи пожилым гражданам и инвалидам региона.

МАРКЕР P53 В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТИМУСА ПРИ СТАРЕНИИ

С. А. Пичугин, В. О. Полякова, Н. С. Линькова

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

MARKER P53 IN ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATUS IN AGING

S. A. Pichugin, V. O. Polyakova, N. S. Linkova

St-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology of the North West Branch of RAMS, Russia

Тимус является центральным органом иммунной системы, а его инволютивные изменения определяют темп развития возрастной патологии и продолжительность жизни. Согласно теломеразной теории старения в течение жизни при делении клетки происходит укорочение теломера, до достижения ими критической длины, после чего клетка вступает в апоптоз. В связи с этим изучение апоптоза клеток тимуса является актуальной задачей для оценки темпов его старения.

Целью работы явилась количественная оценка экспрессии маркера апоптоза в клетках тимуса у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей.

Материал был получен при аутопсиях у людей трех возрастных групп: пожилые люди (60–74 года), лица старческого возраста (75–90 лет) и долгожители (старше 90 лет). Наличие белка P53 в клетках тимуса регистрировали иммуногистохимическим методом с применением моноклональных антител (Novocastra, 1 : 30). Относительную площадь окрашивания оценивали на

системе компьютерного анализа микроскопических изображений Nikon и программы Vidio-test Morphology 5.0.

Площадь экспрессии P53 в клетках тимуса в группе старческого возраста составила $9,35 \pm 2,61\%$, и была достоверно выше по сравнению с пожилыми людьми ($5,02 \pm 1,03\%$) и долгожителями ($5,31 \pm 1,53\%$, $p < 0,05$). Повышение площади экспрессии P53 в старческом возрасте по сравнению с пожилым может быть связано с усилением апоптоза клеток тимуса. Отсутствие различий между группами пожилых людей и долгожителей можно объяснить высокой генетически детерминированной сохранностью структуры и функций тимуса у лиц старше 90 лет.

Вывод. Маркер апоптоза P53 позволяет оценить функциональную активность клеток тимуса при его старении. В старческом возрасте процессы апоптоза в тимусе возрастают по сравнению с пожилым, тогда как у пожилых людей и долгожителей достоверных различий в экспрессии белка апоптоза не обнаружено.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК ТИМУСА ПРИ СТАРЕНИИ

В. О. Полякова, Н. С. Линькова, С. А. Пичугин
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Россия

PROLIFERATIVE ACTIVITY OF CELLS IN AGING THYMUS

V. O. Polyakova, N. S. Linkova, S. A. Pichugin
St-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology of the North West Branch of RAMS, Russia

Тимус является ключевым органом иммунной системы, инволюция которого приводит к снижению иммунной реактивности организма и является одной из причин возраст-ассоциированной патологии. Вопрос о том, сохраняют ли клетки тимуса способность к пролиферации у лиц старше 60 лет, до сих пор недостаточно изучен.

Целью работы явилась верификация маркера пролиферативной активности Ki67 в клетках тимуса у людей старше 60 лет.

Материал тимуса получен при аутопсиях у людей старше 60 лет и разделен на 3 группы — пожилые люди (60–74 года, n = 6), лица старческого возраста (75–90 лет, n = 6) и долгожители (старше 90 лет, n = 6). Иммуногистохимическая реакция с антителами (Novocastra, 1 : 30) к белку Ki67 проведена авидин-биотиновым иммунопероксидазным методом. Относительную площадь окрашивания в % оценивали с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений Nicon и программы Vidiotest Morpho-

logy 5.0 с применением статистических методов обработки данных.

Площадь экспрессии Ki67 клетками тимуса у пожилых людей составила $0,57 \pm 0,17\%$, что в 3 раза ниже по сравнению с группой старческого возраста ($0,19 \pm 0,05\%$, $p < 0,05$). У долгожителей площадь экспрессии Ki67 была $0,07 \pm 0,02\%$, что в 8 раз меньше чем у пожилых и в 3 раза меньше чем у лиц в возрасте 74–90 лет. Полученные данные свидетельствуют о возрастном снижении количества клеток тимуса, способных синтезировать белок Ki67, что указывает на уменьшение пролиферативной способности клеток тимуса с возрастом. Коэффициент Спирмана составил $-0,56$, что указывает на уменьшение экспрессии Ki67 клетками тимуса с возрастом.

Вывод. У людей старше 60 лет синтез белка пролиферации Ki67 в клетках тимуса снижается, однако полностью не прекращается даже у долгожителей, что свидетельствует о функциональной сохранности тимуса при старении.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМОКОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

П. И. Романчук, О. Л. Никитин, Н. Н. Крюков, Н. П. Романчук, Д. О. Осокин, Д. А. Драч
ГУЗ Самарской области «Гериатрический научно-практический центр»,
ГОУ ВПО Самарский государственный университет Росздрава, Россия

IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX ACTIVITIES OF REHABILITATION MEDICINE IN APPLICATION TO PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION: MAINTAINING THE HEALTH AND PROFESSIONAL LONGEVITY

P. I. Romanchuk, O. L. Nikitin, N. N. Kryukov, N. P. Romanchuk, D. O. Osokin, D. A. Drach
Samara District Geriatric Research and Practical Center, Samara State University, Russia

Актуальность. Демографическая ситуация в Самарской области имеет отрицательную динамику. Отмечается уменьшение численности населения с 3 217 620 чел. в 2004 г. до 3 172 787 чел. в 2009 г., что составляет 44 833 чел. (1,4%). Коэф-

фициент старости в Самарской области за последние пять лет уменьшился на 0,70% (с 18,65% в 2003 г. до 17,95% в 2009 г.), а индекс долгожительства уменьшился на 0,38% (с 1,46% в 2003 г. до 1,08% в 2009 г.). Смертность населения Самар-

ской области от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 778 на 100 тыс., что несколько ниже, чем по Российской Федерации (РФ) в целом (829), но значительно выше, чем в развитых странах ЕС (510 на 100 тыс.).

С целью оценки эффективности внедрения инноваций восстановительной медицины (ВМ) в профилактические мероприятия оздоровления больных с артериальной гипертензией (АГ), достижения экономического эффекта и безрецидивного выздоровления, повышение качества медицинской помощи и снижения количества осложнений у больных с АГ разработан алгоритм системокомплекса инноваций ВМ у больных с АГ у работоспособного населения, для увеличения профессионального долголетия (Романчук П. И., 2009).

Поэтому актуальным в настоящее время является проведение межведомственных и межкафедральных взаимодействий.

1) Функционирование в Самарском государственном медицинском университете (СамГМУ) лаборатории «Активного долголетия».

2) Внедрение фундаментальных разработок СамГМУ и ГУЗ СО «ГНПЦ» в первичное здравоохранение Самарской области.

3) Издание научно-популярных брошюр для населения и научно-практических пособий для врачей первичного звена.

4) Проведение в ЛПУ Самарской области (с выездом в ЦРБ) информационно-пропагандистской и медико-социальной мотивации ведения здорового образа жизни и приверженности к лечению, профилактики модифицированных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения (курение, алкоголь, ожирение, гиподинамия, хронический стресс).

5) Организация школы пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в первую очередь с артериальной гипертензией.

Системный алгоритм инноваций ВМ для профилактики АГ и увеличения профессионального долголетия включает:

— внедрение в первичное звено здравоохранения философии и методологии проблемы здоровья, нравственное воспитание и культурологию личности (Разумов А. Н., 2003, 2007);

— понимание концепции о полиэтиологичности и полипатогенетичности первичной (эссенциальной) АГ;

— верификацию наследственной предрасположенности у больных с АГ и создание генетического паспорта;

— информационно-пропагандистскую и образовательно-профилактическую работу для мотивации ведения здорового образа жизни (ЗОЖ);

— соблюдение режима труда, отдыха и биоэлектромагнитной совместимости;

— достижение индивидуальных принципов хронобиологии и хрономедицины;

— агрессивное администрирование по борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией;

— коррекция модифицированных факторов риска (ФР) у больных с АГ и проведение мероприятий по изменению образа жизни;

— достижение возрастного целевого АД, обучение населения правильной методике измерения АД, проведение диагностического суточного мониторирования АД (СМАД) для диагностики и оценки эффективности лечения больных с АГ;

— определение, прогноз и коррекция риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО);

— определение по стандартным методикам биологического возраста (БВ) (не менее 3-х) и мониторинг БВ (Захарова Н. О., Никитин О. Л., Волобуев А. Н., 2009);

— применение в практическом здравоохранении адаптированного регистра больных с АГ и выполнение протокола (контрольной карты) профиля индикаторов качества медицинской помощи у больных с АГ (Полубенцева Е. И., 2009);

— своевременное проведение дифференциальной диагностики между первичной (эссенциальной) и вторичной АГ (Крюков Н. Н., 2002);

— выполнение стандартов диагностики, лечения и профилактики АГ (ВНОК, 2008);

— выполнение стандартов лечения ассоциированных и сопутствующих заболеваний — ИБС, СД, остеопороз и т. д.

— мониторинг биофизических и электрофизиологических показателей электрогенеза сердца, регуляции сосудистого тонуса и кровообращения (Романчук П. И., 1999);

— выполнение восстановительных программ лечения кардиологических больных с АГ (Князева Т. А., 2008);

— применение гравитационной терапии у больных с АГ (Котельников Г. П., 2003);

— особенности терапии сексуальных нарушений у больных с АГ;

— внедрение нанотехнологичных методов антиоксидантной терапии (подавления свободно-радикальной активности, инвазивной детоксикации);

— употребление качественной воды и минеральной воды с диуретическим эффектом — Ундоровская минеральная вода типа «Волжанка» (Яшков А. В., 2009);

— повышение значимости лечебного питания, в том числе изготавливаемого с использованием нанотехнологий питания «Самарский здоровяк» — диетического, лечебного и профилактического (Мальшев В. К., 2009);

— оптимизация АГТ и ее сокращение (экономическое, медико-социальное) за счет ведения ЗОЖ, качественного и сбалансированного диетического питания.

тического, лечебного и профилактического питания «Самарский здоровяк», применения инноваций ВМ (Мальшев В. К., 2002);

— применение психотерапевтических методов и тренингов повышения стрессоустойчивости и нормализации нейрогенных механизмов регуляции кровообращения и АД (Романчук Т. Г., 2004);

— расширение доступности информационных и телекоммуникационных консультаций:

электронный паспорт здоровья, интернет, теле-медицина.

Итак, путем внедрения системокомплекса инноваций ВМ при АГ, достигается сохранение здоровья и профессиональной пригодности работающего населения, а также увеличение работоспособности высококвалифицированного персонала, что ведет к успешному решению государственных социально-экономических задач.

МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛЫХ В ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИКАХ

А. Л. Слободянюк

Самарский государственный медицинский университет Росздрава, Россия

OPTIMIZATION TECHNIQUES OF REVEALING OF THE ARTERIAL HYPERTENSION, SOME RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AND VASCULAR DEMENTIA IN THE ELDERLY IN GENERAL PRACTICE

A. L. Slobodyanyuk

Samara State Medical University, Russia

Артериальная гипертония (АГ) является актуальной проблемой гериатрической кардиологии, поскольку ее распространенность увеличивается с возрастом. Наличие АГ у пожилых оказывает существенное влияние на общее состояние здоровья, продолжительность и качество жизни, поскольку она является самостоятельным, прогностически независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Известно, что несвоевременная диагностика и неадекватное лечение пациентов часто являются результатом отсутствия четких представлений врача о распространенности, диагностических критериях, возможностях и целях лечения АГ. Участие врача в исследованиях по выявлению и лечению АГ существенным образом влияет на тактику ведения пациентов в условиях реальной клинической практики.

Именно поэтому врачу общей практики (ВОП) необходимо проводить сопоставление реальных данных своего участка с данными популяционных исследований и последующим определением вероятной патологической пораженности населения своего участка, выделением групп риска с использованием стандартных опросников и скринирующего обследования 1-го и 2-го уровней. Эти программы разрабатывает ВОП, реализует команда первичной медико-санитарной помощи населению (ПМСПН).

В состав команды ПМСПН Городской поликлиники № 8 Ленинского района г. Самары вошли врачи общей практики (ВОП), интерны, медицинские сестры, ученые Самарского медицинского университета. Целью исследования явилось изучение распространенности АГ и некоторых факторов риска (ФР) ИБС, в том числе у лиц пожилого возраста.

По стандартному протоколу было обследовано 824 пациента в возрасте от 20 до 70 лет. АГ диагностировали, учитывая критерии, рекомендованные экспертами ВОЗ/МОГ (2008 г.), использовались психологические методы исследования: цветовых выборов, дерево, индивидуальное время, анализ подписи. В результате обследования АГ обнаружена у 311 человек (37,7%). Среди мужчин и женщин отмечено увеличение частоты АГ с возрастом. Наиболее часто эта патология наблюдалась в группе пациентов 55–70 лет (63,5%). До 40 лет АГ чаще регистрировалась у мужчин, после 50 лет — у женщин. Ранее осведомлены о наличии АГ были 139 человек (79,8%), причем систематически лечились только 78 человек (44,8%), из них эффективно — 52 человека (29,8%). Женщины лучше, чем мужчины, информированы о наличии у них заболевания (76,8 и 58,3% соответственно), чаще принимают гипотензивную терапию (54,7 и 32,2%). Среди мужчин до 40 лет лекарственную терапию получают только 12% больных АГ. В последующих возрастных группах этот

показатель увеличивается до 47% у больных 70–79 лет. Отмечено широкое распространение ФР: курение — 39%, избыточная масса тела — 49,7%, гиподинамия — 43,9%.

Лица с АГ и ФР направлялись на 2-й этап скринирующего обследования, который включал ЭКГ в покое, нагрузочные пробы, эхокардиографию (ЭхоКГ) в М-режиме, офтальмоскопию, исследование липидного спектра, глюкозы и мочевой кислоты в сыворотке крови, при необходимости — консультацию профильных специалистов. Эти исследования позволили верифицировать ИБС у 26%, хроническую сердечную недостаточность — у 34%, метаболический синдром — у 18%, сахарный диабет 2-го типа — у 3,2% обследуемых, сосудистую деменцию у пожилых — 5%.

В зависимости от наличия или отсутствия ФР, поражения органов-мишеней и ассоциированных заболеваний, были выделены пациенты с низким, средним, высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выявлены психологические предикторы неадекватного отношения пациентов к заболеванию (анозогностический, эргопатический типы реагирования).

В результате исследования выявлены и реализуются комплексные программы вмешательств на уровне личности и семьи в целом, включающие модули воспитания, коррекции обратимых ФР, и медикаментозного лечения с учетом индивидуально-личностной характеристики пациента и степени риска развития осложнений.

СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ И ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИЙ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Т. Н. Сыромятникова, Я. Б. Ховаева, Б. В. Головской

Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера, Россия

COMPARISON OF THE DEGREE OF EXPRESSION OF ENDOTHELIAL DEPENDENT VASODILATATION OF BRACHIAL AND POPLITEAL ARTERIES IN PATIENTS WITH NORMAL AND HIGH BLOOD PRESSURE

T. N. Syromyatnikova, J. B. Hovaeva, B. V. Golovskoy

Perm State Medical Academy named by E. A. Wagner, Russia

Несмотря на то, что процессы сосудистого ремоделирования при артериальной гипертензии носят генерализованный характер, выраженность его в артериях разных регионов различна.

Целью исследования явилось изучение и сравнение динамики сосудистого тонуса подколенной и плечевой артерий при стимуляции эндотелийзависимого механизма вазодилатации у лиц с разным уровнем АД.

Материалы и методы. Обследовано 43 человека с АД ниже 140/90 мм рт. ст. (группа 1) и 61 пациент с АГ I–II ст. (группа 2). У всех обследованных изучалась эндотелийзависимая вазодилатация правой плечевой (ППА) и правой подколенной (ППода) артерий при помощи дуплексного сканирования на аппарате Aloca 5000 (Япония) с использованием линейного датчика 10 МГц в стандартных диагностических точках. В качестве стимула использовалась проба с реактивной гиперемией (РГ), с оценкой прироста диастолического диаметра (Ддиаст) сосуда через 15, 30 и 60 с после декомпрессии. На ППА исследование сосудодвигательной функции проводили по методике D. Selermajer et al. (1992). В качестве норматива эндо-

телийзависимой вазодилатации принимали прирост Ддиаст плечевой артерии в течение 60 с после декомпрессии более 10% от исходного. Для сравнения сосудодвигательной функции в регионах предплечья и голени у лиц с нормальным АД и с артериальной гипертензией проводили расчет отношения:

$$\text{Ддиаст ППА} \times 100\% / \text{Ддиаст ППодА};$$
где Ддиаст ППА — диастолический диаметр правой плечевой артерии в мм; Ддиаст ППодА — диастолический диаметр правой подколенной артерии в мм.

Обработка результатов осуществлялась в программе Statistica 7.0 с расчетом $M \pm m$, M — среднее значение, m — стандартная ошибка среднего.

Результаты и обсуждение. Исходный диаметр ППА у лиц 2-й группы был выше на 5,35% ($p = 0,04$) в сравнении с 1-й группой, в то время как диаметр ППодА был меньше на 11,6% ($p = 0,04$). Можно предположить, что у лиц с АГ увеличение диаметра ППА связано с дилатационным ремоделированием, а снижение диаметра ППодА связано с повышенным тонусом сосудистой стенки или структурным гипертрофическим ремоделированием.

лированием. Исходная величина расчетного коэффициента во 2-й группе составляла $67,14 \pm 0,11\%$, а в 1-й — $56,19 \pm 0,02\%$. Межгрупповые различия коэффициента были достоверными и составляли $10,95\%$ ($p = 0,04$).

При исследовании РГ прирост Ддиаст ППА в 1-й группе был в пределах нормы и составил $11,29\%$ ($p = 0,001$), а во 2-й группе снижен — $8,28\%$ ($p = 0,01$). Это подтверждает данные литературы о нарушении эндотелийзависимой вазодилатации при АГ. На ППодА в 1-й группе максимальный прирост Ддиаст регистрировался через 30 с после декомпрессии и составлял $4,1\%$. Во 2-й группе аналогичные изменения наблюдались через 60 с после декомпрессии и были менее выражены, составляя $3,77\%$. Различия между коэффициентами ДдиастППА/ДдиастППодА в груп-

пах с нормальным и повышенным АД во время проведения пробы сохранялись ($p = 0,04$): прирост коэффициента у лиц 1-й группы составил $4,62\%$ ($p = 0,04$), а во 2-й — $3,59\%$. Более высокие величины прироста коэффициента у лиц с нормальным АД свидетельствуют о том, что в норме преобладают вазодилатационные реакции на артерии верхней конечности, а при АГ эти соотношения сглаживаются.

Вывод. Выявление различий в характере ремоделирования и вазодилатационных реакций в артериях разных регионов требуют дальнейшего изучения. Перспективным является исследование динамики расчетного коэффициента ДдиастППА/ДдиастППодА при разных вариантах стимуляции с выделением нормативов для его интерпретации.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Д. Н. Украинцева, Н. К. Горшунова, Е. О. Семенова
Курский государственный медицинский университет, Россия

REMODELING OF THE MYOCARDIUM OF LEFT VENTRICULAR AND PARTICULARITIES OF THE CENTRAL HEMODYNAMIC IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

D. N. Ukraintseva, N. K. Gorshunova, E. A. Semenova
Kursk State Medical University, Russia

Ремоделирование миокарда признано предиктором прогрессирования и осложненного течения артериальной гипертензии (АГ). Доказано, что даже небольшое изменение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), особенно у пациентов старшего возраста, может служить прогностическим признаком увеличения сердечно-сосудистого риска (Kannel W. В. 1992; Hunter J., Hunter K., Grace A. 1999; Lorell В. Н. 2000).

Цель работы — определить характер ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) и особенности центральной гемодинамики у пациентов пожилого возраста на фоне АГ.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования 132 больных пожилого возраста с АГ (основная группа), среди которых 116 (87,9%) женщин и 16 (12,1%) мужчин. Средний возраст обследованных $66,0 \pm 0,4$ года: женщин — $65,6 \pm 0,4$, мужчин — $68,1 \pm 1,1$ лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц пожилого возраста, сопоставимых с больными по возрастному-половому составу. Диагноз АГ верифицирован в соответствии с рекомендациями Всероссийского науч-

ного общества кардиологов (ВНОК, 2008). Критериями исключения служили вторичные формы АГ, АГ III стадии, гемодинамически значимые пороки сердца, хроническая сердечная недостаточность III–IV функциональных классов в соответствии с классификацией Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA), сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, системные заболевания соединительной ткани, анемии, злокачественные новообразования.

Исследование геометрии сердца и сократительной способности ЛЖ проводили методом эхокардиографии с применением УЗ сканера MyLab 15 (Esoate/PieMedical, Италия) в М и В-режимах по методике Американского общества по эхокардиографии (ASE). Оценивали размер левого предсердия (ЛП, см), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП, см), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ, см) в диастолу, его конечный систолический (КСР, см) и диастолический (КДР, см) размеры. На основании указанных измерений рассчитывали относительную ТМЖП (ОТМЖП), относительную ТЗСЛЖ (ОТЗСЛЖ), относительную толщину стенок ле-

вого желудочка (ОТС ЛЖ), ММЛЖ (г), индекс ММЛЖ (ИММЛЖ, г/м²) по методике R. G. Devereux и N. Reichek (1986) в соответствии с Пенсильванским соглашением (Penn-convention), конечный диастолический объем ЛЖ (КДО, мл), конечный систолический объем ЛЖ (КСО, мл) (Teichholz L. E., 1976), их индексы (ИКСО и ИКДО, мл/м²), индекс ЛП — ИЛП (см/м²). Оценка типа ремоделирования ЛЖ проводилась по классификации Ganau A., et al., в модификации Devereux R. B., et al. (1992). Также диагностировали дополнительные геометрические модели сердца (Verdecchia P., 1997).

Систолическая функция ЛЖ изучалась по показателям КСО, КДО, ударного объема сердца (УО, мл) как разницы КДО и КСО и фракции выброса (ФВ, %) ЛЖ, рассчитываемой по методу Teichholz L. E. как процентное отношение УО к КДО. Сократительная способность миокарда ЛЖ оценивалась также по степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу (ΔS , %). Рассчитывали параметры центральной гемодинамики: минутный объем кровообращения (МО, л/мин), ударный индекс (УИ, мл/м²), сердечный индекс (СИ, л/мин/м²), среднее артериальное давление (АД_{ср}, мм рт. ст.), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС, дин/с/см⁻⁵), индекс артериальной жесткости (ИАЖ, мм рт. ст./мл/м²) (Ganau A. et al., 1995; Paradedmetriou V. et al., 2001).

Статистический анализ результатов исследования, представленных как $M \pm m$ (среднее арифметическое, стандартная ошибка средней), Me (медиана), нижняя и верхняя квартили (q1 и q3), проведен с помощью компьютерных программ Statistica 6.0, MS Excel 2007, BIostat.

Результаты исследования. У больных АГ старшего возраста наблюдалось статистически значимое увеличение основных структурных параметров сердца: ТЗСЛЖ, ТМЖП, ОТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ ($p < 0,001$), ОТС ЛЖ, ОТЗСЛЖ ($p = 0,002$). Выявлено, что преобладающим вариантом патологической перестройки миокарда у пожилых лиц на фоне гемодинамической перегрузки было концентрическое ремоделирование (44,7%), для которого определены максимальные значения ОТЗСЛЖ ($0,55 \pm 0,01$, $p < 0,05$) и ОТМЖП ($0,58 \pm 0,01$, $p < 0,05$). ГЛЖ диагностирована лишь у 17,5% лиц, страдающих АГ, при этом концентрическая гипертрофия (КГЛЖ) — у 15,2%, эксцентрическая (ЭГЛЖ) — всего у 2,3%. Данный факт можно объяснить достаточно строгими критериями отбора и исключением пациентов с АГ III стадии, ее осложнениями и сопутствующими заболеваниями, влияющими на структурно-функциональное состояние миокарда. Установлена относительно высокая частота асимметричной гипертрофии, а именно изоли-

рованной гипертрофии МЖП (ИГМЖП) — 7,6%, ЗСЛЖ (ИГЗСЛЖ) — 6,0%. Методом множественного пошагового линейного регрессионного анализа выявлена независимая значимость возраста в утолщении МЖП у больных с нормальной геометрией сердца ($\beta = 0,48$, $p < 0,05$). При этом уравнение множественной пошаговой регрессии (шаг 1) имело вид: $Y = -0,35 + 0,019 \cdot \text{возраст}$ ($F = 5,6$, $p < 0,03$).

Важно отметить, что у большинства лиц с АГ I стадии (81%) диагностировано КРЛЖ, что свидетельствовало о начале структурной перестройки сердца. Кроме того, не найдено статистически значимых различий в ММЛЖ ($220,15 \pm 13,62$ г и $240,96 \pm 10,59$ г), ИММЛЖ ($84,45 \pm 4,45$ г/м² и $85,18 \pm 4,31$ г/м²), ОТС ЛЖ ($0,53 \pm 0,03$ и $0,50 \pm 0,02$) между больными с АГ I и II стадии.

Анализ сократительной функции ЛЖ выявил достоверное уменьшение объемных показателей — КДО ($91,24 \pm 3,9$ мл и $112,61 \pm 4,29$ мл), $p < 0,05$, ИКДО ($31,83 \pm 0,98$ мл/м² и $41,86 \pm 1,81$ мл/м²), $p < 0,05$ — у пациентов с КРЛЖ по сравнению с больными с нормальной геометрией ЛЖ, а также снижение таких гемодинамических параметров, как УО ($50,78 \pm 2,51$ мл и $68,13 \pm 4,04$ мл), $p < 0,05$, УИ ($17,95 \pm 0,81$ мл/м² и $25,40 \pm 1,47$ мл/м²), $p < 0,05$, СИ ($1,24 \pm 0,06$ л/мин/м² и $1,62 \pm 0,09$ л/мин/м²), $p < 0,05$, МО ($3,51 \pm 0,19$ л/мин и $4,34 \pm 0,25$ л/мин), $p < 0,05$, при неизмененных показателях ФВ ($56,15 \pm 1,62\%$), ΔS ($29,37 \pm 1,12\%$). У больных старшего возраста на фоне КРЛЖ найдено повышение ИАЖ (Me — 3,95, q1 — 3,19, q3 — 4,40 мм рт. ст./мл/м² и Me — 2,68, q1 — 2,04, q3 — 3,36 мм рт. ст./мл/м²), $p < 0,001$ и ОПСС (Me — 2691,79, q1 — 1944,53, q3 — 3322,16 дин/с/см⁻⁵ и Me — 2122,01, q1 — 1678,14, q3 — 2447,11 дин/с/см⁻⁵), $p < 0,001$, их тесная прямая корреляционная связь ($r_s = 0,74$), $p < 0,001$. В целом концентрический вариант ремоделирования характеризовался гипокинетическим типом кровообращения. Напротив, КГЛЖ по сравнению с КРЛЖ сопровождалась ростом величин объемных (ИКСО, КДО, ИКДО), $p < 0,05$ и гемодинамических показателей (УО, УИ, СИ, МО, ОПСС, ИАЖ), $p < 0,05$, связанным с повышенной функциональной деятельностью гипертрофированных кардиомиоцитов.

Оценивая сократительную способность ЛЖ, важно отметить отсутствие достоверных различий между ФВ, ΔS при установленных геометрических моделях, что свидетельствовало о сохранении компенсаторного характера ремоделирования и гипертрофии — процессов, направленных на поддержание адекватного сердечного выброса.

Таким образом, у пожилых больных АГ среди вариантов структурной перестройки сердца преобладало концентрическое ремоделирование

миокарда ЛЖ, диагностированное у большинства пациентов с I стадией заболевания и характеризовавшееся гипокинетическим типом кровообращения. Для оценки риска развития сердечно-сосудистых осложнений, уточнения стадии

АГ у пациентов старшего возраста обоснована необходимость определения типа ремоделирования миокарда ЛЖ с помощью ультразвуковой диагностики с учетом установленных субклинических изменений сердца уже при АГ I стадии.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ГЕРИАТРИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Л. М. Житникова, Ю. В. Власенко, О. Б. Благовидова, М. И. Елистратова
Дальневосточный государственный медицинский университет, Первый Московский
государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Россия

PROBLEM-SOLVING OF GERIATRICS IN GENERAL PRACTICE

L. M. Zhitnikova, Y. V. Vlasenko, O. B. Blagovidova, M. I. Elistratova
Far-Eastern State Medical University, First Moscow State Medical University named by I. M. Sechenov,
Russia

Процесс быстрого старения населения в развитых странах мира и в России создает сложную демографическую проблему. Полиморбидность, наличие нескольких заболеваний у одного больного — одна из важнейших проблем современной медицины и гериатрической практики. Взаимное влияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения, побочные эффекты медикаментозной терапии изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс.

Создание эффективной системы медико-социальной помощи пожилым гражданам в ситуации возможного увеличения пенсионного возраста позволит не только повысить качество жизни людей старшего поколения, но и рационально использовать ограниченные ресурсы здравоохранения. В решении этой социальной задачи технология первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) может рассматриваться как оптимальная.

Мы изучили потребности пожилых пациентов в медицинских услугах, оказываемых в муниципальной поликлинике № 16 г. Хабаровска, клинико-диагностической поликлинике Дальневосточного государственного медицинского университета. Проанализированы амбулаторные карты 1156 пациентов в возрасте от 60 до 90 лет и старше, из которых женщин было 66%, мужчин — 34%. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: от 60 до 69 лет — 32%, 70–79 лет — 33%, 80–89 лет — 26%, 90 и старше — 9%. Большинство пациентов были способны покидать пределы своего жилища самостоятельно или при помощи посторонних лиц, другие могли передвигаться только по дому,

а часть пациентов была прикована к постели. Среди исследуемых были инвалиды 2-й и 1-й групп. Больше всего инвалидов наблюдалось в возрасте 70–79 лет — 42%, несколько меньше в возрасте 80–89 лет — 33%, 60–69 лет — 20%, 90 лет и старше — 5%.

Практически все обследуемые страдали хроническими и острыми заболеваниями различных систем, органов, тканей, последствиями переломов костей и обращались за врачебной помощью к различным специалистам как на приеме, так и на дому. Заболевания, формирующие полиморбидность, появляются в зрелом и среднем возрасте. Результат их суммарного накопления, период выраженных клинических проявлений приходится на пожилой возраст. Наиболее часто в разных сочетаниях наблюдаются атеросклеротические поражения коронарных и мозговых артерий (ишемическая болезнь сердца — ИБС, атеросклеротическая энцефалопатия), артериальная симптоматическая гипертензия, гипертоническая болезнь, эмфизема легких, неопластические процессы в легких и органах пищеварения, хронический гастрит с секреторной недостаточностью, желчнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит, аденома предстательной железы, сахарный диабет, остеохондроз позвоночника.

На развитие полиморбидности влияют генетические, ятрогенные, социальные, экологические факторы, а также хроническая инфекция; инволютивные изменения. Первый путь развития полиморбидности — появление группы заболеваний, объединенных одним патогенетическим механизмом, например, связанных с атеросклерозом, хронической инфекцией. Другой путь — причинно-следственная трансформация от функциональных нарушений к органическим в системе органов, объединенных общими функциями,

например, заболевания органов пищеварения.

Третий путь развития полиморбидности — ятрогенный, когда длительное применение медикаментозных препаратов приводит к возникновению побочных осложнений, перерастающих в самостоятельные нозологические формы. Полипрагмазия вследствие полиморбидности является причиной резкого возрастания вероятности развития системных побочных эффектов лекарственных препаратов. Таким образом, причинами полиморбидности являются единый патогенетический механизм, причинно-следственная взаимосвязь, трансформация, случайное сочетание, ятрогенный фактор, анатомическая близость поражаемых органов.

В отличие от узких специальностей общая врачебная практика формирует целостное представление о сущности здоровья человека и его нарушениях на различных этапах жизни с учетом влияния генетических, возрастных факторов, внешней среды, семейного окружения и др.

Обращаемость пожилых и старых людей за врачебной медицинской помощью различалась в зависимости от профиля специализации и была максимальной у терапевтов — 32%, далее по убывающей следовали невропатолог — 15%, офтальмолог — 13%, психотерапевт — 10%, травматолог и кардиолог по 7%, хирург и эндокринолог по 5%, оториноларинголог, уролог, дерматолог по 2%. При этом в поликлинике мобильные пациенты чаще совершали визиты к кар-

диологу, урологу, психотерапевту и терапевту. А на дому пациенты с ограниченной мобильностью больше нуждались в консультациях оториноларинголога, хирурга, травматолога, дерматолога. Обращаемость женщин всех возрастных групп к врачам различных специальностей была выше в 1,5 раза, чем у мужчин.

Представленные данные со всей очевидностью показывают преимущества обслуживания пожилых пациентов врачом общей (семейной) практики. Он как специалист с соответствующей подготовкой, способный оказать многопрофильную медицинскую помощь при наиболее распространенных отклонениях в здоровье, в том числе психиатрических и стоматологических заболеваниях, может максимально эффективно удовлетворить медицинские потребности этой категории пациентов. Особенно если учесть когнитивные, психические, социальные, финансовые дефициты и ограниченную мобильность, что затрудняет их обслуживание у нескольких специалистов одновременно. Медико-социальные потребности людей в пожилом возрасте достаточно легко прогнозируются, формализуются, а услуги по их обслуживанию стандартизируются. В связи с этим организация медико-социального обслуживания людей старше 60 лет на основе общей врачебной практики может способствовать повышению качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов и снижению бюджетных расходов.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т. М. Зиньковская

Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера, Россия

THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN IN DIAGNOSIS OF THYROID GLAND DISEASES IN THE ELDERLY

T. M. Zinkovskaya

Perm State Medical Academy named by academician E. A. Wagner, Russia

Среди пожилых пациентов отмечено большое число недиагностированных форм нарушения функционального состояния щитовидной железы (ЩЖ), что связано со сглаживанием клинических симптомов заболевания. Семейный врач должен помнить, что тиреотоксикоз у лиц старше 60 лет составляет 6–11%, гипотиреоз — 5–17,5% в зависимости от этнической принадлежности, пола, содержания йода в пище.

У пожилых намного труднее диагностировать гипертиреоз, поскольку повышенная раздражи-

тельность, нервозность, тремор, глазные симптомы, характерные для лиц молодого возраста, у них отсутствуют. Снижение массы тела на фоне сниженного аппетита создает необходимость исключения патологии желудочно-кишечного тракта. На первый план выступает кардиальная патология, которая нередко манифестирует пароксизмом фибрилляции предсердий, сердечной недостаточностью, неэффективностью антиаритмической терапии. ЩЖ у лиц пожилого возраста с гипертиреозом увеличена у 60%, мас-

са ЩЖ с возрастом уменьшается, снижается интенсивность кровоснабжения железы. Больных могут беспокоить боли в груди, напоминающие стенокардию, систолическая артериальная гипертензия (АГ). Развитие фибрилляции предсердий является потенциальной угрозой тромбоэмболии и инсультов. Следовательно, в связи с трудностями клинической диагностики заболевания семейный врач должен направить больного для определения тиреотропина (ТТГ), который будет незначительно повышен, с последующим определением T_4 . Обязательно учесть, какие препараты получает больной, функция ЩЖ может повыситься от препаратов, содержащих большое количество йода (кордарон). Гипертиреоз может быть связан с болезнью Грейвса и другими аутоиммунными заболеваниями (ревматоидный артрит, системная красная волчанка), с подострым тиреоидитом.

Главными причинами пониженной функции ЩЖ у лиц пожилого возраста являются аутоиммунный тиреоидит, предшествующие операции на ЩЖ, облучение шеи и головы, лечение анти-тиреоидными препаратами, недостаток йода, поступающего с пищей. Трудность в диагностике гипотиреоза создает слабая выраженность клинических симптомов. У больных старшей возрастной группы часто наблюдаются невротические

проявления, психические расстройства в виде депрессии, нарушения поведения, снижения когнитивной функции.

Наличие анемии, экстрасистолии, фибрилляции предсердий, болей в сердце, выпот в перикард, повышение уровня диастолического артериального давления, увеличение уровня креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы создают массу других диагнозов. Отсутствие диагностики гипотиреоза ведет к неправильному и бесперспективному лечению. Задачей врача общей практики является определение уровня ТТГ у всех женщин старше 50 лет, при неясном диагнозе и нарушениях ритма у мужчин, проведение ультразвукового исследования ЩЖ, при определении в ней узлов направление на биопсию для исключения опухолевого процесса.

Врач общей практики (семейный врач), как ни один врач другой специальности, должен знать наследственность пациентов, их прежнее место проживания, перенесенные заболевания, препараты, используемые ими, учитывая все изложенное проводить своевременную диагностику, и, соответственно, правильное лечение заболеваний ЩЖ. Воспитать в пациентах комплаентность к длительному лечению гипертиреоза и, возможно, пожизненной заместительной терапии гипотиреоза.

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ИЗУЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА 2010 ГОДА

Е. В. Фролова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

ANNUAL CONGRESS OF THE EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY 2010

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е. В. Фролова, 2010 г.

С 20 по 23 июня в Гамбурге состоялся конгресс Европейского общества по атеросклерозу. Программа конгресса была чрезвычайно насыщенной и разнообразной. Следует отметить, что на современном этапе изучение атеросклероза происходит с помощью высоких технологий. Процессы нарушения липидного обмена начинаются на молекулярно-генетическом уровне, соответственно, для их понимания необходимы такие же тонкие методы исследования.

Открылся конгресс лекцией лауреата Нобелевской премии американского генетика Майкла Брауна. Его открытие, удостоенное премии в 1985 г., касается обмена липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). С помощью метода культивирования тканей Браун и его коллега Голдстайн вырастили клетки кожи больных семейной гиперхолестеринемией. В этих клетках они обнаружили необычайно высокий уровень фермента, определяющего скорость синтеза холестерина. Большая активность этого фермента и вела к избытку холестерина. Исследователи показали также, что клетки таких больных плохо связывают ЛПНП. Это привело к открытию рецепторов к молекулам ЛПНП на поверхности клеток. При изучении механизмов, с помощью которых рецепторы ЛПНП осуществляют регуляцию синтеза холестерина, было установлено, каким образом апопротеиновая часть ЛПНП связывается со специфическим рецептором клеточной поверхности. Оказалось, что здесь происходит процесс, называемый рецепторно опосредованным эндцитозом. При этом связывание комплекса ЛПНП — холестерин происходит в углублениях клеточной мембраны, которые затем превращаются в пузырьки, отделяются от мембраны и переносят этот комплекс внутрь клетки. В дальнейшем оказалось, что сходный механизм обеспечивает и проникновение в клетку других крупных молекул — инсулина, железа, витамина В₁₂, факторов роста, трансферрина и иммунных комплексов. В клет-

ке ЛПНП распадаются и вывобождают холестерин, под действием которого снижается активность фермента, отвечающего за синтез нового холестерина, и повышается активность другого фермента, обеспечивающего депонирование этого вещества. Увеличение количества холестерина в клетке приводит также к торможению образования новых рецепторов ЛПНП. Таким образом, в норме клетки обладают механизмом, обеспечивающим равновесие между поглощением холестерина из пищевых продуктов и синтезом этого вещества в клетках.

На симпозиумах и сессиях большое внимание было уделено лечению больных с наследственными и семейными гиперхолестеринемиями, оценивались различные способы профилактики и лечения не только атеросклероза, но и сопутствующих ему заболеваний. В частности, обсуждались различные стратегии снижения риска развития осложнений и неблагоприятных исходов. Было высказано мнение на основании результатов исследования ACCORD, в частности, о необходимости использования более сдержанных подходов как к снижению артериального давления, так и в достижении нормогликемии. Как сказал П. Нильсен, один из руководителей этого исследования, «... мы узнаем из завершившегося испытания ACCORD, что, вероятно, подход к целевым уровням при контроле гипергликемии, артериального давления, и дислипидемии у больных диабетом 2-го типа должен быть гибким, учитывающим важные клинические факторы». Вероятно, в скором времени будут внесены изменения в клинические рекомендации, и целевым уровнем АД для больных сахарным диабетом будет признан не уровень не ниже 130 и 80 мм рт. ст., в то время как сейчас нас призывают стремиться к достижению АД у больных сахарным диабетом ниже 130 и 80 мм рт. ст.

Делегатам были представлены новые технологии исследований, позволяющие увидеть про-

цесс развития атеросклеротической бляшки, состояния сосудов, функции эндотелия. Это магнитно-резонансные исследования с введением различных контрастных веществ, которые, безусловно, не скоро найдут дорогу в практическую медицину вследствие своей дороговизны и сложности. Кроме того, обнаружив опасное состояние атеросклеротической бляшки, готовой к разрыву, нужно применить и соответствующие высокотехнологичные методы лечения, что, конечно, недоступно не только в областях нашей огромной Родины, но и не во всех столичных медицинских учреждениях. Впрочем, как было доложено на многих сессиях, основными методами предупреждения развития атеросклероза по-прежнему остаются высокая физическая активность и разумное питание. Эти компоненты эффективны и в случае системного воспаления, и в отношении развития эндотелиальной дисфункции у пациентов без генетически обусловленных дислипидемий. Однако результаты многочисленных популяционных исследований в то же время показывают, что и врачи, и больные не очень верят в эти способы лечения и профилактики. Интересно, что в качестве нового показателя эффективности терапии было предложено оценивать содержание в крови аполипопротеина В. Аполипопротеины — это белковые компоненты липопротеинов. Они имеют важное значение в: поддержании структурной целостности липопротеинов, регуляции активности ферментов, действующих на липопротеины, узнавании липопротеинов рецепторами. Аполипопротеин В — основной структурный белок богатых триглицеридами атерогенных липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Благодаря наличию этого белка ЛПНП реагируют со специфическими рецепторами эндотелиальных, гладкомышечных и др. клеток. Апо-В — главный транспортер триглицеридов из кишечника в жировые клетки. Апо-В является маркером азвития атеросклероза

за коронарных сосудов и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Его определяют также при сахарном диабете, нефротическом синдроме, синдроме Иценко — Кушинга и ряде других заболеваний, связанных с нарушением обмена липидов; считают, что этот белок — наиболее точный индикатор риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатель эффективности терапии, направленной на снижение липидов в организме человека.

Что касается лечения атеросклероза, то препаратами выбора по-прежнему остаются статины. В этой связи следует упомянуть об исследовании ЮПИТЕР, продемонстрировавшем высокую эффективность розувастатина в предупреждении развития неблагоприятных осложнений у пациентов из групп высокого риска, но без проявлений заболевания. Результаты исследования настолько впечатлили американскую организацию по контролю за использованием лекарственных препаратов (FDA), что она рекомендовала профилактический прием розувастатина: «У людей без клинически явной коронарной болезни сердца, но с повышенным риском сердечно-сосудистого заболевания, (возраст 50 и более лет у мужчин и 60 и более лет у женщин, уровень С-реактивного белка, определенного методом высокой чувствительности 2 мг/л и более, и наличие по крайней мере одного дополнительного фактора риска сердечно-сосудистого заболевания, такого как гипертония, низкий холестерин липопротеинов высокой плотности, курение, или случаи преждевременной коронарной болезни сердца в семье) крестор показан для: уменьшения риска инсульта, уменьшения риска инфаркта миокарда, риска процедур артериальной реваскуляризации» [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021366s016lbl.pdf].

Таким образом, конгресс представил перспективы развития клинической практики, основанные на достижениях генетики, молекулярной биологии, визуализирующих технологий.

Автор:

Фролова Е. В. — д.м.н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

Журнал помещает на коммерческой основе информационные и рекламные материалы отечественных и зарубежных фирм.

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

Рекламный модуль, черно-белый, размером 6 × 9 (1/8 полосы) — 20 у. е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 6 × 18 (1/4 полосы) — 30 у. е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 12 × 18 (1/2 полосы) — 40 у. е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 24 × 18 (одна полоса) — 70 у. е.

Рекламный модуль на обложке, цветной:

2-я, 3-я стороны	6 × 9 (1/8 полосы)	— 70 у. е.,
	6 × 18 (1/4 полосы)	— 140 у. е.,
	12 × 18 (1/2 полосы)	— 280 у. е.,
	24 × 18 (одна полоса)	— 560 у. е.,
4-я сторона	6 × 9 (1/8 полосы)	— 80 у. е.,
	6 × 18 (1/4 полосы)	— 160 у. е.,
	12 × 18 (1/2 полосы)	— 320 у. е.,
	24 × 18 (одна полоса)	— 640 у. е.

При размещении рекламы в двух номерах предоставляются скидки 10%,
в трех номерах — 15%, в четырех номерах — 20%.

**По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:
8 (812) 598-93-20, 598-52-22 (ответственный секретарь Н. А. Гурина).**

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

По вопросам приобретения журнала обращаться по тел. (812) 598-52-22

Редактор В. П. Медведев

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 20.08.2010 г. Формат 60 × 90 1/8. Бумага офсетная, Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. . Тираж 1000 экз. Заказ № . Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.
Отпечатано в типографии