

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция апрель 2008 года)

Издательство НЬЮДИАМЕД

Директор издательства:
Буланова В.А.
Зам. директора по рекламе:
Рихард Г.С.

Адрес редакции:

*115446, Москва,
Коломенский пр., 4,
МТП Ньюдиамед, а/я 2
Кафедра гематологии и гериатрии
Тел./факс 8-499-782-31-09*

E-mail: mtpndm@dol.ru

**Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net**

*Оригинал-макет изготовлен
издательством НЬЮДИАМЕД*

Зав. редакцией: Буланова В.А.
Корректор: Чайнова С.М.
Компьютерная верстка:

ООО «Авансед Солопня»

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

**Том 14
12-2008
(Декабрь)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна
© Издательство НЬЮДИАМЕД*

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8

Печ. листов 8. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

*Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),
Е.И. Асташкин,
Б.С. Брискин,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
В.Е. Ноников,
Л.К. Обухова,
А.Д. Пальман,
В.А. Парфенов,
Д.В. Преображенский,
Т.А. Федорова,
В.В. Цурко

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова
Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гаеин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (Москва),
В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),
А.Л. Хохлов (Ярославль),
В.В. Чельцов (Москва),
А.И. Яковлев (Москва),
О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство НЬЮДИАМЕД, Москва, 2008

**Редколлегия журнала «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,
в строгом соответствии с правилами.**

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

- I. Журнал «Клиническая геронтология» публикует статьи, освещающие фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии. Это передовые и оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных геронтологических журналах. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.
- II. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).
- III. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.
- IV. В выходных данных указывается название работы, инициалы и фамилия авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет иметь переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.
- V. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.
- VI. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
- VII. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.
- VIII. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название статьи, название журнала, год, том, вып., стр. Пример: Серов В.В. Клини. геронтол. 1995; 1: 3–8.; Ringvold A., Davanger M. Brit. J. Ophthal. 1981; 65: 138–141.
- IX. Для книг и сборников точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.
- X. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (в русском и английском вариантах).
- XI. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
- XII. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

Статьи следует направлять по адресу:

**115446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ 7. Кафедра гематологии и гериатрии
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология»
E-mail: mtprndm@dol.ru**

**XIII Международная
научно-практическая конференция
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ,
РОССИИ И СТРАН СНГ
(пленарный доклад)**

Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев

Московский государственный медико-стоматологический университет

Демография старения в мире и в странах СНГ отличается по своим характеристикам. Ежемесячно более 1 млн переступают порог 60-летия. В настоящее время более 80% из них проживают в развивающихся странах. Рост популяции старших возрастных групп виден, и особое значение приобретает рост именно группы лиц старше 80 лет, их количество увеличивается в разы (рис. 1).

Рост общей популяции населения и популяции в возрасте старше 65 и 80 лет (ООН 2000).

Совершенно очевидно, что, согласно данным ООН о региональном распределении населения старше 60 лет, до недавнего времени оно в основном было сосредоточено в Северной Америке и Европе. В последнее время резкий рост населения старших возрастных групп наблюдается в Азии, где к 2025 г. будет проживать основное

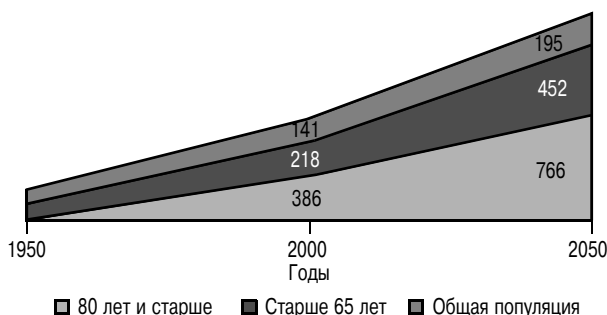


Рис. 1. Рост общей популяции населения и популяции в возрасте старше 65 и 80 лет (ООН 2000).

количество пожилых и старых людей. Население СССР по переписи 1989 г. составляло около 285 млн человек. Потери людей СССР во время Второй мировой войны были огромны: если в 1946 г. было объявлено, что СССР потерял 7 млн человек, то, по последним данным, в СССР потери составили не менее 25 млн, а по некоторым данным, и до 30 млн человек.

Население Российской Федерации продолжает, к сожалению, сокращаться. По данным Росстата, на 01.07.08 в России проживало 141,9 млн человек. За год население сократилось на 0,08%. По-прежнему пугает огромный отток населения из восточных регионов страны, где проживает уже менее 30 млн. Средняя плотность населения менее 8,3 человека на 1 км². Однако она меняется в различных регионах. Например, средняя плотность населения в Европейской России составляет около 25 на км², а в некоторых северных регионах — менее 1 человека на 1 км².

Если вспомнить расположение наших госпиталей ветеранов войн, мы увидим, что их основное количество сосредоточено в Европейской части РФ (рис. 2).

Данные переписей населения РФ показывают, что оно сокращается со скоростью, примерно, от 0,7 до 1 млн человек в год. Правда, компенсация идет за счет так называемого миграционного прироста. Если посмотреть статисти-



Рис. 2. Карта России после распада СССР. Территориальное расположение госпиталей для ветеранов войн.

ку за последние 2 года, когда немного повысились коэффициенты рождаемости среди мужчин и женщин, то можно увидеть, что человеческие потери, которые существуют, конечно же далеки и не сравнимы по своей значимости с военными. Сравнение данных переписи населения 1897 г., по возрастным и половым признакам и данных на 2007 г., когда основы для нормального воспроизводства практически не осталось, показано на рис. 3.

Прогноз демографических изменений в России до 2015 г. представлен в таблице.

Если демографические изменения будут протекать даже по благоприятному сценарию, то к 2015 г. дефицит населения составит около 9 млн человек. Совершенно очевидно, что миграционный прирост до поры до времени сдерживал резкое сокращение населения РФ, но и государственные меры по привлечению русскоязычного населения из дальнего зарубежья не приводят к желаемому результату.

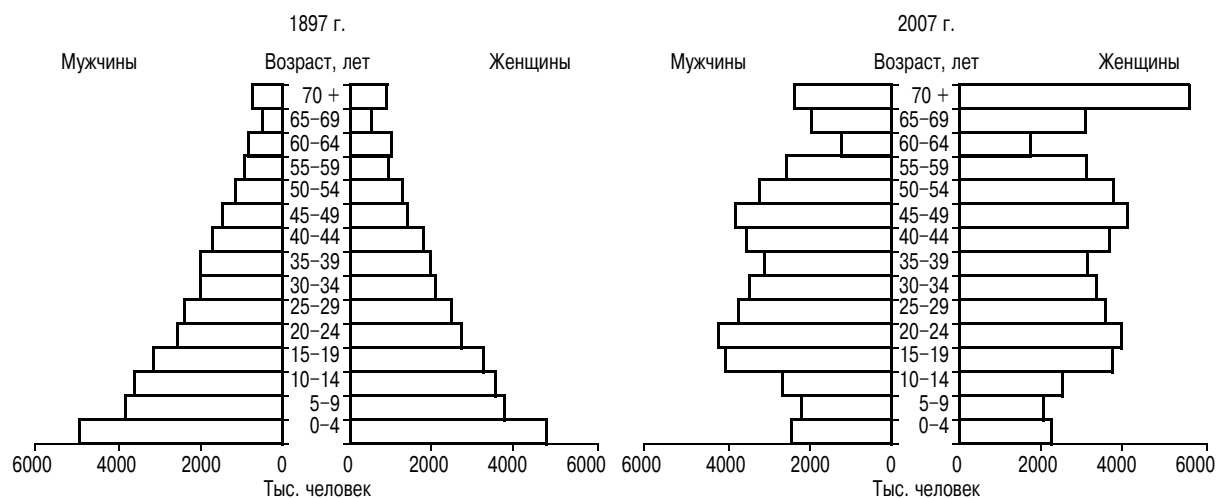


Рис. 3. Возрастно-половая структура населения по переписи 1897 г. и на 1 января 2007 г.

Примерно с 50-х годов XX века городское население начало преобладать над сельским. Согласно переписи 2002 г., население России по сравнению с 1989 г. сократилось на 1,8 млн человек, при том, что миграционный прирост за это время составил 5,5 млн человек. Несмотря на все усилия, разница между количеством рожденных и умерших даже в прошлом году была более 400 тыс. Процесс сокращения численности населения продолжится еще многие годы. Согласно прогнозу Государственного комитета по статистике, население страны на начало 2011 г. составит в среднем – 138,2 млн, к 2050 г. – 112,2 млн человек, т. е. численность населения сокращается, смертность преобладает над рождаемостью, а при этом количество лиц старших возрастных групп увеличивается и приближается к 30 млн. Один из ведущих наших демографов приводит несколько определяющих точек в развитии ситуации в России: первая – когда рождаемость упала ниже 1. Это произошло на рубеже 60-х годов. Предполагаемая причина – Карибский кризис, а ожидание перемен в начале 80-х привело к резонансному всплеску рождаемости, когда она вышла даже на рубеж 50-х годов, в том числе сыграла свою роль и антиалкогольная компания в этот период. Еще одна отправная точка – начало 90-х годов, впервые произошло превышение смертности над рождаемостью, такого не было даже в военные годы. Эта точка характеризовалась тем, что появился отрицательный прирост населения. И третья точка впереди, мы к ней уже подошли, когда резко снизится количество трудовых ресурсов в РФ. По пессимистическим прогнозам, это может

привести к тому, что изменения приобретут необратимый характер.

Несмотря на то, что в последнее время рождаемость понемногу увеличивается, одновременно увеличивается смертность. Показатель ожидаемой продолжительности жизни в 2007 г. – 67,65 лет, в том числе у мужчин – 61,6, у женщин – 74,7 года. По сравнению с 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни увеличилась в 2007 г. на 1,05 года, в том числе у мужчин – на 1,13 года, у женщин – на 0,74 года. В первом полугодии 2008 г. в России детская рождаемость составила 811,5 тыс. Прирост ее – 7,8% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, однако увеличение смертности велико – 4,5%. Коэффициент рождаемости составил 11,5 на 1 тыс. населения против 10,7 в первом полугодии 2007 г. Демографическая нагрузка – число иждивенцев на 1 трудоспособного человека (16–54/59 лет): пожилых («нагрузка пожилыми») и детей и пожилых («общая нагрузка») продолжает возрастать. Миграционный прирост, хотя он в последние 1,5 года несколько увеличился, но покрывает возрастные потери не более чем на 25%. Основная миграция, естественно, из стран СНГ, в основном из Украины и Казахстана. Замещение людских потерь было минимальным в 2004 г., сейчас оно составляет около 30–35%. Вынужденные переселенцы и беженцы на 2008 г. – в основном из республик Северного Кавказа, Казахстана, Узбекистана.

По Москве количество лиц старше 65 лет устойчиво составляет около 14%. Но если сравнить численность населения трудоспособного и нетрудоспособного в 2007 г., то мы увидим, что

Прогноз демографических изменений в России до 2015 года (по предположениям 1997 г.)

Показатель	1998 год	2015 год	Разница	Примечание
Общая численность населения	147 млн	138 млн	–9 млн (6%)	При сохранении иммиграционного потока
Миграционный прирост (тыс. чел.)	267,8	114,4		
Численность населения моложе 16 лет	30,3 млн	21,9 млн	–8,4 млн (–13,5%)	
Численность лиц старше трудоспособного возраста	30,4 млн	34,7 млн	+4,3 млн (+14,4%)	
Численность трудоспособного населения	85,5 млн	81,1 млн	–4,4 млн (–5,14%)	При существующем возрастании числа лиц старше 40 лет
Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 трудоспособных)	711	696		
Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	67,1	69,9		

дети составляют всего лишь 12%. И в 2003 г. впервые количество лиц моложе трудоспособного возраста превысило количество лиц старше трудоспособного возраста. Понятно, что не популярны меры повышения пенсионного возраста, которые не желают принимать наше правительство. Но они становятся все более и более неизбежными. Ожидаемая средняя продолжительность жизни по Москве постепенно растет, и она чуть выше, чем в РФ. Стабильным остается количество долгожителей. Смертность по Москве также чуть ниже, чем в РФ, и составляет 11,3 промилле. Рождаемость в Москве ниже среднероссийской – 9,7 промилле. А в динамике естественного движения намечилось снижение естественной убыли, в 2007 г. оно достигло 2,2%. Динамика смертности и рождаемости за последние 20 лет в Москве: бэби-бум и все усилия по увеличению рождаемости в Москве не привели даже к элементарному приближению кривой рождаемости к кривой смертности. Если смотреть по округам, то отчетливо выше продолжительность жизни в Центральном административном округе.

Меры Правительства РФ по улучшению демографической ситуации. На первом этапе (2007–2010 гг.) предполагается принять дополнительные меры по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний, включая профилактику и своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях и оказание эффективной квалифицированной медицинской помощи; усилить работу по снижению смертности в результате дорожно-транспортных происшествий и острых отравлений, по снижению производственного травматизма и профессиональной заболеваемости; повысить культуру здорового образа жизни. На первом этапе реализации концепции также будет решаться задача повышения эффективности миграционной политики.

На втором этапе (2011–2015 гг.) планируется реализовать меры, направленные на существенное улучшение здоровья населения, полную реализацию и изменение репродуктивных установок населения, создание условий для ком-

фортной жизнедеятельности семей, воспитывающих детей, формирование правильного поведения и повышение ответственности населения за свое здоровье.

На третьем этапе (после 2016 г.) предлагается проведение мероприятий по упреждающему реагированию на возможные риски в демографическом развитии Российской Федерации, принятию превентивных мер, своевременной коррекции программ и планов по сбережению населения, разработке мер, направленных на развитие комплекса действий, реализуемых на первом и втором этапах стабилизации к 2011 г. численности населения на уровне 142 млн человек. К 2020 г. россиян станет больше еще на 2 млн, а средняя продолжительность жизни увеличится до 75 лет. 145 млн человек к 2025 г. – такая задача поставлена в демографической концепции.

Если сравнить страны СНГ, то мы увидим, что республики Средней Азии отличаются высокой рождаемостью и высоким приростом населения. Узбекистан и Туркменистан увеличили свое население за 12–15 лет почти на 30%. Совершенно очевидно, что депрессивными по рождаемости являются Украина, Россия и Белоруссия – смертность превышает рождаемость. Очевидно, что ожидаемая продолжительность жизни в этих странах по сравнению с развитыми отличается примерно на 10 лет у женщин и на 20 лет у мужчин. В республиках Узбекистан, Туркменистан, Таджикистан молодое население преобладает над пожилым, а в русскоязычных странах (Россия, Белоруссия, Украина) демографическая нагрузка значительно больше (старика преобладают над детьми).

В XX веке Россия ценой жизни своего народа дважды спасала Европу от тоталитарных режимов – в 1945 г. от фашизма, в 1990 г. – от коммунизма. Вот рекомендации некоторых губернаторов: «Роди двойню – получишь третьего в подарок», «Роди патриота в День России – получи автомобиль Патриот». Население же России увеличивают китайцы, которые в скором времени будут коренными жителями на востоке страны. Пора всем нам учить китайский.

ЭКОНОМИКА СПРАВЕДЛИВОСТИ О ПРОГРАММЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (пленарный доклад)

П.А. Воробьев

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В этом году я собрался съездить на Сахалин на машине. К сожалению, одна машина сломалась и до Сахалина добраться не удалось — только до Байкала, но в результате это 16 тысяч километров по дорогам нашей страны. Я посещал довольно отдаленные места, например, Каргасок — это 500 км от Томска на север, там тоже медицина есть и люди живут. Мне пришлось дважды пересечь границу Европы и Азии.

Пробег Москва—Байкал был посвящен справедливому здравоохранению. Проезжал и местечко Большие Ключи под Красноярском, где ровно 33 года назад я в составе строительного отряда 1-го Московского медицинского института клал бетон на дорогу, по которой в этот раз и ехал. Мне, конечно, хотелось, чтоб это была самая ровная дорога, но она не была таковой, тем не менее — лежит. На протяжении этой поездки было много обсуждений, я выступал в больницах, министерствах, так что это был не просто отпуск.

Цена вопроса. Когда мы говорим о справедливости в здравоохранении, то это не лозунг. Это два вида справедливости: финансовая — справедливое распределение издержек на здравоохранение на все население, общество, государство и промышленность в соответствии с возможностями каждого и медицинская — каждому пациенту должна быть доступна та медицинская помощь, в которой он нуждается. Сразу возникает ряд вопросов: Как узнать, что необходимо пациенту? Как организовать реальную доступность? Как ее оплатить и сколько это стоит?

Как узнать, что необходимо пациенту? Первое, что сегодня существует и довольно активно развивается в мире и присутствует у нас, это методология оценки и выбора технологий. Для начала их нужно разделить на группы, каким-то образом классифицировать. Классификационные признаки для разделения чего бы то ни было — это однородные свойства, эффективность

медицинских технологий, физическая доступность, величина затрат на каждую медицинскую технологию, традиционная приверженность тем или иным видам помощи, частота их применения и потребность в них. По любому из данных признаков можно разделить технологии. Это принципиальный вопрос, потому что мы можем говорить, что у нас много компьютерных томографов, больше чем где-либо в мире на душу населения, но физическая их доступность достаточно низкая. Один из ведущих классификаторов, который был разработан в нашей стране и много лет уже используется, это Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Она включает разделы — простые медицинские услуги, сложные и комплексные, манипуляции и процедуры, услуги медицинского сервиса, трудозатраты на медицинские услуги, правила оценки затрат на услугу и т. д. Около 10 000 позиций.

Еще один подход к классификации медицинских технологий — классификация их по эффективности. Существует и классификация технологий по физической доступности. Большие расстояния, например, Каргасокский район в Томской области 500 × 1000 км и дорога в одну сторону (трудности обеспечения доступности), отсутствие дорог (только авиация) означают невозможность обеспечить доступ медпомощи. Другая крайность — заторы на дорогах, временные ограничения доступности в больших городах. Концентрация медицинских технологий в «центрах» — это по сути уже административные ограничения доступности, при этом первичная помощь практически отсутствует или тихо погибает, поскольку у нас нет парамедиков, не хватает фельдшеров, врачей. Новые врачи в первичную помощь не идут несмотря на то, что им дали зарплату. Люди не готовы ехать за тридевять земель даже за 1000 долларов. Об этом пока никто не думает. В Москве эта проблема хоть как-то решается, столица высасывает ре-

сурсы из ближайших регионов за счет повышенных зарплат. Мы стыдливо закрываем глаза на то, что у нас нет парамедиков, которые во всем мире берут на себя огромную часть первичной медицинской помощи.

Типичные нарушения принципа медицинской справедливости: недоступность КТ, МРТ, радиологических методов. Многие лабораторные исследования, экстренные виды помощи (тромболизис) не доступны всем. Приезжаешь в район, и там с гордостью сообщают, что у них определяется креатинин, а до этого определяли только остаточный азот. Много лет в стандарты включен тромболизис, на «скорой» есть все для его проведения, но среднее время от начала заболевания до госпитализации 18–20 часов даже в Москве. Люди наши своевременно не обращаются за медицинской помощью, менталитет не позволяет ее вызвать, пока не станет совсем плохо. «Скорая» приезжает, а тромболизис делать уже поздно. «Цена вопроса» в значительной степени не в здравоохранении: это общегосударственная транспортная проблема, разделенность, дробление бюджетов, например, передали первичное звено в муниципальные органы власти, а деньги туда не пошли, финансирование осталось все равно субъектовым.

Зачем бессмысленно тратить деньги?

Нам много говорят про доказательную медицину, значимость ее мы все понимаем, единственная маленькая деталь: большинство медицинских технологий никогда не оценивалось в клинических исследованиях. Мы должны каким-то образом с этим жить, мириться. Я могу привести очень простой пример. Аппендэктомия у нас является обязательной процедурой при подозрении на аппендицит. На самом деле, по-видимому, 80–90% воспаленных отростков удаляется совершенно напрасно, но никто никогда не проверял это ни в одном эксперименте. Вообще сейчас очень многие говорят, что примерно 60% операций выполняется просто так, без должных показаний. Это колоссальная цифра при том, что каждая цифра влечет за собой определенный процент смертей. Достоверность полученных результатов очень часто невысока, иногда только с лупой можно рассмотреть какие-то статистические «хвосты», которые не имеют ника-

кого отношения к реальной жизни, зато влекут за собой колоссальные затраты.

Очень высока степень влияния фирм-производителей лекарств на результаты исследований. До сих пор большая часть исследований в нашей стране финансируется ими. В некоторых странах это проблема решается. Например, в Великобритании. Национальный институт качественной клинической практики взял на себя частично такие исследования. У нас же пока за каждым исследованием стоит производитель, и это значительно снижает доверие к результатам. Как правило, не сообщается об отрицательных данных исследований. Врач самостоятельно не может разобраться в ситуации — ему нужен толмач — орган по оценке технологий. В России такой орган существует, это Форумный комитет РАМН, но использование результатов клинических исследований при формировании политики управления качеством медицинской помощи выливается лишь в формирование известных списков.

Мы должны рано или поздно в обществе договориться о введении порога экономической эффективности, то есть определиться, за что и какие деньги мы готовы платить и платить без обсуждения, а за что деньги нужно платить с обсуждением. В мире это очень жесткая точка зрения, она является отсечкой, и принимаются достаточно серьезные решения об отказе в оплате определенных медицинских технологий из-за очень высокой цены результата. У нас эта тема почти игнорируется. При этом огромные суммы мы тратим на дешевые, неэффективные, но массовые технологии, лекарства, операции, на бесконечные профилактические осмотры, диспансеризации. Наверно все сегодня хорошо представляют, что объявленная в стране диспансеризация является, мягко говоря, «туфтой», и примерно на 80–90% это просто приписки. Никто никого не диспансеризирует, но все за это получают зарплату или добавки к ней.

В отдельные программы должно быть выделено финансирование сверхдорогих технологий (в первую очередь, редких), и финансирование их должно идти только за государственный счет. А что в жизни? Клинико-экономический анализ продекларирован во многих документах, но так и не стал реальностью управленческих реше-

ний, хотя он легко позволяет там, где проведены хотя бы элементарные расчеты затрат, сразу на 30% снизить затраты бюджетов. Порог экономической целесообразности не определен ни в абсолютных, ни в относительных величинах и не обсуждается в обществе. Снижение затрат на дешевые, неэффективные, но массовые технологии — как робкие попытки можно увидеть в программе ДЛО: перенос ряда лекарств из «общего» списка (церебролизин, предуктал), удаление некоторых неэффективных препаратов. Раньше до 20% денег ДЛО уходило на «пустышки». Выделение в отдельные программы финансирования сверхдорогих технологий (в первую очередь, редких) — «программа 7 нозологий» — единственный реальный шаг вперед.

Пациент — главная фигура

В последние годы началось очень эффективное взаимодействие с организациями пациентов. По нозологическим формам общества очень активно заработали, сейчас идет консолидация их, они организовали рабочую группу, согласовывают между собой различные вопросы. Я думаю, вы заметили те скандалы, которые периодически поднимаются в прессе, это целенаправленная работа пациентских организаций.

Принципиально новое для нашей страны — это устранение потенциального конфликта интересов. Есть этический кодекс Форумного комитета РАМН, с ним надо ознакомиться. Там описано, каким образом устраняется потенциальный конфликт интересов. Это делается довольно просто. Каждый из специалистов — экспертов пишет: где, какие деньги он получает и в случае, если рассматривается тема, которая, возможно, входит в конфликт с его интересами, он исключается из рассмотрения этого вопроса. Все просто: человек открыто говорит, что он ангажирован фирмой и не может быть объективным экспертом в решении конкретного вопроса. Учет мнения общества стоит дешево, но он приносит большой экономический и политический доход.

Стандартизация медицинских технологий тоже нужна для того, чтобы сказать, что пациенту нужно. Сегодня стандарты есть, с 1 января они обязательны к применению, лечить можно только по ним, выписывать препараты только по

ним, так написано в законе РФ и соответствующих документах Минздравсоцразвития. Возникает вопрос, что делать, если стандартов нет или если они не устраивают медицинскую организацию, органы здравоохранения субъектов. Стандартизация это многоуровневая система. Если стандарт федеральный, то описывает общие подходы, а на уровне субъекта, больницы можно эту планку поднимать. Делать это не так сложно, для этого есть методические рекомендации, нужно только не говорить, что так написано в федеральном стандарте и это является нашим законом, а действовать. Но для этого должны быть административные решения на уровне органов управления здравоохранением, на уровне главных врачей ЛПУ.

Образование медицинского персонала — огромная проблема. Система профессионального образования сегодня безнадежно устарела. Те курсы повышения квалификации, которые раз в пять лет должны проходить врачи, фактически сегодня ничего не дают. На них преподаются устаревшие методики, которым уже несколько лет. Время появления методики в практике, которая доказала свою эффективность по западным данным — 15 лет, у нас — дольше. Нельзя столько времени ждать, от этого зависит жизнь пациентов! Новые технологии, в частности Интернет, мало используются в образовании.

Управленцы, а где программы?

Сегодня назрел такой вопрос, как прием управленческих решений. На всех этажах управления он закрыт от общества. Научные подходы к принятию решений в административной практике не используются. Чаще они не носят системного характера и научно не обоснованы, при этом деньги вбухиваются колоссальные. В «машину» Национального проекта «Здоровье» заложены огромные средства, закуплено оборудование, но даже не рассчитано, кто будет покупать реактивы, или приобрели рентгенологические аппараты, но забыли, что рентгенологов давно нет на рабочих местах. Общественное мнение воздействует на ситуацию уже после принятия решения. У нас остро встала проблема смены министров. В России с 1991 г. сменились: А. Воробьев, Э. Нечаев, А. Царегородцев, Т. Дмитриева, О. Рутковский, В. Стародубов, Ю. Шев-

ченко, М. Зурабов. Большая часть их приходили без программы и только-только успевали оглядеться за время своего «правления». К сожалению, приказы по нашему министерству практически прекратились, и добиться чего-либо от него не представляется возможным. Опять же пример «7 нозологий» — на них выделены огромные деньги и нет ни одного приказа, как исполнять программу.

Что делать обязательно?

Необходимо решить транспортные проблемы в стране, включая санитарную авиацию. Стоимость проекта по 7 редким заболеваниям 1 млрд. евро в год, на ремонт федеральной дороги Красноярск — Иркутск, обеспечивающей в том числе и медпомощь — 100 млн долл. Объем фармацевтического «рынка» в 2007 г. — 11 млрд. долл., прогноз на 2008 г. — 13–15 млрд. долл., за полгода продано лекарств на 5,6 млрд. долл. Если мы сопоставляем деньги, которые тратятся в здравоохранении, с теми, которые должны быть вложены во всякие другие институты, обеспечивающие больных и врачей нормальной средой, то это совсем другие деньги, это не те, что сегодня вкладывается в нашу отрасль. Мы можем локти кусать, но ничем не сможем помочь больному, если к нему нельзя доехать.

Про нашу санавиацию вовсе забыли. Вот к примеру тот же Каргасок: стоимость борта вертолета — 40 тыс./ч. Если врачи везут острого больного оперировать в район, то должен платить муниципалитет, а если они его увозят в Томск, то платит субъект. Вообще-то говоря, на

мой взгляд, за санавиацию должно платить государство, потому что транспортная связь это государственная ответственность а совсем не здравоохраненческие деньги. Но сегодня эти деньги платит здравоохранение. О каком равенстве речь?

Как заманить врача в первичную помощь, особенно в отдаленные регионы — только купить ему квартиру в собственность! Ни за какую зарплату туда не поедут, а за жилье — да. Нужно предоставить его, причем не служебное, и через несколько лет после начала работы передать его врачу, чтобы он мог ее продать, если захочет. В противном случае он становится рабом, привязанным к рабочему месту, а рабы на галерах хорошо не работают.

Нам никуда не деться и от парамедиков, особенно, где мало людей. И ведь реально они существуют и абсолютно на законных основаниях, но мы о них забываем. Мы выдаем сертификаты и документы установленного образца на занятие медицинской деятельностью колдунам, ведунам, гадалкам, целителям, экстрасенсам, фитотерапевтам и т. д. Они получают сертификаты в органах местного самоуправления и фактически они парамедики. Так почему же не сделать официальными парамедиками ветврачей, егерей и т. д., научить их оказывать первую помощь при переломах и травмах, измерять давление, уровень сахара крови. Это снимет значительную часть проблем с медицинской помощью. А у нас до сих пор на «скорой» помощи ездят врачи. Нигде в мире врачи с дипломами на «скорых» не катаются.

АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ПРОБЛЕМА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. КЛЕТОЧНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА (пленарный доклад)

З.А. Габбасов, С.Г. Козлов

Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва

Когда 20–30 лет назад мы писали статьи, готовили научные работы для обоснования значимости, актуальности проблемы исследования сердечно-сосудистых заболеваний, всегда указывали, что основная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний превышает 50% в экономически развитых странах, например в США, Англии, Германии. Если посмотреть на ситуацию сейчас, основываясь на данных ВОЗ, то в России, как и 20–30 лет назад, смертность от инсультов и коронарной патологии превышает 50%. Ожидаемая продолжительность жизни и для мужчин, и для женщин в среднем значительно ниже, чем по Европе. В большинстве экономически развитых государствах за эти 20–30 лет произошли достаточно позитивные изменения в увеличении продолжительности жизни, в уменьшении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (таблица).

Во Франции продолжительность жизни уже превысила 82 года, а и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – менее 15% от общего количества. В США ситуация значительно лучше, чем в России. В ряде стран, например во Франции, где здравоохранение наиболее социально ориентировано и действительно бесплатное, а не декларируется таковым, там успехи впечатляющие. Когда смотришь на цифры в нашей стране, перспективы не радуют, и в первую очередь потому, что вбирая самое плохое из каких-то элементов обустройства здравоохранения США, наше здравоохранение превращается в бизнес.

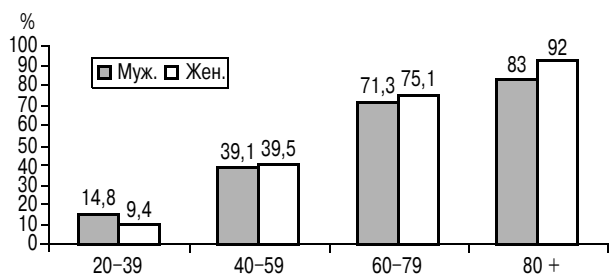
В кардиологическом центре мы пытаемся предоставить как можно больше высококвалифицированной помощи населению страны. Как пример можно привести сравнение медицинского обслуживания на Кубе и в США. На Кубе более, чем в 10 раз меньше врачей, в тысячи раз меньше таблеток статинов, принятых пациентами, чем в США, но при этом смертность от сер-

дечно-сосудистых заболеваний значительно ниже, чем в США, а ожидаемая продолжительность жизни на год больше, чем в США. Вполне возможно, что организация здравоохранения имеет гораздо большее значение, чем просто формальное предоставление какой-то медицинской помощи.

Обращаясь к данным, предоставленным Национальным центром здоровья в различных возрастных группах, мы видим, что процентный охват населения сердечно-сосудистыми заболеваниями существенно растет с возрастом. Их меньше в тех странах, где эти заболевания диагностируются раньше, где созданы условия для их профилактики (рисунок).

Сердечно-сосудистые заболевания вызывают сужение просвета сосудов мозга. Самым точным определением атеросклероза сосудов является экспертное определение ВОЗ: атеросклероз – варибельная комбинация изменений внутренней оболочки артерий, включающих накопление липидов, сложных углеводов, клеток гематогенного происхождения, фиброзной ткани и кальцификацию. В этом определении в первую

Десять основных причин смертности			
Причины	Количество летальных исходов		Утерянные годы жизни, %
	тыс.	%	
Все причины	2400	100	100
ИБС	711	30	21
Нарушения мозгового кровообращения	533	22	13
Отравления	66	3	5
Травматизм	59	3	5
Рак органов дыхания	58	2	2
Насилие	47	2	4
Дорожно-транспортные происшествия	44	2	4
Рак желудка	44	2	2
Рак толстого кишечника	38	2	1
Цирроз печени	37	2	2



Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в группах населения различного возраста и пола (1999–2004).

Источник: National Center for Health Statistics.

очередь сформулированы все основные участники процесса. Его можно оценить с разных точек зрения, ведь теорий атерогенеза существует довольно много. Что касается липидов и сложных углеводов, на данный момент известно очень многое о том, что с ними происходит, почему они накапливаются, как с этим бороться. Но при этом следует отметить, что и липиды, и углеводы — на самом деле строительный материал для клеток.

Почему возникают стенозирующие поражения? Это разрастание фиброзной ткани. Фиброзная ткань ниоткуда не берется, она меняется по результатам деятельности клеток, и здесь на вершину выходит клеточный аспект развития атеросклероза сосудов. Что за клетки? Почему они там оказываются? В интима здоровых сосудов клеток нет. В атеросклеротическом утолщении стенки сосуда обнаруживается костная пластинка, но ведь она не возникла сама собой. Там присутствуют остеобласты и вызывающие резорбцию костной ткани остеокласты. В зоне, где наблюдается фиброз, наблюдаются скопления фиброцитоподобных клеток. В месте, где мы видим утолщение, не должно быть никакого клеточного материала, а там — целый спектр самых разнообразных клеток от фибробластоподобных до клеток гематогенного происхождения.

После отложения белкового костного матрикса происходит его кальцификация. Так какие же клетки принимают участие в формировании атеросклеротической бляшки? Откуда берется такое разнообразие клеток? Почему происходит фиброз и кальцификация? В опытах *in situ* еще лет 10 назад было показано, что если повреждать эндотелий, то под ним через некоторое время обнаруживаются клеточные

скопления гематогенного происхождения. Если посмотреть морфологически, то это могут быть разнообразные клетки: лимфоцитоподобные, и бластные клетки, и моноциты, и тучные клетки. Полной неожиданностью было, и это показано Э.Л. Соболевой и соавт. (1986–1995 гг.), присутствие в интима пораженной атероматозом аорты человека стромальных и гемопоэтических колониобразующих клеток. Эта категория клеток, которую в начале 70-х годов А.Я. Фриденштейн назвал «колониобразующие единицы для фибробластов» — плюрипотентные стволовые клетки, дают рост клеткам различных линий дифференцировки и в тест-системах *in vitro* формируют стромальные колонии.

Именно такие колониобразующие стволовые клетки и были обнаружены в интима пораженного сосуда. Стромальная дифференцировка клеток интимы может проявляться в фиброзе, формировании костного или хрящевого матрикса, кальцификации, появлении остеокластов и адипоцитов, локусах эктопического кроветворения в новом микроокружении. Это может многое объяснить, но непонятным становится другое — каким образом эти клетки туда попадают. Это был вопрос, на который долгое время не могли найти ответа. К чему приводит это попадание? В первую очередь поскольку при различных условиях эти клетки могут создавать определенные клоны стромальных клеток и фиброз и формирование костного матрикса с последующей кальцификацией, вплоть до формирования локусов внутрисосудистого кроветворения. Когда А.Я. Фриденштейн обнаружил эти клетки в костном мозге, он категорически заметил, что циркулировать в кровотоке эти клетки не могут.

Плюрипотентные стромальные стволовые клетки (КОЕ-Ф) циркулируют в периферическом кровотоке, возможность этого циркулирования пришлось доказывать очень долго. Сейчас это уже доказано. Каким образом они из костного мозга попадают в кровоток? По всей видимости — по сигналу с сосудистой стенки, ее повреждению от механического — до внедрения вирусной инфекции. Циркулирующие в крови стромальные клетки-предшественницы костномозгового происхождения принимают активное участие в патогенезе атеросклероза человека. Если у здорового человека такие стромальные стволовые клетки в кровотоке обнаружить не

удается практически никогда (в одном из исследований у 3 из 66 здоровых людей), то в крови больных ИБС они обнаруживаются. Эти клетки в экспериментах *in vitro* мы выделяем из крови и помещаем в разные условия, в результате получаем колонии, которые формируют коллагеновый, или остеоидный матрикс.

Сама по себе методика клонального исследования может рассматриваться как «золотой» стандарт. Это неопровержимое доказательство, но для того, чтобы получать более ощутимые результаты обследования с большим числом пациентов, мы попробовали методику проточной цитофлуориметрии и попытались использовать тот нюанс, что колонии, которые формировали *in vitro* костный матрикс, всегда окрашивались на неколлагеновый белок костной ткани остеоонектин. С использованием антител к поверхности клеток на остеоонектин разработали методики, которые позволили вычленивать эти остеоонектин-положительные клетки в кровотоке. При исследовании большой группы пациентов (более 150) мы получили также, что у больных ИБС по сравнению со здоровыми и по сравнению с пациентами, у которых нет документированных стенозирующих поражений сосудов в циркуля-

ции, появляется большое количество остеоонектин-положительных, не характерных для здоровых людей клеток. Циркулирующие в крови костномозговые клетки-предшественницы стромальной дифференцировки принимают активное участие в развитии стенозирующих процессов в сосудистой стенке.

Гипотеза: атеросклероз и его проявления в виде стеноза являются побочным результатом «природной клеточной терапии» сосудистой стенки. «Терапия» сосудистой стенки осуществляется с использованием универсального механизма репарации тканей: мобилизации универсальных клеток-предшественников костномозгового происхождения, их миграции в область повреждения и локальной дифференцировки. И если рассматривать такой механизм атерогенеза, то тип склерозирования (фиброз, оссификация, хондрогенез, формирование адипозной ткани) определяется микроокружением, в которое клетки-предшественницы попадают или создают сами. Этой концепции мы придерживаемся и разрабатываем ее уже более 25 лет и находим подтверждение ей в работах зарубежных авторов.

НОВЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (пленарный доклад)

М.Г. Глезер

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Этот год в гериатрии, на мой взгляд, ознаменовался невероятным событием: получены новые доказательства возможности, необходимости лечения артериальной гипертонии у лиц пожилого и старческого возраста. Поскольку популяция людей 80 лет и старше в мире продолжает расти, причем в основном за счет женщин, к 2050 г. ожидается, что в структуре на-

селения людей старше 80 будет почти 12%. Распространенность артериальной гипертонии с возрастом увеличивается, так что актуальность ее терапии у пожилых будет только возрастать.

Я хочу обратить ваше внимание на то, что артериальная гипертония является фактором риска развития многих осложнений со стороны

сердечно-сосудистой системы, особенно у лиц пожилого возраста. Особое внимание нужно уделить увеличению частоты инсультов: если риск составляет 1 на 1000 в возрасте 45–54 лет, то уже 1 на 100 в возрасте 65–74 года и 1 из 30 в возрасте старше 85 лет.

Особенности артериальной гипертензии у пожилых:

- Изменения в сердечно-сосудистой системе (снижение сердечного выброса, нарушение эндотелиальной функции, более жесткие артерии, чаще встречается систолическая гипертензия, которая является самостоятельным фактором риска развития инсульта, гипертрофия левого желудочка, ИБС, сердечная недостаточность, причем особая форма сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, в отличие от того, что встречается у лиц более молодого возраста со сниженной фракцией выброса).
- Полиморбидность: хроническая обструктивная болезнь легких, периферический атеросклероз, диабет, нарушения функции щитовидной железы.
- Трудности в лечении.
- Плохой комплайнс.
- Частые метаболические расстройства.
- Изменения в кинетике лекарственных препаратов и как следствие большое число побочных эффектов.

Если систолическое давление повышается во всех возрастных группах, то диастолическое давление, начиная с 50 лет, у женщин снижается, поэтому у них чаще формируется изолированная систолическая гипертензия, которая играет существенную роль в развитии инсульта.

Чем старше люди, тем больше они посещают врачей, больше принимают лекарств, а эффективность лечения снижается. Достижение целевых значений артериального давления низкая у лиц пожилого возраста.

Проведен целый ряд исследований (средний возраст пациентов 70 лет), показывающих, что для лиц пожилого возраста в качестве препаратов выбора следует рекомендовать диуретики и кальциевые антагонисты, поскольку считается, что у пожилых больше низкорениновых форм гипертензии. Доказательная база по лечению гипертензии у пожилых в основном была собрана на диуретиках и кальциевых бета-блокаторах.

В этом году опубликованы результаты исследования HUYET. Это первое исследование, которое было направлено на лечение пациентов старше 80 лет. Исследование было остановлено досрочно в связи с тем, что в группе, которая получала активную антигипертензивную терапию, было получено достоверное снижение частоты инсультов и смертности среди пациентов. В этом исследовании принимало участие много стран, в том числе Россия: 18 центров в 8 городах – 235 пациентов из 4000, набранных в других странах.

Критерии включения в исследование были:

- возраст 80 лет и старше на момент рандомизации,
- систолическое АД в положении сидя 160–199 мм рт. ст. (среднее давление по итогам двух измерений на двух визитах с интервалом в 1 мес),
- диастолическое в положении сидя менее 109 мм рт. ст.

Критерии невключения:

- систолическое АД стоя менее 140 мм рт. ст.,
- инсульт в предшествующие 6 мес,
- деменция,
- необходимость постоянного постороннего ухода,

Дизайн исследования. Начинали лечение с назначения диуретика индапамида ретард. Через 3 мес, если артериальное давление не достигало целевых цифр, в данном случае: САД < 150 мм рт. ст., ДАД < 80 мм рт. ст., то добавляли ингибитор АПФ периндоприл. Почему была выбрана для базовой терапии ретардированная форма индапамида? Прежде всего благодаря быстрому снижению систолического давления, которое способствует разного рода осложнениям. Кроме того, этот препарат в наибольшей степени уменьшает пульсовое давление, являющееся самостоятельным фактором риска развития инсульта. Препарат тестировался в разных исследованиях по возможности профилактики вторичных инсультов: исследование PROGRESS, которое показано 28%-е снижение риска мозгового инсульта (6105 больных с цереброваскулярными заболеваниями в анамнезе с нормальным и повышенным АД, средний возраст 64 года, длительность терапии 4 года) и исследование PATS у пожилых – вторичная профилактика инсультов при лечении арифомом – у 30% снижение инсультов у ранее перенесших

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Факторы	Мужчины	Женщины	Всего
п, %	1475 (40%)	2254 (60%)	3729
Средний возраст, годы	83,4	83,7	83,5
АД сидя, мм рт. ст.	172/91	174/91	173/91
Ортостатическая гипотензия, %	8,4	8,4	8,4
ЧСС	74,0	74,8	74,5
Инсульт в анамнезе, %	9,0	5,4	6,8
Инфаркт в анамнезе, %	4,5	2,4	3,2
Диабет, %	6,4	6,7	6,6

инсульты (5665 пожилых пациентов с артериальной гипертензией, имевших в анамнезе инсульт или транзиторную ишемическую атаку, арифон 2,5 мг, наблюдение 2 года).

Арифон ретард обладает хорошими органопротективными свойствами, превосходит эналаприл в отношении уменьшения индекса массы миокарда левого желудочка. Он не оказывает влияния на углеводный и липидный обмен.

Больные были разделены на две группы: активной терапии и плацебо. Средняя продолжительность наблюдения составила 2,1 года. В 1999 г. было получено первое одобрение этического комитета (1999, Великобритания), первый включенный пациент (ноябрь 2000), первый промежуточный анализ (апрель 2005) – рекомендовано продолжить исследование; второй промежуточный анализ (июль 2007) – достоверное снижение общей смертности и инсультов в группе активного лечения. Исследование (3845 пациентов) остановлено досрочно. Комитет, контролирующий исследование, рекомендовал перевести всех пациентов на лечение арифоном ретард ± престариум в течение одного года открытым способом. Окончательные ре-

зультаты представлены 31 марта 2008 г. на конгрессе в Чикаго. К моменту остановки исследования 1882 пациента все еще находились в двойной слепой фазе, 220 – в открытой фазе, у 17 – состояние было неизвестно.

Средний возраст пациентов в этом исследовании был на 10 лет старше, чем в предыдущих (табл. 1).

Интересный анализ провели в этом исследовании по возрасту. С возрастом уменьшаются масса тела, уровень глюкозы в крови, гемоглобин, повышаются уровень калия и креатинин. Этой статистики мы раньше не имели. Было получено: в группе активной терапии снижено артериальное давление – систолическое, примерно, на 30 мм рт. ст., диастолическое – на 13 мм рт. ст. Это совпадает с тем, что было получено ранее в других исследованиях для групп 70-летнего возраста. При этом ясно, что в группе активной терапии почти 50% пациентов достигали целевых значений артериального давления, т. е. САД < 50 мм рт. ст., ДАД < 80 мм рт. ст., что подтверждает нашу сегодняшнюю позицию в лечении гипертонии – как бы не старались, все равно 75% больных нуждаются в комбинированном лечении. Комбинированная терапия является залогом успешного лечения лиц разных возрастных групп, в том числе и пожилых.

Основные результаты: снижение частоты инсультов – на 30%, в том числе фатальных – на 40%, сердечной недостаточности – на 64%. Известно, что диуретики являются основными препаратами по предупреждению развития сердечной недостаточности. Это особенно актуально для пожилых пациентов. Главный результат – впервые показана возможность снижения общей смертности пожилых с артериальной гипертензией на 21%! Результаты были одинаково хороши и у мужчин и у женщин в отличие от предыдущих исследований (табл. 2).

Таблица 2

Влияние антигипертензивной терапии на общую смертность у пожилых старше 80 лет

Исследование	EWPHE	SHEP	STOP	Syst-Eur	HVET
п	155	650	235	441	3845
%	18	14	14	9	100
Препарат 1-й линии	ГХТ	Хлорталидон	ГХТ/БАБ	АК	Арифон ретард 1,5 мг
Относительный риск активная терапия/контроль	0,97	0,97	1,4	1,36	0,83

Деменция и антигипертензивная терапия

Исследование	n	Терапия	Наблюдение, г	Benefit
SHEP	4736	БАБ ± Диур.	4,5	↓ Деменции на 16% (ns)
SYST-EUR	2418	АК ± ИАПФ ± Диур.	2	↓ Деменции на 50% (p = 0,05)
SYST-EUR 2	2902	АК ± ИАПФ ± Диур.	4	↓ Деменции на 55% (p < 0,001)
PROGRESS	6105	ИАПФ ± Диур.	4	↓ Деменции обусловленной инсультом на 34% (p = 0,3)
HOPE	9237	ИАПФ	4,5	↓ выраженности когнитивного снижения на 41% (p < 0,01)
SCOPE	4964	АРА ± Диур.	4	↓ выраженности когнитивного снижения на 49% (p = 0,04)

Очень важно, что исследование было безопасным. Число сообщенных нежелательных серьезных явлений (после рандомизации): 448 в группе плацебо и 358 в группе активного лечения (p = 0,001).

Терапия, которая применялась в исследовании HYVET, – арифон ретард 1,5 мг + периндоприл 2–4 мг), может предотвратить одну смерть среди 40 пациентов, один инсульт – среди 94 пациентов. Для каждого миллиона пожилых пациентов это означает спасение 25 000 жизней!

Еще на одном аспекте хочу заострить ваше внимание: для того чтобы человек оставался человеком, он должен сохранять способность мыслить. К сожалению, с возрастом происходят изменения, теряются когнитивные функции. Мы хорошо знаем, что с артериальной гипертонией, в частности с высоким пульсовым давлением, связан риск сердечно-сосудистых осложнений. Жесткость артерий, обуславливающая высокое пульсовое давление, вызывается нарушением когнитивных функций. Она намного выше при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

Терапия гипертонии в разных исследованиях различными препаратами у пожилых пациентов снижала деменцию и уменьшало когнитивное снижение (табл. 3).

Большинство исследований установили связь между артериальной гипертонией и болезнью Альцгеймера. Анализ показал, что когда диагностировали заболевание у лиц старше 79 лет, они все имели более высокие цифры артериального давления до начала заболевания, это касалось и сосудистой деменции, и болезни Альцгеймера.

Был проведен мета-анализ результатов исследования HYVET и ранее проведенных плацебо-контролируемых исследований (Syst-EUR, SHEP and PROGRESS), который показал, что частота случаев деменции снижается достоверно, относительный риск составляет 0,87 (95%CI 0,76–1,00) p = 0,045.

Таким образом, можно сделать вывод – мы получили доказательства того, что можно безопасно и весьма эффективно лечить лиц не только старше 65, но и старше 80 лет.

ОТЧЕТ

О проведении XIII Международной научно-практической конференции
«Пожилой больной. Качество жизни»

С 29 сентября по 1 октября 2008 года в Центральном Доме Ученых РАН проходила XIII Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». Инициатором этой ежегодной конференции выступает Межрегиональная общественная организация «Научное медицинское общество геронтологов и гериатров». Как правило конференция проходит при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. И хотя в этом году результатом реорганизационных мероприятий в Минздраве явилось отсутствие приказа о проведении конференции, это никоим образом не отразилось на настроении геронтологов и гериатров и на количестве участников, в том числе из отдаленных регионов. То, что конференция проходила по установленному ранее порядку, и число слушателей было стабильно по залам, лишней раз подчеркивает неформальный характер мероприятия, искренний интерес специалистов к проблемам диагностики и лечения заболеваний пожилого возраста, проблемам социальной адаптации, сестринской помощи и многим другим вопросам, затрагиваемым в рамках ежегодной конференции. С другой стороны, очевидно, что конференция давно стала постоянной школой не только для специалистов—геронтологов и гериатров, но и для врачей широкого профиля и узких специалистов. Очевидно, в этом заключается некоторая уникальность конференции, позволяющая во главу угла ставить пожилого человека со всеми его проблемами — социальной неустроенности, особенностями психики, особенностями течения болезней и их лечением, необходимостью ухода и т. д. К сожалению, сегодня мы не можем мечтать о выделении отдельной, самостоятельной гериатрической службы в стране, где бы пожилые люди могли встретить немного более внимательное и теплое отношение к себе. Пожилые — не модная тема. В основном пожилыми занимаются те же специа-

листы, что и молодыми. Поэтому повышение информированности врачей, психологов, сестер о гериатрических аспектах своей области знаний является важной задачей, решаемой на ежегодной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни».

Как и в прежние годы, в подготовке научной программы конференции приняли участие члены постояннодействующего Оргкомитета, в состав которых входят: заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, профессор П.А. Воробьев (председатель Оргкомитета, Сопредседатель научного медицинского общества геронтологов и гериатров), Е.И. Асташкин (ММА им. И.М. Сеченова), Л.М. Балашова (РГМУ, Москва), И.Н. Бондаренко (Департамент развития социальной защиты МЗиСР Российской Федерации), В.В. Борисов (ММА им. И.М. Сеченова), В.А. Буланова (Издательство «Ньюдиамед»), В.М. Васильчиков (Департамент соцзащиты Московской области), А.И. Воробьев (ГНЦ РАМН), М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова), Л.М. Горюловский (РМАПО, Москва), Л.Д. Гриншпун (ГКБ № 60, Москва), Е.В. Исакова (МОНИКИ), Н.Н. Камынина (ММА им. И.М. Сеченова), Ю.В. Конев (МГМСУ, Москва), С.В. Котов (МОНИКИ), Л.Б. Лазебник (Институт гастроэнтерологии, Москва), В.А. Насонова, Е.Л. Насонов (Институт ревматологии РАМН, Москва), Н.И. Некрасова (ММА им. И.М. Сеченова), А.П. Нестеров (РГМУ, Москва), В.Е. Ноников (ГУЗ УДП, Москва), П.Н. Олейников (РМАПО, Москва), В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова), Е.О. Саксонова (РГМУ, Москва), М.С. Смирнова (ММА им. И.М. Сеченова), А.И. Шатихин (ММА им. И.М. Сеченова), Е.М. Шилов (ММА им. И.М. Сеченова), В.В. Цурко (ММА им. И.М. Сеченова).

В этом году в работе конференции приняли участие более тысячи человек. Состав участников — представителей медицинских ВУЗов,

НИИ, органов здравоохранения, примерно, такой же, как и в предыдущие годы. Однако отмечалась недостаточная активность со стороны социальных университетов, органов соцзащиты Москвы, регионов. Мы рассматриваем это как следствие некоторой временной дезорганизации со стороны вышестоящих органов управления здравоохранением и социальной защиты населения. С другой стороны, год от года увеличивается число представителей общественных и благотворительных организаций, чья деятельность направлена на помощь пожилым и старым людям. Состав присутствующих (по регистрационным документам):

Сотрудники НИИ и вузов	365 человек
Врачи поликлиник	230 человек
Врачи больниц, госпиталей и других стационаров	260 человек
Сотрудники домов престарелых, работники социальных служб	136 человек
Работники центральных министерств и ведомств	18 человек
Представители общественных организаций	17 человек
Представители прессы	11 человек

Широко была представлена география участников: страны дальнего зарубежья – Великобритания, Мексика; ближнего зарубежья – Украина, Белоруссия, Казахстан. Российская Федерация была представлена участниками, прибывшими на конференцию из 54 субъектов, в том числе из таких отдаленных, как Южно-Сахалинск, Приморский и Хабаровский края, Ханты-Мансийский автономный округ, Республики Саха (Якутия).

Конференция начала свою работу с Пленарного заседания, на котором прозвучали следующие доклады: «Демографические параметры старения населения в Москве, России, странах СНГ» (Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев, Московский государственный медико-социальный университет), «Экономика справедливости» (П.А. Воробьев, ММА им. И.М. Сеченова), «Атеросклероз как проблема пожилого возраста: клеточные аспекты патогенеза» (З.А. Габбасов, С.Г. Козлов, Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ), «Новые доказательства необходимости и безопас-

ности лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста» (М.Г. Глезер, ММА им. И.М. Сеченова), «Комплексный подход к лечению и реабилитации больных пожилого и старческого возраста. Опыт работы многопрофильной клинической больницы № 60 Москвы» (А.М. Лукашев, главный врач ГKB № 60 г. Москвы).

После Пленарного заседания работа конференции проходила по отдельным секциям. По традиции были представлены основные направления геронтологии: фундаментальная, социальная, клиническая геронтология, социальная защита, сестринские геронтологические технологии. В секции «Биологический возраст человека» (председатели – А.И. Деев, А.В. Халывкин) обсуждались вопросы старения и существующие методы его измерения, обсуждались маркеры старения. На другой секции «Клинические маски метаболических нарушений в гериатрической практике» (председатели – Е.И. Асташкин, Ю.В. Конев) рассматривались этиопатогенетические аспекты некоторых широко распространенных нарушений обмена веществ и заболеваний пожилого возраста, в том числе заболеваний суставов, миокарда.

На клинических секционных заседаниях и симпозиумах рассматривались вопросы диагностики и лечения широко распространенных и редко встречаемых заболеваний у больных пожилого и старческого возраста. Работали секции:

- Болезни органов дыхания у пожилых (В.Е. Ноников, М.С. Смирнова, Д.В. Преображенский)
- Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых (М.Г. Глезер)
- Проблемы гастроэнтерологии в пожилом и старческом возрасте (Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев)
- Терапевтические и хирургические аспекты лечения пожилых больных с заболеваниями органов пищеварения (А.И. Шатихин, П.Н. Олейников)
- Урологические заболевания в пожилом возрасте (Л.М. Горюловский, М.Ф. Трапезникова, В.В. Борисов)
- Гематология пожилого возраста (П.А. Воробьев, Л.Д. Гринштун, З.А. Габбасов)

- Ревматологические заболевания в пожилом возрасте (В.А. Насонова, В.Е. Илларионов)
- Нефрологические заболевания в пожилом возрасте (Е.М. Шилов, А.Л. Арьев)
- Актуальные вопросы остеопороза (А.В. Смирнов, В.В. Цурко)
- Неврологические проблемы в пожилом возрасте (В.А. Парфенов, С.В. Котов)
- Офтальмологическая патология в старших возрастных группах (А.П. Нестеров, Е.О. Саконова, Л.М. Балашова)

На симпозиуме «Когнитивные нарушения у пожилых пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения» (*председатель* — Н.Н. Ялно) подробно рассматривались классификация, патогенез, диагностика и современные подходы к лечению когнитивных нарушений при хроническом нарушении мозгового кровообращения. Симпозиум проводился при спонсорской поддержке главного спонсора конференции — фирмы Янссен-Силаг.

В рамках конференции были запланированы и проведены круглые столы, где состоялось обсуждение достаточно острых и неоднозначных проблем геронтологии и гериатрии. Круглый стол под названием «Психовегетативные и психосоматические расстройства у пожилых больных в общетерапевтической практике» (*Модераторы*: Г.М. Дюкова, А.В. Ромасенко, А.Л. Сыркин, А.И. Шатилин, А.А. Тюков, П.П. Пырков, М.Н. Дадашева) объединил врачей, психиатров и психологов. Рассматривались клинические вопросы, касающиеся диагностики и лечения депрессий у неврологических больных пожилого возраста (Г.М. Дюкова), психовегетативных нарушений у кардиологических больных (А.Л. Сыркин), депрессии и боли у гастроэнтерологических больных пожилого возраста (А.И. Шатилин), принципов терапии психосоматических расстройств у пожилых (М.Н. Дадашева и соавт.). Вопросы практической психологии были представлены в докладах А.А. Тюкова и П.П. Пыркова.

Не менее значима другая проблема больных пожилого возраста — проблема боли. Круглый стол «Что сегодня может претендовать на роль эталонного НПВП?» (*Модератор* — А.Л. Верткин) был посвящен современным принципам лечения болевого синдрома в гериатрической

практике. Заседание проводилось при спонсорской поддержке фирмы Никомед.

Социальная геронтология была представлена в секции «Пожилой человек и окружающий мир» (*председатели* — М.Э. Елютина, И.Н. Бондаренко). Как всегда на этой секции обсуждались вопросы, касающиеся пожилого человека и окружающего его мира, в том числе непосредственного жизненного пространства пожилых людей и «старых вещей», обсуждались некоторые проблемы, связанные с эмиграцией, ролью семьи в жизни пожилых осужденных и многие другие, не так часто обсуждаемые, но важные вопросы нашей современности. На секции были выступающие из Москвы, Саратова, Омска.

Не менее интересно прошла секция «Опыт медико-социальной помощи гражданам старшего поколения» (*председатели* — И.Н. Бондаренко, В.М. Васильчиков). Обсуждались вопросы организации социальной, медико-социальной и реабилитационной помощи лицам пожилого и старческого возраста, в том числе юридические и правовые аспекты (И.Н. Бондаренко). Своим опытом поделились гости из Казахстана, которые рассказали о деятельности общественных организаций в оказании медицинской и медико-социальной помощи пожилым пациентам в Казахстане, познакомили с анализом исследования часто встречающихся заболеваний в пожилом возрасте по Республике Казахстан (А.Ш. Байсултанова, Б.Ж. Рысмагамбетова и соавт.) С докладом «Смертность пожилых в Санкт-Петербурге: динамика возрастных коэффициентов» выступила Г.Л. Сафарова (*Санкт-Петербург*). Обсуждались и практические вопросы, такие, как преимущества размещения отделения для инвалидов и участников войн на базе многопрофильной больницы (О.В. Кузнецова, Л.И. Котурга, г. Кемерово) и опыт благотворительных организаций «Хэсэд» по выявлению потребностей пожилых клиентов и мониторингу качества обслуживания (О.Б. Козленко, г. Екатеринбург).

Одно из важных направлений в работе конференции — работа сестринской секции. В этом году она была посвящена проблемам хосписов (*председатели* — Н.Н. Камынина, И.В. Островская). Об особенностях работы медицинских сестер при уходе за умирающими пациен-

тами рассказала главная медсестра Первого московского хосписа Т.А. Фабулова. Обеспечить смертельно больному человеку не только профессиональную медицинскую помощь, но и оказать ему психологическую и духовную поддержку — основная задача медицинских сестер хосписа. Вопросам помощи волонтеров был посвящен доклад О.В. Ларионовой, фельдшера областного хосписа г. Кемерово. О том, как организована служба «Хоспис на дому» в Дубне рассказала в своем выступлении Н.А. Баскакова. Она подчеркнула, что не только врач, но и медицинская сестра хосписной службы на дому должна быть специалистом со знаниями в области терапии, хирургии, эндокринологии, инфекционного контроля. Главное для врача и медсестры «Хосписа на дому» — работа с болью: контроль, оценка, принятие своевременных мер по купированию болевого синдрома, а также контроль эффективности лечения.

Интересным был доклад о зависимости типа характера умирающего больного на его общение с медицинскими сестрами, о важности хорошего психологического взаимодействия с тяжелыми больными, при котором не может быть стандартных подходов (Т.В. Орлова, врач-онколог ГКБ № 1, Москва). Применение приемов терапии творческим самовыражением стимулирует природные качества больного, улучшая его состояние. Своим опытом преподавания основ паллиативной медицины специалистам среднего и младшего медицинского звена поделилась Т.П. Титовцева, главная медицинская сестра Санкт-Петербургского хосписа № 4.

Большой интерес вызвало сообщение Л.И. Ивановой, вице-президента Алтайской краевой общественной организации «Вместе против рака». Она коснулась вопросов помощи онкологическим больным людьми, прошедшими курс лечения в связи с онкологическим заболеванием.

В работе конференции приняли участие медицинские сестры из Великобритании Кэролайн Макгроу и Дженни Робертс. Их сообщения о роли матрон в организации ухода за пожилыми больными и об организации работы медсестер-визитеров в домах сестринского ухода вызвали большой интерес аудитории. Они рассказали, о

возрождаемом в Великобритании институте матрон, основная функция которых в рамках ухода за пациентами на дому, лежит в координации деятельности всех специалистов, принимающих участие в ведении этого пациента.

Таким образом, научная программа конференции была чрезвычайно насыщенной, интересной и полезной для широкого круга специалистов. Всего было запланировано 134 сообщения, в том числе 12 — стендовых докладов. Постояннодействующий Оргкомитет обращается к участникам Конференции с предложением заняться подготовкой очередной конференции, присылать свои замечания и предложения. А также сообщает, что по решению II Съезда геронтологов и гериатров, который состоялся в Москве в 2003 г., очередной III Съезд состоится в Ярославле. К сожалению, в 2008 году, как это было запланировано, Съезд не удалось организовать по независящим от Оргкомитета причинам. Однако мы надеемся, что в следующем году удастся осуществить задуманное, и геронтологи, и гериатры будут иметь возможность встретиться не только в Москве, но и в Ярославле. Информация будет размещена в журналах «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», в газете «Вестник Московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», на сайтах www.zdrav.net, www.zdravkniga.net.

Благодарим всех участников и членов Организационного комитета за помощь в подготовке и проведении XIII Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни». Особая благодарность — сотрудникам Центрального дома ученых РАН. Благодарим за материальную и информационную поддержку главного спонсора конференции, фирму Янссен Силаг, фирмы — участники конференции: Герофарм ООО, Замбон Групп С.п.А., Лаборатории Сервье, Лек (Сандоз), Никомед Дистрибьюшен Сентэ, Новартис, НПФ Материа Медика Холдинг, Пикфарма, Солвей Фарма, Фармацевтический завод «Эгис», Фик Медикаль, Эли Лилли Восток С.А.

*От лица Оргкомитета
Ответственный секретарь
Н.И. Некрасова*

ІЗБРАННІ ПРЕЗЕНТАЦІЇ ДОКЛАДІВ

■ ■ ■

Опыт работы службы «Хоспис на дому» в г. Дубне

Н.А. Баскакова
врач «Дубненского ЦСО Родник»

Особенности проекта:

- Тяжелые больные получают медико-социальную помощь в привычной для себя обстановке;
- Помощь и поддержка предоставляется членам их семей;
- Помощь оказывается при минимальных финансовых затратах.

Этапы создания службы «Хоспис на дому»

- Информационно-аналитический;
- Организационный;
- Обучающий;
- Обобщающе-аналитический;
- Перспективный.

Цели работы

- Оказание высококвалифицированной медико-социальной помощи инкурабельным больным;
- Улучшение качества их жизни;
- Проявление к каждому глубокого уважения и сострадания;
- Помощь членам их семей.

Организация процесса ухода



Модель ухода за пациентом на дому



Уход это:

- поддержание здоровья пациента;
- уменьшение страдания;
- уменьшение болевого синдрома;
- тактически запланированные действия в процессах адаптации к изменившимся условиям жизни;
- внимание и забота о пациенте, умение воспринять его таким, какой он есть;
- оказание помощи членам семьи в процессе ухода за больным и после его смерти.

Статистика 2005-2007 г.

Год	Обслужено, чел.	Женщин, %	Мужчин, %
2005	105	59	41
2006	113	58	42
2007	103	56	44

Возрастные группы

Год	Возраст					
	до 40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
2005	3	6	16	23	41	16
2006	3	10	13	34	39	14
2007	1	5	9	32	24	32

Командный подход к работе

Улучшает:

- стиль работы;
- качество медико-социальных услуг;
- оперативность принятия решений;

Повышает:

- квалификацию сотрудников;
- производительность.

Команда

- врач-гериатр;
- медицинская сестра;
- социальный работник;
- младшая медицинская сестра;
- психолог.

Планирование позволяет определить

- вид и объем услуг, в которых нуждается пациент;
- приоритет предоставляемых услуг;
- кто из членов команды примет участие в процессе ухода;
- временные затраты для каждого члена команды при оказании услуг;
- очередность посещения пациента членами команды;
- индивидуальное распределение нагрузки на членов команды, в зависимости от состояния больного.

Предоставлено услуг

Год	Сделано посещений	Предоставлено услуг (всего)	Предоставлено медицинских услуг
2005	8341	12709	10517
2006	6471	16537	13718
2007	7370	21444	17931

Работа медицинской сестры

- проведение хирургических манипуляций (обработка стом, пролежней, трофических язв);
- забор материала на анализы;
- внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции;
- помощь в прохождении МСЭК для получения или усиления группы инвалидности;
- выписка и доставка лекарственных препаратов;
- проведение санитарно-гигиенических мероприятий;
- кормление ослабленных больных;
- обеспечение средствами передвижения;
- организация транспорта и сопровождение больных в медицинские учреждения города и клиники Москвы;
- оказание психологической помощи пациенту и его семье.

Ведение индивидуальной карты помогает

- выявлять факты, ухудшающие состояние больного (повышение артериального давления, запоры);
- оценить адекватность проводимой терапии;
- отслеживать состояние больного в динамике;
- проводить корректировку лечения в случае необходимости.

Критерии результативности работы

- проведение адекватного обезболивания;
- уменьшение числа выездов скорой помощи;
- снижение медикаментозных отравлений и бесконтрольного приема лекарств;
- уменьшение зависимости пациентов от окружающих;
- снижение травматизма;
- расширение возможностей самообслуживания пациентов;
- своевременное получение группы инвалидности по показаниям;
- улучшение психологического состояния пациентов и членов их семей.



Диагностика и лечение депрессии у неврологических больных пожилого возраста

*Проф. Дюкова Г.М.
Кафедра нервных болезней
ФГПО ММА им И.М. Сеченова*

Распространенность депрессии

- 18-25% женщин и 7-12 % мужчин из всего населения хотя бы раз в жизни перенесли депрессивное состояние
- 57% больных соматических и неврологических стационаров страдают депрессией

Последствия депрессии

- Снижение качества жизни, повышенный риск суицидов
- Ухудшение течения любых органических заболеваний
- Укорочение продолжительности жизни у некурабельных больных
- Ухудшение когнитивных функций
- Низкая комплаентность депрессивных больных
- Длительно существующая депрессия приводит к нарушению нейропластичности мозга и органическим изменениям в головном мозге (данные ПЭТ, КТ, МРТ, патоморфологические изменения)

Критерии депрессии (МКБ-10)

Основные

- Пониженное или печальное настроение
- Утрата интересов или чувства удовольствия

Дополнительные

- Нарушения сна
- Чувство вины или низкая самооценка
- Утомляемость или снижение активности
- Трудности в сосредоточении
- Возбуждение или заторможенность движений и речи
- Расстройство аппетита
- Суицидальные мысли или действия

Атипичная (маскированная) депрессия

«состояние при котором пациент, имея симптомы соматического нарушения, отрицает угнетение настроения».

Синонимы:

Соматизированная, вегетативная, амбулаторная, скрытая, ларингованная, алекситимическая

Доминируют симптомы:

Астенические
Алгические
Вегетативные
Соматические
Нарушение сна
Нарушение аппетита
Тревожные
Ипохондрические

Депрессии пожилого возраста

- Депрессия у пожилых возникает в два раза чаще, чем у более молодых
- Большой процент нераспознанных и не леченных депрессий
- Повышен суицидальный риск

Биологические факторы, предрасполагающие к депрессии в пожилом возрасте

- Мультисенсорная недостаточность (снижение зрения и слуха, ортопедические проблемы, постуральная неустойчивость)
- Возрастное снижение когнитивных функций (нарушения памяти, внимания и пр.)
- Соматические заболевания (онкологические, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, эндокринные и пр.)
- Изменения в гормональной сфере (снижение уровня половых гормонов)
- Изменение нейромедиаторных процессов в мозге (снижение уровня моноamines, изменение рецепторной чувствительности)

Психо-социальные факторы, предрасполагающие к депрессии в пожилом возрасте

Затруднения в профессиональной деятельности и проф. невостребованность

Семейные проблемы (утрата партнера, «синдром пустого гнезда», зависимость от окружающих и пр.)

Материальные проблемы (прожиточный уровень)

Особенности клиники депрессий позднего возраста

- Соматизированная симптоматика
- Нарушение когнитивных функций
47% - субъективные жалобы на память
25% - субъективные жалобы плюс объективно подтверждаемые когнитивные расстройства
28% - отсутствие того и другого
- Апатия
- Тревога и ипохондрическая фиксация
- Астенические проявления
- Болевые синдромы

Особенности клиники депрессий позднего возраста - 2

- Мрачное настроение и пессимистические рассуждения
- Осуждение настоящего и полное отсутствие интереса к окружающему
- Ощущение одиночества, беспомощности
- Более выражена социальная дезадаптация

Причины депрессии

- Депрессивное расстройство развивается независимо от текущего органического поражения ЦНС
- Депрессия - ответ на стресс
- Депрессивные симптомы как нормальная реакция на существующее хроническое заболевание
- Депрессия имеет патофизиологические связи с органическим заболеванием
- Лекарственно индуцированная депрессия
(Gillian, Kanner, Shelin, 2005)

Частота депрессий при органических неврологических заболеваниях

- Болезнь Паркинсона (50%)
- Синдром паркинсонизма (30-90%)
- Сосудистые поражения головного мозга:
 - Постинсультная депрессия (20-50%)
 - Сосудистая деменция (30-71%)
- Болезнь Альцгеймера (30%)

Депрессии и сосудистые заболевания мозга

- Депрессия - «психологический ответ» на множественный неврологический дефект, возникший в результате заболевания ЦНС (напр. инсульт)
- Депрессия - прямое следствие локального поражения мозга в «стратегической зоне»
- Депрессия - результат хронического ЦВЗ («сосудистая депрессия»)
- Депрессия - фактор риска ЦВЗ

Основные проблемы

- Псевдодеменция
- Постинсультная депрессия
- Сосудистая депрессия
- Депрессия - фактор риска развития церебральных сосудистых нарушений

Псевдодеменция: постановка проблемы

- Депрессия в пожилом возрасте может проявляться когнитивными нарушениями
- Показано, что при депрессии у пожилых в 10-20% выявляются значимые когнитивные нарушения
- Депрессия часто сопутствует деменции, инсульту, и экстрапирамидным нарушениям
- Принимая все это во внимание, Kiloh (1961) предложил термин псевдодеменция применительно к обратимым когнитивным нарушениям у пожилых больных депрессией

Kiloh (1961)

Клинические особенности постинсультной депрессии

- психомоторная заторможенность
- ангедония
- трудности концентрации
- катастрофические реакции
- избыточная эмоциональность
- выраженные суточные колебания настроения
- мотивационные расстройства (сон, аппетит, астения)

Понятие «сосудистой депрессии»(СД)

Концепция предложена Alexopoulos et al (1997) and Krishnan et al (1997)

Цереброваскулярные заболевания могут быть основным этиологическим фактором развития депрессивных симптомов в пожилом возрасте.

Сосудистая депрессия

- Начало после 65 лет
- Клинические или МРТ признаки диффузного билатерального ишемического поражения подкоркового белого вещества мозга
- В роду не характерны аффективные заболевания
- Совместное начало депрессии и цереброваскулярного заболевания (клиника + МРТ)
- Наличие факторов риска хронических ЦВЗ
 - > артериальная гипертония
 - > сахарный диабет
 - > стеноз сонной артерии
 - > фибрилляция предсердий
 - > гиперлипидемия

Особенности сосудистой депрессии 1

- Не характерно чувство вины
- Не характерна агитация
- Характерны апатия – снижение мотиваций и побуждений
- Характерна психомоторная заторможенность
- Снижение интересов и удовольствия – ангедония
- Выражена беспомощность в повседневной жизни
- Когнитивные нарушения начинаются с расстройства исполнительных функций (планирование, организация скорости переработки информации)

Роль депрессии в развитии факторов риска ЦВЗ

Депрессия повышает риск инсультов влияя на факторы риска:

- > сердечно-сосудистые заболевания
- > артериальную гипертонию
- > сердечную аритмию
- > диабет

Посредством:

- > активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
- > гиперактивности симпато-адреналовой системы
- > способствует воспалительным изменениям сосудистой стенки и гиперкоагуляции
- > вызывает гормональные изменения, способствующие развитию диабета (ГР, глюкостероиды, глюкагон)

В каких случаях необходима помощь психиатра?

- Наличие суицидальных мыслей или попыток
- Тяжелая степень депрессии с психотическими чертами (психотическая депрессия)
- Депрессия, резистентная к первому адекватному курсу терапии с применением современных антидепрессантов в оптимальных дозах
- Биполярное расстройство (чередование депрессивных и маниакальных (гипоманиакальных) эпизодов)

Терапия депрессий

- Больные с депрессией, получающие какое-либо лечение – 57,3%
- Больные с депрессией, не получающие никакого лечения, – 42,7%

Эффективность лечения депрессии антидепрессантами достигает 80%

Действие антидепрессантов 1

- Увеличивают уровень моноаминов в синаптической щели
- Нормализуют количество и оптимизируют чувствительность рецепторов постсинаптической мембраны
- Снижают гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси
- Улучшают нейропластичность, увеличивая мозговой нейротрофический фактор – BDNF
- Нормализуют активность NMDA рецепторов в гиппокампальных нейронах и восстанавливают взаимодействие глутаматергических и моноаминергических путей.

Трициклические антидепрессанты - побочные эффекты

антихолинергические	затуманенное зрение, сухость во рту, запор, тахикардия, глаукома, сонливость, задержка мочи, половая дисфункция
гистаминергические	гиперсомния, увеличение веса
норадренергические	учащенное сердцебиение, головокружения, потливость, тахикардия, постуральная гипотензия
дофаминергические	тремор, дизартрия (расстройство артикуляции)

Преимущества безопасных антидепрессантов СИОЗС

- > побочные эффекты минимальны и быстро проходят
- > высокая эффективность при минимальных дозах
- > отсутствие нежелательных эффектов (бронхоспастическая деятельность, увеличение АД, кардиотоксичность, нарушение коагуляционных функций)
- > удобный способ приема
- > возможность применения при соматических заболеваниях
- > совместимость с другими препаратами

Антидепрессанты первого выбора при депрессиях пожилого возраста

СИОЗС

- Пароксетин (паксил)
- Сертралин (золофт)
- Флуоксетин (прозак)
- Флувоксамин (феварин)
- Циталопрам (ципрамил)
- Эсциталопрам (ципралекс)

Правила назначения антидепрессантов

- Дополнительные клинические эффекты антидепрессанта
- Индивидуальный подбор дозы, терапевтические дозы
- Отставленность клинического эффекта
- Достаточная длительность терапии

Типичные побочные эффекты СИОЗС

- тошнота, диарея
- потливость
- снижение аппетита
- тремор
- сексуальные нарушения
- головокружение
- бессонница

Флувоксамин обладает высоким аффинитетом к сигма-1-рецепторам, что позволяет положительно влиять на депрессивные расстройства и когнитивные функции

Безопасность и переносимость (34587 пациентов 1995г.)

- Хорошо переносится пациентами пожилого возраста, с сердечно-сосудистыми заболеваниями и эпилепсией
- Обладает низким потенциалом лекарственного взаимодействия
- Оказывает противотревожный эффект
- Оказывает благоприятное влияние на сон



Эффективность длительной кислородной терапии у больных с хронической дыхательной недостаточностью пожилого возраста

И.А. Зарембо

кандидат медицинских наук
заведующая отделением
клиники пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова



5-летняя выживаемость больных с хронической артериальной гипоксемией составляет 20%

(исследование ученых группы NOTT)

В промышленно развитых странах число больных ХДН, требующих проведения ДКТ или респираторной поддержки в домашних условиях, составляет около 8 – 10 человек на 10 000 населения (Weitzenblum E., Cbaouat A., Kessler R. et al., 2002)

Дыхательная недостаточность

Неспособность системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав артериальной крови

(Zimber A.II., 1989; Davidson C., Treacher D., 2002)

Патологический синдром, при котором $PaO_2 < 60$ мм.рт.ст. и/или $PaCO_2 > 45$ мм.рт.ст.

(Campbell E., 1967)

Этиологические и патогенетические механизмы развития дыхательной недостаточности

(Zimber A.II., 1996)

Преимущественное нарушение внелегочных механизмов	
Нарушение центральной регуляции дыхания	Травматические, метаболические, циркуляторные, токсические и другие поражения головного и спинного мозга, синдром сонного апноэ.
Нарушение нервно-мышечной передачи импульса	Полномыслие, полирадикулоневрит, миастения, столбняк, интоксикация.
Патология мышц, участвующих в акте дыхания	Миодистрофия, трама, интоксикация, коллагенозы, метаболические и другие расстройства.
Поражение грудной клетки	Деформация, тугоподвижность суставов ребер, опосредованное хрипел, травмы и др.
Болезни системы крови	Анемия, поражение системы гемоглобина и др.
Патология кроветворения	Сердечная недостаточность любого генеза, гипоксемия от кровопотери и других причин.

Этиологические и патогенетические механизмы развития дыхательной недостаточности

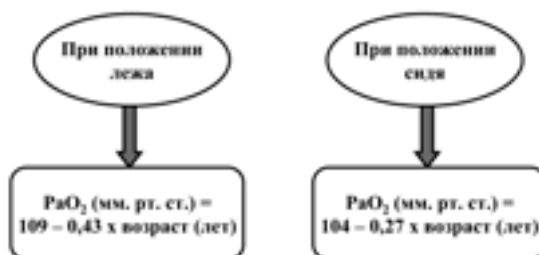
(Zimber A.II., 1996)

Преимущественное нарушение легочных механизмов	
Обструкция центральных или периферических дыхательных путей	ХОБЛ, инородные тела, эспираторный стеноз, нарушение дренажа мокроты, бронхоэктазы, бронхоэктат и др.
Рестрикция альвеолярной ткани	Интерстициальный отек, плеврит, пневмоторакс, гемоторакс и др.
Диффузные расстройства при утолщении альвеоло-капиллярной мембраны	ИФЛ, коллагенозы, склероз и др.
Поражение легочных капилляров	Микроангиопатия, капилляротоксикоз и др.
Сокращение объема легочной функционирующей ткани	Резекция легких, абсцедат, пневмония, кистозные и иные поражения и др.

Классификация дыхательной недостаточности по степени тяжести

Степень	PaO_2	$SatO_2$
Норма	≥ 80	≥ 95
I	60 - 79	90 - 94
II	40 - 59	75 - 89
III	< 40	< 75

Уравнение для расчета нормы PaO_2 при дыхании атмосферным воздухом в зависимости от возраста



Zimber A.II., 1996

Нормальные показатели PaO_2 при дыхании атмосферным воздухом в зависимости от возраста

Возраст	PaO_2 (мм рт. ст.)	
	лежа	сидя
40	91,8	93,2
60	83,2	87,8
70	78,9	85,1
80	74,6	82,4

Показания для проведения длительной кислородотерапии

- > $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст. или $SaO_2 \leq 88\%$ в покое, при наличии или отсутствии гиперкапнии (уровень доказательности A)
- > $PaO_2 = 55-59$ мм рт. ст. или $SaO_2 < 89\%$ при наличии признаков легочной гипертензии, клинических признаков легочного сердца и/или полицитемии ($Ht > 55\%$)

Золотой стандарт диагностики дыхательной недостаточности – кислотно-основное состояние артериальной крови

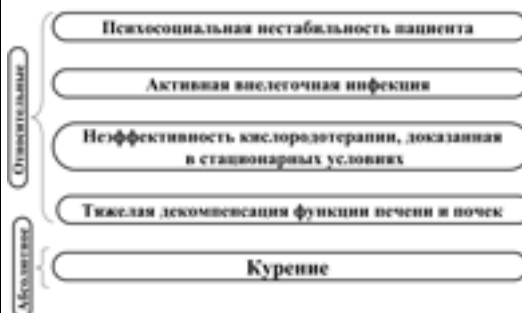
Диагностика и мониторинг дыхательной недостаточности - пульсоксиметрия



Показания к ДКТ должны быть уточнены у больных ХОБЛ со следующими признаками

- $ОФВ_1 < 30\%$ от должных значений
- Цианоз
- Полицитемия
- Периферические отеки
- $SaO_2 < 92\%$ (при дыхании атмосферным воздухом)

Противопоказания для проведения ДКТ



Длительная кислородная терапия (ДКТ):

ингаляция воздуха, обогащенного кислородом в состоянии покоя и при физических нагрузках в течение 15-24 часов в сутки

Цель длительной кислородотерапии

Подъем базисного уровня PaO_2 до 60 мм рт. ст. в покое при атмосферном давлении на уровне моря и/или достижение 90% SaO_2 для обеспечения защиты жизненно важных органов путем доставки адекватного количества кислорода

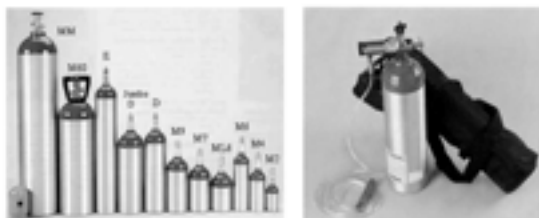
Объем обследования



КИСЛОРОДНАЯ ТЕРАПИЯ, IX ВЕК
Получение кислорода из марганцовокислого калия и серной кислоты



Баллоны со сжатым кислородом



Достоинства	Недостатки
Малый вес	Сложности заправки
Портативность	Потребность в частых заправках

Резервуары с жидким кислородом



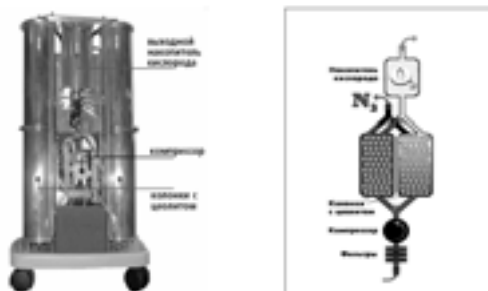
Достоинства	Недостатки
Портативность	Высокая стоимость
Легкая заправка	Частые техобслуживания

Кислородные концентраторы



Достоинства	Недостатки
Умеренная стоимость	Большой вес
Простота использования	Плохая портативность

Принцип работы кислородных концентраторов



Внешний вид кислородного концентратора Respironics Millennium (Центр респираторной медицины «Медифлекс»)



Средства доставки кислорода



носовые канюли

Режимы назначения ДКТ

Скорость потока кислорода	<ul style="list-style-type: none"> > Большинству больных: 1 – 2 л/минуту > Наиболее тяжелым больным скорость может быть увеличена до 4 – 5 л/минуту > В ночное время и при физических нагрузках скорость потока должна быть увеличена на 1 л/минуту по сравнению с оптимальным дневным потоком
Продолжительность подачи	~ 18 часов (но, не менее 15 часов)
Перерывы между подачей кислорода	Максимум – 2 часа

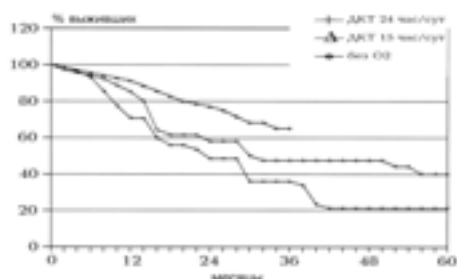
Доказанный клинический эффект ДКТ

Длительное назначение кислорода (более 15 часов в сутки) у больных с хронической дыхательной недостаточностью на сегодняшний день является единственным методом терапии, способным снизить летальность (уровень доказательности A)

(GOLD, 2003, 2006)

Выживаемость больных на фоне длительной кислородотерапии

(British Medical Research Council)



Другие физиологические и клинические эффекты ДКТ

- обратное развитие и предотвращение прогрессирования легочной гипертензии (уровень доказательности A);
- уменьшение одышки и повышение толерантности к физическим нагрузкам (уровень доказательности C);
- снижение уровня гематокрита (уровень доказательности A);
- улучшение функции и метаболизма дыхательных мышц (уровень доказательности C);
- улучшение психологического состояния пациента (уровень доказательности C);
- снижение частоты госпитализаций (уровень доказательности C);

Характеристика некоторых средних показателей больных ХОБЛ, в лечении которых применялась ДКТ (n=25)

Возраст (лет)	67,3
Мужчины	86,4 %
Стаж курения (лет)	47,4
Стадия ХОБЛ	IV – 100%
PaO ₂ (мм.рт.ст.)	50,22
PaCO ₂ (мм.рт.ст.)	37,98
SatO ₂ (%)	81,25
C _д ЛТА (мм.рт.ст.)	53,25
Продолжительность ДКТ (месцы)	0,5 – 53 (max-4,4 года)

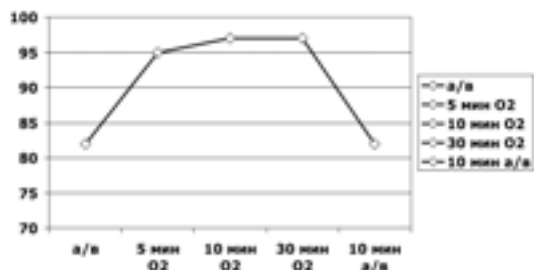


Больной Г., 76 лет.
Диагноз: ХОБЛ, IV ст., крайне тяжелое течение.
Табачкурение в течение 55 лет.
Врачебное наблюдение в течение последних двух лет.
PaO₂-47мм.рт.ст.
PaCO₂-38 мм.рт.ст.
SatO₂ при а/в: 81-82%
ДКТ с 15.01.05
Скорость подачи O₂- 1,5 л/мин
Продолжительность O₂-терапии: 22 часа в сутки

Согласие больного на демонстрацию фотографии имеется

Динамика SatO₂ при дыхании атмосферным воздухом и O₂

(больной Г., д-з: ХОБЛ, IV стадия)



Больной К., 65 лет.
Диагноз: ХОБЛ, IV ст., крайне тяжелое течение.
Табачкурение в течение 50 лет.
PaO₂-51мм.рт.ст.
PaCO₂-55 мм.рт.ст.
SatO₂ при а/в: 81%
Респираторная терапия с февраля 2003 года:
ДКТ (скорость подачи O₂- 2,5 л/мин)
Продолжительность O₂-терапии: 18 часов в сутки
CPAP-терапия (10 см вод. столба) в течение ночи, 3 месца
Небулайзерная терапия

Согласие больного на демонстрацию фотографии имеется



Лечебно-диагностические параллели лапароскопических методов при заболеваниях тазовых органов у женщин пожилого возраста

Н.Э. Кузнецов
ГКБ им. Боткина, Москва

Особенности демографических процессов

- Неуклонный рост как абсолютного, так и относительного числа пожилых и старых людей в составе населения
- Доля лиц старше 65 лет составляет в настоящее время 10-15% от всей популяции, к 20-м годам нынешнего столетия эта цифра удвоится
- Старые люди чаще и дольше болеют, требуют больше средств для жизнеобеспечения
- В РФ самое большое число женщин (224) приходится на 100 мужчин в возрасте 60 лет и старше, на 20% одиноких мужчин приходится 58% одиноких женщин
- Женское население преобладает над мужским пропорционально росту продолжительности жизни, при этом возрастает число одиноких женщин

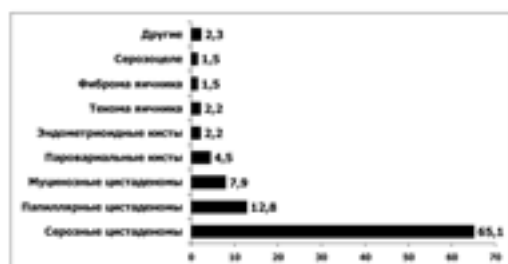
Увеличение продолжительности жизни сопровождается:

- Ростом хронической, длительно протекающей патологии
- Снижением интеллектуальной и физической активности у людей преклонного возраста
- Ростом потребности пожилых в медицинской помощи
- Более 70% лиц пожилого возраста, обращающиеся за медицинской помощью, составляют женщины
- Мультиморбидностью (множественностью заболеваний), стертым атипичным течением заболеваний
- Снижением качества жизни, хронический стресс, депрессия и безысходность

Структура обращений женщин пожилого возраста за медицинской помощью

- Обострение хронической патологии:
- органов кровообращения
 - органов дыхания
 - костно-мышечной системы
 - женских тазовых органов

Распределение показаний для операции (в %)



Основные требования в лечении пациенток пожилого возраста

- Углубленное предоперационное обследование
- Тщательная подготовка к операции (включает стабилизацию функций всех жизненно важных органов и систем организма)
- Профилактика тромбоэмболических осложнений

Изменения, происходящие в стареющем организме женщины:

- Нарушаются метаболические процессы
- Уплетаются естественные механизмы защиты (снижается иммунитет)
- Замедляются процессы восстановления (реституции) нарушенных функций в органах и системах
- Возникает проблема переносимости пожилым пациентом хирургических операций
- Происходит опущение внутренних органов
- Повышается ранимость серозного покрова органов
- Повышается кровянивость тканей вследствие склерозирования сосудистой стенки

Критерии эффективности проведенного хирургического лечения

- Общее состояние больной
- Выраженность послеоперационных болевых ощущений
- Динамика температурной кривой
- Динамика формулы крови и СОЭ
- Длительность послеоперационного койко-дня
- Данные динамического трансвагинального УЗИ малого таза

Лапароскопия у пожилых пациенток

- Малая травматичность операции ускоряет сроки заживления раны
- Снижает риск гнойно-септических осложнений
- Уменьшает потребность в анальгетиках
- Позволяет активизировать больную после операции в более ранние сроки

Результаты морфологического исследования опухолей и опухолевидных образований по возрастным группам (абс/%)

Группа опухолей	Морфология	1 группа n = 125	2 группа n = 106	3 группа n = 35	Всего N = 266
Поверхностно-интимальные опухоли	Серозная кистаденома	76 / 60,8	74 / 69,8	21 / 60,7	171 / 65,1
	Панцистернальная кистаденома	19 / 15,2	12 / 11,3	3 / 8,6	34 / 12,8
	Муцинозная	11 / 8,8	6 / 5,7	4 / 11,4	21 / 7,9
	Эндометриодная	4 / 3,2	2 / 1,9	-	6 / 2,3
	Опухоль Brennera	1 / 0,8	-	-	1 / 0,4
Стромоцитарные опухоли полового таза	Саркоматоидная (лексиофродина)	2 / 1,6	-	-	2 / 0,7
	Тератома	3 / 2,4	2 / 1,9	1 / 2,8	6 / 2,2
Гормонально-зависимые опухоли	Фиброма	2 / 1,6	1 / 0,9	1 / 2,8	4 / 1,5
	Зрелая тератома	2 / 1,6	1 / 0,9	-	3 / 1,1
Опухолевидные образования	Паровариальная киста	3 / 2,4	6 / 5,7	3 / 8,6	12 / 4,5
	Саркоматома	2 / 1,6	2 / 1,9	-	4 / 1,5

Преимущества лапароскопических хирургических операций у пожилых

- Высокая точность диагностики
- Малая инвазивность
- Снижение осложнений
- Возможность адекватной терапии
- Уменьшение длительности стационарного пребывания пациенток
- Профилактика неопластических процессов
- Улучшение качества и продление жизни женщин пожилого и старческого возрастов



Легочная гипертензия при хронической обструктивной болезни легких

Кафедра гематологии и гериатрии
ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова
доцент Смирнова М.С.

Легочная гипертензия

— группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления, которое приводит к правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов
(Руководство Европейского общества кардиологов, 2005)

Среднее давление в легочной артерии выше 25 мм рт. ст. в покое,
при физической нагрузке выше 30 мм рт. ст.,
давление заклинивания легочной артерии менее 15 мм рт. ст.,
легочное сосудистое сопротивление более 3 мм рт. ст./л/мин.

Cor pulmonale

— легочная артериальная гипертензия, являющаяся следствием заболеваний, нарушающих функцию и/или структуру легких; легочная артериальная гипертензия приводит к развитию гипертрофии и дилатации правого желудочка и со временем может привести к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности.

Респираторная медицина
/ под ред. А.Г. Чучалина. 2007

Клиническая классификация легочной гипертензии (Венеция, 2003)

1. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ)
 - 1.1. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия
 - 1.2. Семейная легочная артериальная гипертензия
 - 1.3. Ассоциированная с:
 - 1.3.1. системными заболеваниями соединительной ткани
 - 1.3.2. врожденными пороками сердца (системно-легочные шунты)
 - 1.3.3. портальной гипертензией
 - 1.3.4. ВИЧ-инфекцией
 - 1.3.5. лекарственными и токсическими воздействиями
 - 1.3.6. другими состояниями (патология щитовидной железы, болезнь Гоше, обменные болезни, наследственная геморрагическая телеангиэктазия, гемоглобинурия, миелопролиферативные болезни, спленэктомия)
 - 1.4. Ассоциированная со значительным поражением вен и капилляров:
 - 1.4.1. Легочная вено-окклюзивная болезнь
 - 1.4.2. Легочный капиллярный гемангиоматоз
 - 1.5. Персистирующая легочная гипертензия новорожденных

Клиническая классификация легочной гипертензии (Венеция, 2003)

2. Легочная гипертензия, ассоциированная с патологией левых отделов сердца
 - 2.1. Нарушение наполнения левого желудочка
 - 2.2. Поражения клапанного аппарата сердца (митральные пороки)
4. Легочная гипертензия вследствие хронических тромботических или эмболических заболеваний
 - 4.1. Тромбоэмболическая обструкция проксимальных легочных артерий
 - 4.2. Тромбоэмболическая обструкция дистального русла легочных артерий
 - 4.3. Нетромботические легочные эмболии (опухоли, паразитарные заболевания, инородные тела)
 5. Смешанные формы: Саркоидоз, гистiocитоз X, лимфангиолейомиоматоз, компрессия легочных сосудов (лимфаденопатия, опухоль, фиброзирующий медиастинит)

3. Легочная гипертензия, ассоциированная с заболеваниями легких и/или гипоксией

1. Обструктивные заболевания легких
 - 1.1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
 - 1.2. Муковисцидоз
 - 1.3. Бронхоэктатическая болезнь
 - 1.4. Облитерирующий бронхолит
2. Интерстициальные заболевания легких (ассоциированные с системными заболеваниями соединительной ткани, идиопатические интерстициальные пневмонии и др. формы)
3. Альвеолярная гиповентиляция (синдром ожирения-гиповентиляции, кифосколиоз, нейромышечные заболевания)
4. Нарушения дыхания во время сна
5. Высокогорная легочная гипертензия
6. Неонатальные поражения легких

Эпидемиология

В мире идиопатическая легочная гипертензия встречается в среднем с частотой 10 случаев на 1 млн, на фоне системной склеродермии - 20, хронической тромбоэмболии легочной артерии - 6, врожденных пороков сердца 7, при ВИЧ-инфекции - 3 случая на 1 млн.

В России общее число пациентов, нуждающихся в терапии, оценивается в 7 тыс. человек.

В Регистр пациентов включены 70 пациентов

Легочная гипертензия при хронической обструктивной болезни легких

Признаки гипертрофии правого желудочка по данным аутопсий встречаются у 40% пациентов с обструктивной болезнью легких.

При тяжелом ХОБЛ повышение среднего давления в легочной артерии более 20 мм рт. ст. обнаружено в 35% случаев (Weitzenblum et al).

При тяжелой эмфиземе легких сообщалось о высокой частоте легочной гипертензии: повышение Ppa выше 20 мм рт. ст. имело место 91% больных (Scharf et al.).

Основные звенья патогенеза хронического легочного сердца при обструктивных заболеваниях легких



Дополнительные звенья патогенеза

- ремоделирование артериол (за счет выделения факторов роста);
- эндотелиальная дисфункция (снижение высвобождения и синтеза NO);
- дисбаланс в системе вазоактивных медиаторов (простациклин, эндотелин-1, ангиотензин и др.);
- деструкция микроциркуляторного русла;
- гипоксия, гиперкапния, респираторный ацидоз, блокада почек;
- системное воспаление при ХОБЛ и курение;
- гиперэритроцитоз, хронический ДВС-синдром

Хроническое легочное сердце. Жалобы

- **Одышка** (инспираторная, усиливается при физической нагрузке, имеет место и в покое, сохраняется в положении сидя)
- **Синкопальные состояния** при физической нагрузке
- **Утомляемость**, головные боли, инверсия сна
- **Боли** в области сердца неопределенного характера, иногда типа ангинозных
- Сухой непродуктивный **кашель**
- Боли в правом подреберье, **отеки**

Осмотр

- диффузный теплый **цианоз**
- положительная **надчревная пульсация**, отрицательный верхушечный толчок,
- смещения правой границы сердца вправо может не быть;
- **акцент**, раздвоение II тона на легочной артерии, систолический и диастолический (Грэхем-Стилл) шум на легочной артерии,
- систолический шум у основания грудины, на верхушке, усиливающийся на вдохе
- тахикардия, **аритмия** (полиморфная предсердная тахикардия)
- гепатомегалия, периферические отеки, асцит
- набухание шейных вен, пульсация печени

Диагностика (1)

Исследование коагулограммы, уровня D-димера, скрининг на тромбофилию, антитела к фосфолипидам;
 толерантность к физической нагрузке;
 функция внешнего дыхания;
 газы крови;
 нарушения дыхания во сне - полисомнография;
 электрокардиография (гипертрофия правого желудочка, р-pulmonale);
 рентгенография органов грудной клетки (выбухание дуги легочной артерии, увеличение правых отделов сердца);

Диагностика (2)

эхокардиография;
 катетеризация правых отделов сердца и легочной артерии, острый тест на вазореактивность.
Верификация диагноза –
 компьютерная томография;
 МРТ и биопсия легких (в рутинной практике не используются);
 при хронической тромбоэмболической болезни вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия, ангиопульмонография (для оценки показаний к эндартерэктомии).

Лечение легочного сердца и легочной гипертензии

Общие рекомендации:

- ограничение физических нагрузок после еды, при неблагоприятной температуре воздуха,
- избегать переохлаждений, пребывания в условиях высокогорья выше 1200 метров над уровнем моря
- O₂-терапия в самолете
- контроль массы тела, особенно при кахексии,
- профилактика легочных инфекций
- индивидуальные реабилитационные программы длительностью не менее 4–8 недель
- безопасность эстрогенсодержащих препаратов спорна

Лечение основного заболевания

Хронические заболевания легких:

- комплексное лечение в зависимости от нозологии
- бронходилататоры
- контроль воспаления дыхательных путей (ингаляционные кортикостероиды по показаниям)
- восстановление дренажной функции бронхов
- лечение и профилактика обострений,
- при обострениях системные кортикостероиды, антибиотики при усилении гнойности мокроты, дозы и кратность введения бронхолитиков увеличивают, модификация способов доставки.

Коррекция дыхательной недостаточности, гиперкапнии, респираторного ацидоза:

- длительная кислородотерапия (не менее 15 часов в сутки). Основные источники на дому – кислородные концентраторы, газификаторы
 - длительная вентиляция легких:
 - неинвазивная (CPAP- и BiPAP - терапия)
 - искусственная вентиляция легких
 - стимуляторы периферических хеморецепторов
 - ингаляции гелиокса
- При отеком синдроме - восстановление диуреза

Вазодилататоры

- **Антагонисты кальция** (нифедипин, амлодипин, дилтиазем) титрование доз с небольших до максимально переносимых. Эффективны у 25-30% больных с идиопатической гипертензией и системными заболеваниями соединительной ткани.
 - **Оксид азота (II) (NO)** ингаляционно
- Эндотелий – производный расслабляющий фактор, селективный вазодилататор. Описан в 1988 г. Внедряется длительное назначение через портативные ингаляционные системы.

Тест на вазореактивность

Исторически - применялись гидролазин, нитропруссид натрия, нитраты, препараты теофиллина.

Антикоагулянтная терапия

При идиопатической и хронической тромбоземболической легочной гипертензии - **варфарин** (МНО 2,0-2,5).

Данные о применении при легочной гипертензии на фоне легочных заболеваниях отсутствуют, но высок риск тромбоземболий.

Хронический ДВС-синдром при легочном сердце.

Гепаринотерапия (отечественная школа)

Гепарин 2,5 тыс. 4 р. или 5 тыс. 2 р. под кожу живота 10-14 дней (контроль свертывания крови не требуется), **низкомолекулярные гепарины** (1-2 раза в сутки).

Деагреганты (аспирин, клопидогрель)

Кровопускание при увеличении гематокрита более 55-60%.

Лечение сердечной недостаточности

Диуретики - при правожелудочковой недостаточности осторожно (фуросемид 20-40 мг/сут внутрь, гипотиазид 50 мг/сут внутрь, спиронолактон 25 мг/сут внутрь).

Сердечные гликозиды малоэффективны, риск гликозидной интоксикации.

Лишь при присоединении левожелудочковой недостаточности, фибрилляции предсердий для замедления ритма.

Ингибиторы АПФ, сартаны (?)

Простациклин (эпопростенол)

постоянные многолетние в/в инфузии (период полужизни 3 мин.).

При идиопатической легочной гипертензии и системных заболеваниях соединительной ткани III-IV функционального класса (NYHA).

Промежуточный этап к **трансплантации легких**.

Дорог, много побочных действий. Нет в России.

Ананалоги простациклина:

Илопрост ингаляционный, Берапрост в рот, Трепростинил в/в и п/к.

Пероральные блокаторы эндотелиновых рецепторов

первый представитель класса **Бозентан** 62,5мг и 125мг (траклир, фирма MERCK Serono)

Испытан при идиопатической легочной гипертензии, легочной гипертензии на фоне системной склеродермии без существенного легочного фиброза. Дорог.

Испытываются ситакезентан, амбризентан.

Ингибитор фосфодиэстеразы V типа

В 2001 г. описан эффект у больных ХОБЛ на фоне приема **Силденафила** (виагры) в связи с эректильной дисфункцией.

При гипертензии на фоне легочного фиброза различной этиологии, хронической тромбоземболической болезни.

Побочные эффекты (головная боль, заложенность носа, ухудшение зрения) при дозах 20-80 мг 3 раза в день нечасты.

Обсуждается при неэффективности других медикаментов.

Лечение легочной гипертензии при заболеваниях легких (алгоритм)

- Режим труда и отдыха, реабилитация
- Лечение основного заболевания (бронхолитик, ингаляционные кортикостероиды по показаниям; лечение и профилактика обострений)
- Коррекция дыхательной недостаточности, гиперкапнии, респираторного ацидоза (длительная кислородотерапия, неинвазивная вентиляция легких)
- Лечение правожелудочковой недостаточности (диуретики), антагонисты к рецепторам ангиотензина II?
- Лечение хронического ДВС-синдрома (гепарины, деагреганты)
- Вазодилататоры: антагонисты кальция?, ингаляционный NO?
- Воздействие на эндотелиальную дисфункцию: силденафил?, бозентан? простагландины? (при заболеваниях легких не изучены)

**Тезисы XIII Международной
научно-практической конференции
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
(Окончание)**

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮ ПАРАМЕТРОВ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

А.И. Деев, Т.М. Иванова, Ю.В. Демидова

Российский государственный медицинский университет, Москва

Типичными проявлениями старения человека является снижение эластичности кожи, стенок сосудов, легких. Известно, что при старении происходит падение общего энергетического потенциала организма. Возможно, что этот феномен объясняется не столько снижением функциональной активности митохондрий, сколько снижением эффективности функционирования кровеносной и легочной систем, коэффициент полезной работы которых определяется во многом эластичностью составляющих их тканей. Состояние легких является одним из важнейших показателей состояния эластических волокон в организме. Целью работы являлся поиск наиболее чувствительных возрастзависимых показателей внешнего дыхания, оцениваемых с помощью отечественного пневмотахометра «Этон-01».

Измеренные показатели внешнего дыхания у мужчин в возрасте от 19 до 68 лет в выборке 40 человек, охарактеризованные соответствующими коэффициентами корреляции и возрастными декрементами, показали, что, как в группе курящих, так и у некурящих, показатели внешнего дыхания, характеризующие выдох наиболее зависимы от возраста, что отражает снижение эластической тяги легких. Были отобраны два наиболее чувствительные к возрастным изменениям и слабо зависимых друг от друга показателя: средняя объемная скорость между 75% и 85% форсированной жизненной емкостью выдоха (ФЖЕЛ выд) (СОС75-85 выд) и ФЖЕЛ выд. Методом множественной линейной регрессии была подобрана функция, позволяющая оценить функциональный возраст (ФВ) легких и соответствующие сдвиги старения:

$$\text{ФВ} = 93,36 - 7,33 \cdot \text{ФЖЕЛ выд} - 8,65 \cdot \text{СОС75} - 85 \text{ выд} (R = 0,73).$$

У курящих мужчин наблюдается ускоренное снижение показателей, характеризующих воздушный поток в мелких бронхах. В 37 лет курящие мужчины имеют значение показателей в среднем такое же, как некурящих в 50 лет. Проведено сравнение параметров ФВ легких у мужчин и женщин.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Е.В. Доскина, А.С. Аметов, И.И. Кочергина

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель: оценить роль метаболической терапии в комплексном лечении больных с сахарным диабетом типа 2 у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В исследование рандомизировано 23 пациентов (возраст от 65 до 93 лет, $69,7 \pm 6$) с сахарным диабетом типа 2 (СД 2) (стаж СД $24,1 \pm 8,2$). Оценка углеводного обмена проводилась по уровням гликированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы натощак (Гн), постпрандиальной гликемии (ПГ), инсулинорезистентность вычислялась – по индексу НОМА. Для оценки липидный спектр – определялись общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности. В комплекс обследований включались – динамическое определение уровня артериального давления (АД), массы тела (индекс массы тела рассчитывался по формуле Кетле (ИМТ)) и объем талии (ОТ). Острота зрения определялась по таблице Головина-Сивцева. Качество жизни – по шкале SF 36. Все пациенты прошли обучение в специализированной школе для больных сахарным диабетом. Длительность наблюдения составила 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Методом случайных чисел пациенты были разделены на 2 группы, идентичные по основным лабораторно-метаболическим параметрам и сахароснижающей терапии (СТ) (глибенкламид – Манинил 1,75–5 мг, метформин – Багомет 500–850 мг и росиглитазон – Авандия 2–8 мг). Пациентам 1 группы (Гр. 1) к терапии СТ добавлена метаболическая терапия препаратом Дибикор (регистрационный № 001698/01-2003, ПИК-ФАРМА, Россия) в дозе 500 мг 2 раза в сутки, в группе 2 (Гр. 2) пациентам проводилась стандартная терапия СТ.

При скрининге у пациентов Гр. 1 средний уровень HbA1c составил – $8,5 \pm 1,02$, через 6 месяцев отмечено снижение до $7,3 \pm 0,92$ ($p = 0,05$), в Гр. 2 – отмечена тенденция к уменьшению с $8,25 \pm 1,21$ до $8,1 \pm 1,19$; уровень Гн в Гр. 1 – уменьшился с $9,5 \pm 1,78$ до $7,6 \pm 0,78$ ($p = 0,05$), а Гр. 2 с $9,4 \pm 1,81$ до $8,9 \pm 1,78$. ПГ составляла в обеих группах – от 7,9 до 14,7 ммоль/л, в Гр. 1 отмечено снижение ПГ на 28,7%, а в Гр. 2 на 19,9%. Уже через 4 недели терапии в Гр. 1 отмечено снижение среднесуточной амплитуды гликемических колебаний (по данным самоконтроля). Отмечено снижение индекса НОМА на 21% в Гр. 1, а в группе сравнения на 18%. Снижение ИМТ отмечено в Гр. 1 с $29,8 \pm 3,6$ до $28,9 \pm 3,1$, а в Гр. 2 с $28,9 \pm 3,56$ до $28,6 \pm 3,5$. Объем талии уменьшился на 12% в Гр. 1, в Гр. 2 на 8,9%.

Показатели липидного спектра крови – ОХ в Гр. 1 снизился с 8,9 до 5,7 ($p < 0,001$), в Гр. 2 с 8,8 до 7,9; ТГ в группе пациентов, получавших препарат Дибикор с 2,5 до 2,01 ($p > 0,5$), в Гр. 2 с 2,4 до 2,39; ЛПВП увеличились с 1,28 до 1,41 ($p < 0,005$) – Гр. 1, а в Гр. 2 с 1,29 до 1,3; ЛПНП с 3,6 до 3,24 ($p > 0,5$) в Гр. 1, в Гр. 2 с 3,5 до 3,39.

Уровень АД систолическое снизилось в Гр. 1 с 172 до 155 мм рт. ст. ($p < 0,001$), Гр. 2 с 175 до 160 мм рт. ст., диастолическое с 89 до 78 мм рт. ст. Гр. 1, в то время в Гр. 2 отмечена тенденция к повышению с 86,2 до 87 мм рт. ст. При оценке влияния применения препарата Дибикор в комплексной терапии сахарного диабета отмечено уже к 8 неделе наблюдения более четкое и контрастное виденье строк по таблице Головина-Сивцева, а к 6 месяцу Гр. 1 у 15% динамика с V 0,9 до V 0,8, у 18% с V 0,8 до V 0,7, у 67% не отмечено отрицательной динамики, в Гр. 2 у 19% отмечена отрицательная динамика с V 0,7 до V 0,8. При оценке качества жизни по шкале SF 36 – «восприятие общего состояния здоровья» улучшилось у 76% в Гр. 1, у 59% Гр. 2; «физическое функционирование» на 69% в Гр. 1, на 54% в Гр. 2; «психическое здоровье» на 86% в Гр. 1, на 51% в Гр. 2.

Выводы. Добавление в комплексную терапию сахарного диабета препарата Дибикор способствует улучшению показателей углеводного обмена (без увеличения дозы основных препаратов), липидного спектра крови, АД, а также показатели качества жизни.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.В. Егоров, Г.А. Иванченко, Н.П. Баранов

ЛПУ «Санаторий Дорохово», Московская область

Введение. По данным ГУ НИИ питания РАМН, более 40% общего числа заболеваний вызваны неполноценным обеспечением организма пищевыми веществами. Нерациональный подбор продуктов, несоблюдение режима питания способствует развитию ряд заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе и толстой кишки. По данным ряда авторов у 15% лиц пожилого возраста выявлялись симптомы нарушения пищевого поведения.

Цель исследования: изучить влияние пищевого поведения пожилого человека на развитие заболеваний толстой кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ выявленной патологии прямой кишки и проведено анкетирование 163 пациентов проктологического кабинета. Анкета содержала серию вопросов по самооценке пожилыми своего пищевого поведения.

Результаты и обсуждение. В течение 2007 года проктологом консультировано 723 больных, средний возраст пациентов – 63 года.

Характер выявленной патологии:

- Воспалительные заболевания слизистой толстого кишечника (проктит, сигмоидит) – 128 (17,7%).
- Нарушение моторики толсто кишечника – 267 (37%).
- Геморрой – 629 (87%).
- Полип толстого кишечника – 34 (4,7%).
- Злокачественные заболевания толстой кишки – 5 (0,7%).

Анализ результатов анкетирования показало, только 31,1% опрошенных принимало пищу более 3 раз в сутки. Большинство, а это 59,6%, ограничивалось трехкратным приемом, 9,3% кушали только 2 раза в день. Ежедневно молочные продукты употребляло только 70,6% респондентов, овощи – 60,1%, фрукты 60,7%, мясо – 44,2%, рыбу – 30,1. Не чаще одного раз в неделю или еще реже, молочные продукты, овощи, фрукты употребляли в пищу соответственно 9,2%, 10,4% и 14,8% опрошенных.

Таким образом, у трети обследованных пищевой рацион не способствовал нормализации изменений с возрастом показателей обмена веществ и функций, сохранению здоровья, т. е. не соответствовал молочно-растительной направленности питания.

Развитию патологии прямой кишки способствовало недостаточное поступление с пищей нутриентов, особенно пищевых волокон, что и объясняет большой удельный вес выявленных случаев проктосигмоидитов, алиментарных запоров, геморроя и новообразований толстой. Выявление онкопатологии аноректальной зоны (5,7%), говорит об отсутствии осторожности и недостаточном обследовании пожилых на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ

В.В. Егоров, Г.А. Иванченко, А.В. Еремеев

ЛПУ «Санаторий Дорохово»

Введение. Улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов одна из основных задач Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351. Плохое питание и низкое социальное положение является важным фактором возникновения и развития заболеваний. Показатели снижения уровня жизни – ухудшение питания населения и рост числа хронических заболеваний – развиваются параллельно.

Цель исследования: изучить сложившееся пищевое поведение, характер питания больных пожилого возраста в домашних условиях. Выявить зависимость состояния здоровья, характера питания от социального статуса пожилого человека.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведено анкетирование отдыхающих санатория «Дорохово». Анкета содержала серию вопросов по самооценке пожилыми людьми своего здоровья, материального положения и пищевого поведения. Опрошено 163 жителя Москвы и Московской области, 54 мужчин и 109 женщин. В возрастной группе до 50-летнего возраста находились 6 опрошенных, 51–60 лет – 28, 61–70 – 65, 71–80 – 53, старше 80 лет – 11 человек.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных 7,8% оценили свое здоровья для своего возраста как хорошее, 70,6% – как удовлетворительное, 20,3% – как плохое, 1,3% респондентов посчитали свое здоровье очень плохим. Анализ социального статуса показал, что 32,5% опрошенных испытывали значительные материальные затруднения и едва сводили концы с концами, 54,0% могли обеспечить только себя, 8,6% могли помочь и близким людям и только 4,9% всегда имели отложенные деньги.

Среди тех, кто не имел возможности семейного бюджета сводить концы с концами, 51,6% характеризовали свое здоровье как плохое, на противоположном полюсе, среди обеспеченных – только 3,2%. Низкое социальное положение является важным фактором возникновения и развития заболеваний.

Редкая, беспорядочная еда приводит к значительному по объему приему пищи, может вызвать нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы, в частности, повышение артериального давления, снижение сократимости миокарда как непосредственно после еды, так и спустя 4 часа после приема пищи. Показано, что только 31,1% принимало пищу 3 и более раз в сутки. Большинство, а это 59,6%, ограничивалось трехкратным приемом, 9,3% кушали только 2 раза в день, при этом на плохой аппетит жаловалось всего 6,8% респондентов.

Не принимали горячую пищу совсем 1,9%, один раз в сутки – 19,2%, два раза – 35,4%, три – 37,9%, четыре раза и более 5,6% опрошенных. Анализ структуры питания показал, что о молочно-растительной направленности можно говорить только в отношении 2/3. Ежедневно употребляли молочные и кисломолочные продукты 70,6%, фрукты 60,7%, овощи (кроме картофеля) 60,1%, крупы 57,7%, мясные продукты 44,2%, рыбные – 30,1%.

Анализ представленных данных показывают, что у трети опрошенных рацион питания в домашних условиях не отвечал требованиям рационального питания. Не позволяет приблизиться к рекомендуемым нормам питания низкое социальное положение, отсутствие возможности приобретения необходимых пищевых продуктов.

КОРНЕВИЩА САБЕЛЬНИКА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В.В. Егоров, Г.А. Иванченко, В. Рубцов

ЛПУ «Санаторий Дорохово»

Введение. Дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата – наиболее часто встречающаяся патология органов движения в пожилом и старческом возрасте.

Остеоартроз (ОА) и остеохондроз позвоночника (ОХ) занимают лидирующее место среди заболеваний этой группы.

Лечение ОА и ОХ представляет собой трудную задачу. Наиболее широко используемые с этой целью нестероидные противовоспалительные препараты при длительном приеме часто оказывают побочные действия и вызывают осложнения. В связи с этим применение методов традиционной медицины в лечении хронических и вялотекущих патологических процессов в гериатрии является оправданным и поэтому все шире применяется практическими врачами. Корневища сабельника, относящейся к группе препаратов растительного происхождения, лечебные свойства которого известны из анналов традиционной медицины и до настоящего времени остаются малоизученными. Благодаря комплексу биологически активных веществ, он является сильным иммуностимулятором, обладает противовоспалительным действием, нормализует обменные процессы, выводит из организма соль и тем самым улучшает состояние опорно-двигательного аппарата.

Цель: изучение влияния фиточая «Корневища сабельника» на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и соответственно на качество жизни больных старшего возраста, страдающих различными клиническими вариантами ОА и ОХ.

Материалы и методы. Проведено лечение 62 больных, среди которых было 49 женщин и 13 мужчин, в возрастной группе 40–50 лет находилось 6, 51–60 лет – 15, 61–70 лет – 33, 71 год и старше 8 человек.

Пациенты были разделены на две равные группы, сопоставимые по возрасту, полу, степени тяжести заболевания и ограничению способности к самообслуживанию. Все больные получили стандартное лечение, включающее в себя методы электро-, бальнео-, теплолечения, массаж, лечебную физкультуру. Кроме этого пациентам основной группы 3 раза в день в течение 20 дней назначался фиточай «Корневища сабельника».

Для оценки качества жизни была разработана анкета субъективной оценки с набором вопросов и ответов с использованием тестов M. Leguesne, состоящая из 20 пунктов, объединенных в 3 раздела, характеризующих наличие или отсутствие синовита, болевого синдрома и трудностей в повседневной жизни анкетированного.

Результаты. Наблюдения показали, что в группе больных, получивших на фоне комплексной восстановительной терапии препарат сабельника, редуцирование клинических признаков произошло более выражено, чем в контрольной группе. Наибольшие различия средних значений были получены по пунктам, отражающие признаки воспаления суставов. К концу срока лечения у больных основной группы исчезли жалобы на «горячие на ощупь» суставы, в 16 раз уменьшилась балльная оценка припухлости и отечности. Темпы убыли болевого синдрома при применении корневища сабельника составили в среднем 50%. Наиболее достоверные различия у пациентов основной и контрольной наблюдались в динамике утренних стартовых болей (боли и скованность в суставах и позвоночнике при вставании). Достоверные различия в положительной динамике патологических симптомов при применении корневища сабельника нами получены во всех группах симптомов, отражающих качество жизни обследуемых, за исключением постурального головокружения (головокружение при резких поворотах головы).

Выводы. 1. Фиточай «Корневища сабельника», при использовании его в комплексе восстановительного лечения у пожилых больных ДО и ОХ, оказывает благоприятное воздействие на течение воспалительного, болевого синдрома, что в свою очередь приводит к значительному улучшению качества жизни больных, возможности самообслуживания, позволяет предотвратить инвалидизацию.

2. В наших наблюдениях не выявлено осложнений и побочных эффектов, что позволяет рекомендовать его как средство для купирования синовита, болевого синдрома и для вторичной профилактики ДО и ОХ.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

И.А. Зарембо, Л.С. Зарайская, С.А. Васильев

Клиника пульмонологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Цель исследования: выявить оптимальное соотношение цена-качество лечения больных пожилого возраста с сочетанием бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) различными ингаляционными глюкокортикостероидными препаратами (ИГКС).

Задачи исследования: оценить динамику показателей спирографии, частоту обострений, стоимость и приверженность к лечению ИГКС терапии различными ингаляторами у пожилых пациентов с сочетанием БА и ХОБЛ.

В стационаре дневного пребывания клиники пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова за 4 года пролечено 56 пациентов старше 60 лет, у которых БА сочеталась с ХОБЛ. Такое сочетание определялось как наличие обратимости обструкции дыхательных путей более 12% от должной при индексе Тиффно менее 70% у лиц старше 60 лет, имеющих стаж курения более 10 пачка/лет. БА средней степени тяжести имела место у 14 (25%) пациентов, тяжелая степень тяжести – у 42 (75%). ХОБЛ II – средне-тяжелая стадия была у 50 пациентов (89,3%), III – тяжелая стадия – у 6 (10,7%) пациентов. Тяжесть заболевания БА оценивалась не только по постбронходилатационным показателям ОФВ₁, но и объемом применяемой терапии. Пациенты с крайне тяжелым течением ХОБЛ не имели пророст после применения бронхолитиков более 12% от должной и не были включены в данное исследование. Из 56 пациентов 20 пациентов (35,7%) принимали Симбикорт 640 мг в сутки по будесониду, 9 пациентов (16,1%) – Кленил 1000 мкг в сутки, 8 пациентов (14,3%) – Серетид 1000 мкг в сутки по флутиказону, 7 пациентов (12,5%) – Беклазон 1000 мкг в сутки, 7 пациентов (12,5%) – Кленил в комплексе с Джет-системой 1000 мкг в сутки и 5 пациентов (8,9%) – Беклазон Эко Легкое Дыхание 1000 мкг в сутки. Все пациенты получали длительнодействующие бронхолитики. В связи с наличием сочетанного заболевания дозы ИГКС были постоянными.

За время наблюдения у всех пациентов ухудшилась проходимость дыхательных путей на 8–17%. Больше снижение ОФВ₁ отмечалось у пациентов, которые продолжали курить. Частота обострений БА ниже всего была у больных, которые использовали Серетид, не зависимо от того, применялся ли он в виде дозированного аэрозольного ингалятора или в виде мультидиска и составляла 1,86 случая в год. Несколько чаще (2,1 случай в год) отмечались обострения у пациентов, которые применяли Симбикорт, при использовании в качестве базисной терапии других ингаляторы обострения фиксировались с частотой 2,5–2,6 случай в год на одного пациента.

Выводы. Наилучшая приверженность к лечению, удобство применения, наименьшая частота госпитализаций, и в связи с этим, уменьшение общих затрат на лечение, отмечается на фоне приема Серетид и Симбикорта. Удобство применения одного ингалятора для лечения сочетания БА и ХОБЛ возможно при применении Серетид или Симбикорта. Наиболее простыми в применении является Беклазон Эко Легкое Дыхание и Кленил в комплексе с Джет-системой. Наименьшие прямые затраты терапии, связанными с себестоимостью ИГКС, выявлены при применении Кленила. Таким образом, выбор препарата в каждом конкретном случае должен решаться индивидуально. При сочетанной обструктивной патологии легких обязательно назначение базисной терапии ИГКС и длительнодействующими бронхолитиками, в связи, с чем предпочтительно назначение комбинированных препаратов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Н.А. Кузубова, И.А. Зарембо, С.А. Васильев

НИИ и Клиника пульмонологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Цель исследования: анализ результатов первого практического применения неинвазивной вентиляции легких (НИВ) (ViPAP и кислородотерапии) у пациента с крайне тяжелой стадией хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) пожилого возраста.

Задача исследования: определить влияния НИВ на кислотно-основной состав артериальной крови у больного с крайне тяжелой стадией ХОБЛ.

До недавнего времени, вследствие дороговизны оборудования, НИВ применялась преимущественно в отделениях реанимации и интенсивной терапии. В июне 2008 года в НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова появилась возможность проведения терапии с применением аппарата ViPAP Harmoni фирмы Resprionics.

Первым пациентом, в лечении которого использовалась НИВ в сочетании с кислородотерапией, стал мужчина 69 лет с ХОБЛ, IV – крайне тяжелой стадией, в фазе инфекционно-зависимого обострения, у которого также имелось ожирение 2 ст. (индекс массы тела – 36 кг/м²), синдром обструктивного апноэ-гиппноэ сна, гипертоническая болезнь. Пациент 6 лет находится на длительной кислородотерапии с хорошим эффектом, но сохраняются нарушения дыхания в ночное время и храп.

При обследовании в стационаре дневного пребывания клиники пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова у пациента выявлены следующие показатели КОС артериальной крови (до ViPAP-терапии), отражающие наличие респираторного ацидоза и гипоксемии:

pH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	St.HCO ₃	BE	BB	TCO ₂	O ₂ sat	O ₂ ct
7,319	35,9	52,5	18,1	18,4	-8,0	-7,2	19,2	84,7	17,4

Необходимо отметить, что ранее при изучении КОС артериальной крови у больного отмечалась гиперкапния. В стационаре дневного пребывания ViPAP-терапия пациенту проводилась через лицевую маску в течение 3 часов с подачей кислорода 3 литра в минуту при содержании кислорода 60%, давлении IPAP – 15 мм H₂O, EPAP – 7 мм H₂O, ЧДД – 12 в минуту, время вдоха Ti – 1 с, время Rise – 6 мс

на фоне стандартной терапии. Повторные исследования КОС артериальной крови через 20 минут (1-я строка) и через 3 часа (2-я строка) после применения ВiРАР-терапии выявили значительное улучшение показателей (нормализация кислотно-основного состояния и газового состава крови):

pH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	St.HCO ₃	BE	BB	TCO ₂	O ₂ sat	O ₂ ct
7,439	33,3	74,2	17,8	20,4	-6,3	-4,9	18,8	95,6	17,0
7,396	29,2	95,9	20,4	21,4	-4,5	-3,7	21,4	97,4	18,7

На фоне применения НИВ пациент отметил улучшение самочувствия, значительное уменьшение одышки, головной боли и дневной сонливости.

Заключение. Первый опыт применения ВiРАР-терапии в сочетании с длительной кислородотерапией на фоне базисного лечения у больного с крайне тяжелой ХОБЛ показывает эффективность этого метода, подтвержденного улучшением как объективных, так и субъективных данных. Высокая стоимость аппаратов для ВiРАР-терапии и кислородотерапии пока является сдерживающим фактором для широкого использования такого оборудования в домашних условиях. Но, в определенных клинических ситуациях, только применение этих методов может сохранить и существенно продлить жизнь больным с ХОБЛ, осложненной тяжелой хронической дыхательной недостаточностью.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С ВОСПАЛЕНИЕМ НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Н.В. Орлова, И.И. Чукаева, О.О. Власова, Н.Н. Хавка, В.А. Алешкин, Л.И. Новикова

*Российский государственный медицинский университет,
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии,
Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского*

Цель: сопоставить активность белков острой фазы воспаления (БОФ) и холестерина со степенью стеноза коронарных артерий у больных ИБС.

Методы. Нами были обследованы 100 больных с верифицированным диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Средний возраст больных составил 60,8 ± 3,4 года. Больным проведено определение уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП, индекс атерогенности. Всем пациентам проводилась коронарография в условиях рентген – операционной на ангиографической установке фирмы «Siemens» (Германия) по методике Judkins. Определение белков острой фазы воспаления (орозомукоида, церулоплазмينا, α1-антитрипсина, С-реактивного белка, гаптоглобина, α2-макроглобулина и C₃ компонента комплемента) проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Использовались стандартные сыворотки Standart-Human-Serum «Behring», моноспецифические сыворотки против БОФ: орозомукоид, α1-антитрипсин, C₃ компонент комплемента, С-реактивный белок, полученные в институте микробиологии и эпидемиологии им. Габричевского; церулоплазмин (Human-Coeruloplasmin «Behring»). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты. При анализе полученных результатов были выделены 4 группы по степени поражения коронарных артерий. За поражение артерии принималось стенозирование более 50% сосуда. В первую группу вошли больные с незначительными гемодинамическими изменениями коронарных артерий, во вторую – со стенозом более 50% одной артерии, в третью – двух, в четвертую – трех и более сосудов, в отдельную группу были выделены больные с признаками нестабильности бляшки. Значения уровней белков острой фазы воспаления (орозомукоида, церулоплазмينا, α1-антитрипсина, С-реактивного белка, гаптоглобина, α2-макроглобулина и C₃ компонента комплемента) были взаимосвязаны с количеством стенозированных коронарных артерий. Наиболее низкие значения БОФ определялись у пациентов без выраженного поражения сосудов. Соответственно с увеличением числа стенозированных коронарных артерий возрастали уровни БОФ. Наибольшие показатели БОФ соответствовали поражению более трех артерий и нестабильности атеросклеротической бляшки (отличия от уровня БОФ с 1 группой больных по орозомукоиду, α1-антитрипсину, C₃ компоненту комплемента были статистически достоверными). Выявлена корреляционная зависимость ЛПНП и холестерина с уровнями белков острой фазы воспаления.

Выводы. Полученные данные о более высоких уровнях белков острой фазы воспаления в группе больных с множественным стенозом коронарных артерий и нестабильностью атеросклеротических бляшек позволяют говорить об активном влиянии воспалительных реакций и холестеринового обмена на поражение сосудов при атеросклерозе.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ АРОА1 И АРОЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

Н.В. Орлова, И.И. Чукаева, Н.Н. Хавка, В.Ф. Ситников, О.А. Перевезенцев, О.О. Власова

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: изучение вариантов генотипов АРОА1 – 75 G/A и АРОЕ M22Q у пожилых больных с атеросклерозом коронарных сосудов.

Методы исследования: было обследовано 40 больных с верифицированным диагнозом ишемическая болезнь сердца, в возрасте от 60 до 65 лет, которые составили основную группу. Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. Контрольную группу составили 40 больных без наличия признаков ишемической болезни сердца по данным обследования. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) был использован пара синтезированных праймеров (фирма «Синтол»), специфичных для данного полиморфного варианта. Для варианта АРОА – 75 G/A использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, программа STATISTICA.

Полученные результаты: при изучении варианта генотипа АРОА1 – 75 G/A у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с контрольной группой был выявлен более высокий показатель индекса OR для АРОА1 (A/A), который составил 4,1 ± 0,7, показатель OR для АРОА1 (G/A) составил 1,1 ± 0,45, а для АРОА1 (G/G) – 0,39 ± 0,5. При изучении варианта генотипа АРОЕ M22Q у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с контрольной группой OR для АРОЕ (M/M) составил 0,65 ± 0,47, для АРОЕ (Q/M) – 1,357 ± 0,45, а для АРОЕ (Q/Q) – 1,179 ± 0,57. Для полиморфизма A/A гена АРОА1 и Q/M значения были статистически достоверными. При определении индекса отношения шансов для генотипов изучаемых генов у больных I–III функционального класса стенокардии было выявлено статистически значимый высокий OR для генотипа A/A гена АРОА1 равный 4,48 ± 0,84 у больных стенокардией III функционального класса, у больных со стенокардией II функционального класса OR для генотипа A/A составил 2,47 ± 0,87. Взаимосвязи генотипов АРОЕ со степенью выраженности стенокардии отмечено не было. У больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа был выявлен достоверно высокий показатель отношения шансов для генотипа AA гена АРОА1 и преобладание аллеля Q гена АРОЕ.

Заключение. Изучение атерогенного фенотипа липопротеидов у больных ишемической болезнью сердца и контрольной группы выявило, что носительство генотипа АРОА1 (A/A) и АРОЕ (Q/M) ассоциировано с развитием ишемической болезнью сердца, что служит подтверждением генетически обусловленных липидных нарушений у данной группы пациентов. Генотип AA гена АРПОА1 выступает как фактор риска тяжелого течения ИБС, с развитием стенокардии высокого функционального класса. Ассоциация генотипа AA гена АРОА1 – 75 G/A с развитием ИБС значительно увеличивается у больных сахарным диабетом 2 типа, что подтверждает взаимосвязь этих заболеваний на генетическом уровне.

ЦВЕТОТЕРАПИЯ ГЛАЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Т.П. Тетерина

Центр цветотерапии «ТЕТТА», Москва

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) является одной из частых причин тяжелых осложнений органа зрения, которые приводят к неизлечимой слепоте. К наиболее тяжелым осложнениям относится диабетическая ретинопатия, при которой слепота составляет 97% у пациентов с инсулинзависимым и 80% – с инсулиннезависимым диабетом. По данным ВОЗ, ежегодный прирост СД ожидается на 9% больных. В нашей стране больных СД составляет 8 млн, а во всем мире – более 100 млн человек. Отсюда можно ожидать, какой удельный вес будет занимать количество людей с неизлечимой слепотой, если, по данным ВОЗ, ежегодный прирост СД ожидается на 9% больных.

Наиболее распространенным методом лечения диабетической ретинопатии является лазеркоагуляция сетчатки глаза. Однако данный метод не приостанавливает прогрессирования процесса и приводит к снижению зрительных функций вследствие повреждений зрительных клеток, особенно в макулярной области сетчатки.

Наряду с этой патологией сетчатки снижение зрения и слепоту при СД обуславливают катаракта и глаукома, основным методом лечения которых также являются хирургические вмешательства. Методов профилактики осложнений при СД не существует.

Таким образом, актуальной проблемой является поиск методов профилактики снижения зрения и слепоты и лечения осложнений органа зрения при СД.

Цель работы: 1. изучение проявлений глазных осложнений при СД и их сочетанность с нарушениями других функциональных систем организма; 2. Оценка эффективности цветотерапии в профилактике слепоты и лечении осложнений органа зрения при СД.

Материал и методы. Обследовано 118 больных СД в возрасте от 15 до 79 лет. Средний возраст составил 62 года. Мужчин 28, женщин 70. Цветотерапию осуществляли по методу Т.П. Тетериной с помощью аппаратов «АЦЛ-01 «Стрела» и «АЦТ-02» (патенты №№ 2098059, 31721, 2230534). Курс цветотерапии состоял из 10–15 сеансов. Длительность одного сеанса – 5–10 мин.

Результаты и обсуждение. Из общего числа обследованных больных инсулинзависимый СД наблюдался у 28 человек (56 глаз), а инсулиннезависимый СД – у 90 человека (180 глаз). При обследовании органа зрения практическая слепота (острота зрения в пределах 0 (ноль) – 0,03) установлена у пациентов с инсулинзависимым СД в 30%, а с инсулиннезависимым СД – в 23,3% случаев. Острота зрения с коррекцией в пределах нормы (0,9–1,0) составила соответственно 28,0 и 15,7%. У остальных пациентов (соответственно 42,0 и 39,0%) отмечалось прогрессирующее снижение остроты зрения. Основной причиной прогрессирующего снижения остроты зрения являлась диабетическая ретинопатия, которая составила 68%. У большинства пациентов наблюдалось сочетанное поражение органа зрения. При этом наряду с ретинопатией имели место катаракта, глаукома, тромбоз центральной вены сетчатки, атрофия зрительных нервов, отслойка сетчатки, макулодистрофия, гемофтальм, хориоретинальная дистрофия, не поддающиеся как лекарственной терапии, так и лазерному и хирургическому лечению. В ряде случаев хирургические вмешательства по поводу диабетической ретинопатии и отслойки сетчатки осложнялись вторичной глаукомой, что приводило к полной слепоте и развитию болевого синдрома, а затем удалению глаза. Следовательно, по состоянию зрительных функций инвалидность 1-й группы составляет 30%, а 2-й группы – 22%. При этом пациенты II-й и III-й группы находятся на грани неизлечимой слепоты, что и является одной из причин нервно-психического расстройства пациентов.

Наряду с СД у пациентов было установлено более 30 других нозологических форм патологии организма. Так, у 74% пациентов наблюдалась гипертоническая болезнь, часто протекающая с кризами при артериальном давлении 220–260/120–140 мм рт. ст., у 49% – нарушения функций ЦНС (паркинсонизм, рассеянный склероз, энцефалопатии, последствия инсультов и др.), у 15% – патология щитовидной железы, у 25% – нарушения сердечно-сосудистой системы (стенокардия, ИБС, гипотония, постинфарктный кардиосклероз), у 74% – нервно-психические расстройства, у 76% – нарушения функций ЖКТ и мочеполовой системы.

Таким образом, сахарный диабет у большинства пациентов протекает на фоне нарушений других функциональных систем организма. При этом симптоматическое лечение, как заместительная терапия, направленная на лечение только СД, не эффективна.

Цветотерапия по методу автора была проведена у 94 пациентов с нарушениями зрительных функций. В результате проведенного лечения улучшение остроты зрения наблюдалось в 100% случаев. Острота зрения с коррекцией до лечения составляла в среднем 0,6, после лечения – 0,75, в том числе 0,9–1,0 до лечения 29,7, а после лечения – 54,2%. Острота зрения 0,1 и ниже отмечалась до лечения в 13,8%, а после лечения и 2,1% случаев.

Таким образом, острота зрения значительно улучшилась после проведенного только одного курса цветотерапии. Эти данные дают основание считать, что этот метод является наиболее эффективным в профилактике слепоты не только при диабетической ретинопатии, но и при ее сочетании с другой глазной патологией (катаракта, глаукома, макулодистрофия и др.), которая также приводит к неизлечимой слепоте.

Наряду с улучшением зрительных функций у пациентов значительно улучшалось психосоматическое состояние. При этом наблюдалось улучшение показателей функций ССС, ЦНС, эндокринной, иммунной и других систем организма. У большинства пациентов с инсулиннезависимым СД, особенно при легкой и средней тяжести процесса, отмечалась нормализация показателей сахара в крови и моче.

Полученные данные показывают, что предложенный нами метод цветотерапии является эффективным для профилактики и лечения не только глазных осложнений при сахарном диабете, но и нарушений функций других систем организма.

СТАРЕНИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ – НАДЕЖДЫ, РАЗОЧАРОВАНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

А.В. Халаякин

Институт биохимической физики РАН, Институт системного анализа РАН, Москва

За время развития современной геронтологии было предложено несколько методик, предназначенных для интегральной оценки биологического возраста человека и животных. То есть возраста, выводимого из совокупности структурно-функциональных параметров организма и откалиброванного таким образом, чтобы биологический возраст эталонного (усредненного) индивида из выборки индивидов данного календарного возраста соответствовал этому (хронологическому) возрасту. На применение биологического возраста возлагались большие надежды, связанные с возможностью оценки индивидуального темпа старения, который зависит не только от наследственности, но и от внешних условий и образа жизни, влияющих на эффективность процессов, сдерживающих старение, а также от различного рода экспериментальных вмешательств.

Одним из недостатков метода является привязанность эталонной выборки, которая используется для вычисления биологического возраста, к конкретной популяции и к конкретным условиям. Например, поскольку статистика смертности людей ведется сравнительно недавно (около двух-трех веков), в палеодемографии судят о возрасте индивидов по анализу костных останков. И, не имея эталонной выборки, часто занижают возраст. Это связано с сильным влиянием условий существования на параметры зависимости биологического (костного) возраста от реального. Даже в современных популяциях коэффициенты пересчета костного возраста в хронологический различаются в 3,6–5,9 раз. Значит, характеристики костей физически активного человека 80 лет могут соответствовать параметрам мало-подвижного человека более молодого возраста. И оценкой его костного возраста будет не $30 + 50 = 80$ лет, а $30 + 50/K$, т. е. 38,5 лет или 44 года. Поэтому «отсутствие» стариков среди погибших в Геркулануме во время извержения Везувия (79 г. н.э.) перестает быть загадочным. Ведь их костный возраст мог вполне соответствовать костному возрасту наших гиподинамичных современников 40–45 лет. Об этом же говорят результаты оценки останков из датированных древнеримских могил. Антропологи, не знавшие истинного возраста оцениваемых останков, подсчитали, что костный возраст образцов был моложе 40 лет, тогда как их реальный возраст был старше 70 лет.

К другим недостаткам метода относятся нелинейная связь биологического и календарного возраста, соответствие одному биологическому возрасту разных наборов парциальных биологических возрастов систем организма, частая несопоставимость биологического возраста индивида, найденная разными методами и т. д. Из-за этих и других сложностей возникло некоторое разочарование в подходах, связанных с применением биологического возраста в геронтологии. Однако есть основания надеяться на то, что концепция биологического возраста, при учете ограничений и устранении недостатков, займет в перспективе подобающее место в арсенале современной геронтологии.

УДК 616.127–005.8

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ

В.В. Савилова, В.Т. Долгих*, А.И. Кондратьев, А.В. Торопов

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Омск
Омская государственная медицинская академия*

Ретроспективный анализ 201 истории болезни пациентов, поступивших в кардиологическое отделение с диагнозом острый инфаркт миокарда и умерших в различные сроки, а также данные патологоанатомического исследования показали, что предикторами неблагоприятных исходов были возраст старше 60 лет у мужчин и 70 лет – у женщин. Среди факторов риска у мужчин преобладали табакокурение и артериальная гипертензия, у женщин – ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия. При первичном остром инфаркте миокарда преобладало обширное поражение левого желудочка, при повторном – инфаркт миокарда передней локализации. Ведущая причина смерти при остром инфаркте миокарда у лиц пожилого возраста – острая левожелудочковая недостаточность в сочетании с кардиогенным шоком, что подтверждалось выраженным атеросклеротическим поражением коронарных сосудов по данным патологоанатомического исследования.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, факторы риска, причины летальности
Key words: acute myocardial infarction, risk factors, cause lethality

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания, и в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС), у лиц пожилого возраста продолжают оставаться ведущей причиной смертности в большинстве развитых стран [4–6]. Примерно в 60% случаев ИБС клинически проявляется острым инфарктом миокарда, в 24% –

стабильной стенокардией, в остальных 16% случаев – внезапной коронарной смертью [2]. Традиционный подход, основанный на наличии в большинстве случаев (до 90%) внезапной сердечной смерти значительного сужения основных стволов коронарных артерий (свыше 50%), в настоящее время трактуется не столь однозначно. В большинстве случаев находят тромбоз коронарных артерий (10–50%). При внезапной сердечной смерти характер морфологических изменений миокарда зависит от продолжительности времени, прошедшего от начала развития

* Долгих Владимир Терентьевич, д-р мед. наук, профессор; 644043, Омск, 43, ул. Ленина, 12, Омская госуниверситет. медицинская акад., тел.: 9(3812) 23-03-78, E-mail: prof_dolgh@mail.ru

Таблица 1

Патоморфологические данные при остром инфаркте миокарда

Показатель	2005 г.		2006 г.	
	ж	м	ж	м
Число больных ОИМ, чел	104		97	
Число больных, n (%)	44 (42,3)	60 (57,7)	46 (47,4)	51 (52,6)
Средний возраст, годы	70,6 ± 2,1	66,9 ± 1,8	73,6 ± 2,4	63,7 ± 3,0
Первичный инфаркт (1,21), n	24	33	28	34
Передний, n	6	10	6	5
Задний, n	2	7	6	12
Распространенный, n	14	15	16	16
Мелкоочаговый (1,24), n	2	1	0	1
Повторный инфаркт (1,22), n	19	27	15	18
Передний, n	11	13	5	3
Задний, n	2	8	6	9
Распространенный, n	4	4	4	5
Мелкоочаговый (1,24), n	1	2	0	0
Рецидивированный (1,22), n	1	0	1	1
Фон				
Артериальная гипертензия (АГ), n	15	19	18	19
Сахарный диабет (СД), n	5	0	5	2
Сочетание СД и АГ	12	2	16	4
Анемия	11	12	4	6
Заболевания легких	6	17	8	18
ОНМК в анамнезе	2	4	1	2
ОНМК в остром периоде	3	6	1	1
Хирургическая патология	8	11	6	6

приступа до момента смерти. Явные макроскопические изменения, характерные для острого инфаркта миокарда, формируются в течение 18–24 ч. Отдельными гистологическими методами диагноз инфаркта миокарда может быть установлен, если его ишемическое повреждение продолжалось 8–12 ч.

Крупномасштабные исследования показали, что вызванное лечением уменьшение числа ишемических событий не пропорционально степени морфологических изменений в атероматозной бляшке [1]. Известно, что к пусковым механизмам атеротромбоза относятся резкий подъем АД, табакокурение и спазм коронарных сосудов. При отсутствии реваскуляризирующих вмешательств (системный тромболизис, ангиопластика) острый инфаркт миокарда все еще связан с высокой летальностью: около 15–20% больных, доставляемых в больницу, умирают в больничных стенах [3].

Целью настоящего исследования было изучение факторов риска и причин летальных исходов при остром инфаркте миокарда.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 201 пациента, умершего за период 2005–2006 гг. в кардиологическом отделении (с данными вскрытий) Городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1. Средний возраст умерших составил 68,7 + 5,7 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как следует из табл. 1, летальность при остром инфаркте миокарда в кардиологическом отделении в 2005 г. составила 17,69%, в 2006 г. – 17,10%, летальность в первые сутки составила в 2005 г. 2,2% на 100 поступивших, а в 2006 г. – 2,8%.

По данным табл. 1, патоморфоз заключался во все возрастающей доле женщин с тяжелым течением острого инфаркта миокарда, увеличением возраста умерших, доминированием Q-острого инфаркта миокарда среди мужчин, особенно частым наличием среди фоновой и предрасполагающей патологии артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета типа 2, в том числе их коморбидности. Анализируя факторы риска у умерших (табл. 2), следует выделить примерное равенство нарушений липидного обмена как у

Таблица 2

Факторы риска у умерших от острого инфаркта миокарда в 2005–2006 гг.

Факторы риска		
	Женщины	Мужчины
Курение, %	1,2	65
Ожирение, %	68	44
Отягощенная наследственность, %	87	74
Гипер- и дислипидемия, %	78	79
Длительность заболевания ИБС более 15 лет, %	72	68
Позднее поступление в стационар (более 24 ч с момента дестабилизации ИБС), %	47	62
Предшествующая терапия статинами, %	0,3	0,1

мужчин, так и женщин, но при явном преобладании табакокурения, меньшей приверженности к лечению и запоздалом обращении к врачу у мужчин, а у женщин — ожирения, худшего наследственного фона, большей продолжительности болезни и комплаентности в лечении.

Эффективного лечения на амбулаторном этапе не получали более 90% пациентов. Терапия статинами всех возрастных групп составила 0,4%. Из факторов риска у мужчин преобладали курение, артериальная гипертензия, у женщин — ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия.

Главной причиной смерти среди осложнений инфаркта миокарда (табл. 3) был отек легких в сочетании с кардиогенным шоком, что закономерно, учитывая увеличение числа повторного острого инфаркта миокарда и возраст умерших (78,3% — старше 60 лет). Среди умерших пациентов не было ни одного после реваскуляризации миокарда. Как причина смерти от острого инфаркта миокарда все чаще стал наблюдаться синдром полиорганной недостаточности, развивавшийся у пожилых пациентов на искусственную вентиляцию легких на фоне тяжелой сопутствующей патологии (хирургической — в послеоперационном периоде, на фоне сахарного диабета, анемии, тяжелой патологии бронхолегочной системы, онкопатологии), который по частоте находится наравне с острой легочной недостаточностью.

Важнейшим фактором современного неблагоприятного течения острого инфаркта миокарда

Таблица 3

Непосредственная причина смерти при остром инфаркте миокарда

Причина	2005 г.	2006 г.
Кардиогенный шок	15	10
Отек легких	19	5
Отек легких в сочетании с шоком	19	21
Первичные аритмии и фибрилляция желудочков	10	11
Разрыв миокарда	13	13
Хроническая недостаточность кровообращения	7	5
Тромбоэмболия легочной артерии	9	7
Синдром полиорганной недостаточности	12	25
Всего:	104	97

Таблица 4

Досуточная летальность при ОИМ

Досуточная летальность	2005 г.		2006 г.	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Число, n, %	16 (43,2)	21 (56,8)	20 (44,0)	25 (56,0)

Таблица 5

Возраст умерших от острого инфаркта миокарда

Возраст, годы	2005 г.		2006 г.	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
До 40, n, %	0	1 (0,96)	0	1 (1,0)
40–49, n, %	0	5 (4,8)	1 (1,0)	8 (8,3)
50–59, n, %	7 (6,7)	10 (9,7)	3 (3,0)	7 (7,2)
60–69, n, %	8 (7,8)	14 (13,5)	7 (7,2)	13 (13,4)
70–79, n, %	21 (20,2)	24 (23,2)	22 (21,7)	21 (21,6)
80 и старше, n, %	8 (7,8)	6 (5,7)	13 (13,4)	1 (1,0)

да считаем резко возросшее количество разрыва миокарда, особенно у лиц 70 лет и старше. Нельзя не подчеркнуть, что значительно увеличилось число умерших до суток за счет пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей соматической патологией (табл. 4).

В основном за счет позднего обращения или очень продолжительной болезни удельный вес умерших в первые сутки поступления в кардиологическое отделение составляет около половины с преобладанием мужчин. За медицинской помощью при остром инфаркте миокарда в первые сутки чаще обращаются женщины; мужчины составляют 56% умерших до суток среди всех погибших от острого инфаркта миокарда, что в определенной мере говорит об их меньшей информированности и заинтересованности в собственном здоровье.

Среди умерших от ОИМ (табл. 5) в возрасте до 60 лет преобладали мужчины. В возрасте 70–79 лет умирают примерно одинаковое число мужчин и женщин, на этот возраст приходится максимальный процент смерти от инфаркта миокарда, в трудоспособном возрасте от острого инфаркта миокарда погибают преимущественно мужчины. В возрастной категории старше 80 лет преобладают женщины, так как продолжительность жизни у женщин выше, чем у мужчин.

Предикторами неблагоприятного исхода при остром инфаркте миокарда является возраст 60 лет и старше у мужчин и 70 лет и старше у мужчин и женщин. В сравнении с 2005 г. в 2006 г. умерших в возрасте 80 лет и старше больше на 0,9%, что говорит об увеличении числа пожилых пациентов, старении населения.

По данным патологоанатомического исследования у 85% умерших было поражение коронарного русла, у 68,8% — выраженное атеросклеротическое поражение аорты, сосудов головного мозга, почек и крупных сосудов нижних конечностей. При первичном инфаркте миокарда преобладает обширное поражение левого желудочка, при повторном — инфаркт миокарда передней локализации.

ВЫВОДЫ

Вероятными предикторами неблагоприятного исхода при остром инфаркте миокарда являются возраст 60 лет и старше у мужчин и 70 лет и старше у мужчин и женщин. Среди факторов риска у мужчин преобладает табакокурение и артериальная гипертензия; у женщин — ожирение, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Низкая приверженность к лечению пациентов пожилого возраста, отсутствие пролонгированной терапии статинами имеют свое значение в печальной статистике при инфаркте миокарда. По данным патологоанатомического исследования у 85% умерших были поражение коронарного русла, у 68,8% — выраженное ате-

росклеротическое поражение аорты, сосудов головного мозга, почек и крупных сосудов нижних конечностей. При первичном инфаркте миокарда преобладало обширное поражение левого желудочка, при повторном — инфаркт миокарда передней локализации. Главная причина смерти при инфаркте миокарда у лиц пожилого возраста — острая левожелудочковая недостаточность в сочетании с кардиогенным шоком, что подтверждалось выраженным атеросклеротическим поражением коронарных сосудов по данным патологоанатомического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М. Методология реабилитации больных инфарктом миокарда: первый (госпитальный) этап. Сердце 2003; 8 (2): 62-68.
2. Иванов Г.Г., Сметнев А.С., Сыркин А.Л. и др. Основные механизмы, принципы прогноза и профилактики внезапной сердечной смерти. Кардиология 1998; 12: 64-66.
3. Оганов Р.Г. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний как основа профилактики. Кардиология 2004; 5:12-22.
4. Nicus K.C., Escola M.J., Virtanen V.K. et al. Mortality of patients with acute coronary syndromes still remains high: A follow-up study of 1188 consecutive patients admitted to a university hospital. Ann Med. 2007; 39 (1): 63-71.
5. Okrainec K., Banerjee D.K., Eisenberg M.J. Coronary artery disease in the developing world. Amer. Heart J. 2004; 148 (1): 7-15.
6. Segev A., Strauss B.H., Tan M. et al. Prognostic significance of admission heart in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes (from the Canadian Acute Coronary Syndrome Registries). Amer. J. Cardiol. 2006; 98 (4): 470-473.

Поступила 01.07.2008

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.12-008.1

**ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Т.В. Илларионова

*Центральный военный клинический госпиталь № 2 им. П.В. Мандрыка,
Москва*

*Ключевые слова: реабилитация, ишемическая болезнь сердца,
пожилой возраст*

Key words: rehabilitation, ischemic disease of heart, aged

В комплексе мероприятий по реабилитации больных ишемической болезнью сердца существенное место отводится физиотерапевтическим методам. Достоинством физиотерапии являются универсальность действия, отсутствие аллергических и токсических эффектов, длительность положительного последствия, хорошая совместимость с другими лечебными мероприятиями [1,2,6,16,17]. В то же время применение физиотерапевтических факторов в 0,1% случаев вызывает нежелательные эффекты [2]. Однако этот показатель, вероятно, сильно занижен, поскольку энергетические параметры воздействия традиционной аппаратной физиотерапии таковы, что на субклеточном и клеточном уровне нередко возникает повреждение и разрушение ультраструктур [4–6]. Вероятно, именно эти особенности пока еще существенно ограничивают применение физиотерапии у больных ишемической болезнью сердца.

На различных этапах реабилитации больных ишемической болезнью сердца перечень методов физиотерапии варьируют. Так на стационарном этапе использует лишь воздействие по соответствующим полям и зонам импульсные электрические токи малой силы и низкой частоты (электросон, центральная электроаналгезия), постоянный электрический ток малой силы и низкого напряжения для введения в организм

необходимых лекарственных средств (лекарственный электрофорез) и низкоэнергетическое лазерное излучение (лазерная терапия). На санаторном этапе реабилитации больных используют воздействие электромагнитным излучением дециметрового диапазона (ДМВ-терапия), импульсными электрическими токами малой силы и низкой частоты (электросон), синусоидальными модулированными токами (СМТ- или амплипульстерапия), низкоэнергетическим лазерным излучением (лазерная терапия), низкочастотным переменным магнитным полем (магнитотерапия), а также некоторые виды водолечения и бальнеотерапии. На амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации больных ишемической болезнью сердца перечень методов физиотерапии еще более расширяется. К ним относятся электросон, транскраниальная электростимуляция, гальванизация и лекарственный электрофорез, амплипульстерапия, ДМВ-терапия, лазерная терапия, магнитотерапия, инфитатерапия, водолечение и бальнеотерапия [2,6,10,16].

В настоящее время разработаны новые концепции физиотерапии, создан новый класс физиотерапевтической аппаратуры на основе информационно-волновых технологий. Это позволяет существенно расширить показания к физиотерапии за счет полного исключения пов-

реждающего действия внешнего физического фактора на структуры организма путем максимально возможного уменьшения выходной энергетической мощности того или иного фактора, а также повысить терапевтическую эффективность физиотерапии за счет синхронизации ритмов действующего фактора с ритмами работы функциональных систем здорового организма. Десятилетний опыт высокоэффективного применения данной аппаратуры при лечении и реабилитации больных с различными заболеваниями и патологическими состояниями, в том числе и больных ишемической болезнью сердца, полностью подтвердил правильность теоретических выводов [3–6,7,8,11].

Данные клинических исследований позволяют утверждать, что курсы воздействия с помощью аппарата информационно-волнового воздействия «Азор-ИК» при реабилитации больных ишемической болезнью сердца способствуют: 1) более быстрой ликвидации болевого синдрома; 2) более выраженному положительному влиянию на функции миокарда (автоматизм, проводимость и сократительная способность); 3) существенному уменьшению эпизодов ишемии миокарда за сутки; г) быстрой и стойкой нормализации исходно повышенного артериального давления; 4) улучшению показателей липидного обмена; 5) быстрее и стабильнее нормализовать толерантность органов и систем к физической нагрузке. Анализ динамики клинических показателей при реабилитации больных ишемической болезнью сердца с помощью аппарата «Азор-ИК» свидетельствует о соответствии процесса положением теории синтеза информации в биоструктурах при действии электромагнитного излучения с определенными частотными характеристиками. Однотипное ежедневное воздействие информационно-волновым фактором аппарата «Азор-ИК» (оперативная информация в I контуре обратных связей) после 6–7-й процедуры вызывает структурные изменения тканей и органов (структурная информация во II контуре обратных связей). К окончанию курса воздействия (10 ежедневных процедур) завершается полный синтез информации в биоструктурах миокарда. Это проявляется в улучшении кровоснабжения миокарда, в нормализации частоты сердечных сокращений, в улучшении внутрисердечной проводимости, в усилении систолической функции левого желудочка сердца.

Системное информационно-волновое воздействие выражается в нормализации тонуса периферических артерий и стабильной нормализации АД, липидного обмена, в быстрой и стабильной нормализации толерантности органов и систем к физической нагрузке [5,7,11].

При решении проблемы применения физиотерапевтических методов реабилитации у лиц пожилого и старческого возраста с различной патологией возникают определенные сложности. Старение организма – это процесс биохимический, биофизический, физико-химический. Для старения характерны гетерохронность (различное время наступления старения отдельных клеток, тканей, органов, систем), гетеротопность (неодинаковая выраженность возрастных изменений в различных структурах одного и того же органа), гетерокинетичность (различная скорость развития возрастных изменений в структурах и системах организма) и гетерокатеттенность (разнонаправленность возрастных изменений, связанная с подавлением одних и активацией других процессов жизнедеятельности в стареющем организме). В соответствии с этим общими особенностями применение традиционных методов физиотерапевтического воздействия в гериатрии требует соблюдения следующих правил [6,13,14,16]:

- применение малой выходной мощности действующего на организм внешнего физического фактора, т.е. малой интенсивности воздействия;
- уменьшение времени воздействия лечебного физического фактора;
- применение меньшего количества полей физиотерапевтического воздействия за одну процедуру и меньшее количество процедур на курс лечения.

При информационно-волновом методе физиотерапии с помощью аппаратов «Хроно-ДМВ», «Новь», «Хроно-КВЧ» и «Азор-ИК» доза воздействия за одну процедуру и за весь курс процедур в 1000–10000 раз меньше, чем таковая при помощи традиционной физиотерапевтической аппаратуры. Плотность потока мощности энергии действующего фактора составляет от 7,5 до 13 мкВт/см², что сопоставимо с энергией функционирования биологических структур. Достаточно высокому терапевтическому эффекту при воздействии сверхмалыми дозами соответствующих физических факторов способствует синхро-

низация этого воздействия с ритмами функциональных систем организма, требующих коррекции своей деятельности. Следовательно, данная аппаратура и методология ее применения в полной мере соответствует требованиям гериатрии [4–8,11].

При сочетании физиотерапии с приемом необходимых медикаментозных средств у лиц пожилого и старческого возраста возможны их токсические проявления за счет кумулятивного эффекта – синергизма в действии физиотерапевтического фактора и лекарственного средства [6,9,14].

Обобщенные клинично-экспериментальные данные свидетельствуют, что при одновременном воздействии на организм определенных физических факторов и лекарственных средств возникают следующие эффекты. При гальванизации уменьшается побочное действие таких медикаментов, как антибиотики, иммунодепрессанты, некоторые психотропные средства, анальгетики ненаркотического ряда, а эффект нитратов усиливается. Эффект терапии с помощью аппарата «Электросон» усиливается на фоне приема транквилизаторов, седативных, психотропных средств, и в то же время происходит усиление действия нитратов при проведении терапии электросоном. При транскраниальной электроаналгезии четко прослеживается усиление действия анальгетиков и нитратов, а прием седативных средств и транквилизаторов усиливают эффект этого метода физиотерапии.

При диадинамотерапии и амплипульстерапии зарегистрировано уменьшение побочного действия от приема антибиотиков, иммунодепрессантов, психотропных средств и анальгетиков. Магнитотерапия усиливает действие иммунодепрессантов, анальгетиков и антикоагулянтов, но на ее фоне происходит ослабление действия салицилатов. Особо следует обратить внимание на эффект антагонизма при одновременном применении стероидных гормонов и магнитотерапии. При лазерной терапии зарегистрировано усиление действия антибиотиков, сульфаниламидов и нитратов, повышение токсичности нитрофурановых препаратов. Эффект лазеротерапии может практически сводиться к нулю на фоне приема ваготонических средств. Витамины повышают терапевтический эффект электросонотерапии, индуктотермии, ДМВ-, СВВ- и УЗ-терапии [9,15–17].

В то же время имеются убедительные данные, что методы информационно-волнового воздействия у больных ишемической болезнью сердца позволяют существенно сократить как дозу лекарственного средства, так и количество принимаемых медикаментов, что вносит существенный вклад в устранение полипрагмазии при реабилитации больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста [5,7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Березовский В.А., Колотилов Н.Н. Биофизические характеристики тканей человека: Справочник. Киев: Наукова думка; 1990.
2. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. 3-е изд. М.: Медицина; 1999.
3. Илларионов В.Е. Медицинские информационно-волновые технологии. М.: ВЦМК «Защита»; 1998.
4. Илларионов В.Е. Концептуальные основы физиотерапии в реабилитологии. Новая парадигма физиотерапии. М.: ВЦМК «Защита»; 1998.
5. Илларионов В.Е. Научно-практические основы информационной медицины. М.: Центр; 2004.
6. Илларионов В.Е. Основы физиотерапии: Учебное пособие. М.: РИО ГИУВ МО РФ; 2006.
7. Илларионова Т.В. Информационно-волновые методы воздействия в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2002.
8. Использование аппарата «Азор-ИК» в комплексном лечении больных стабильной стенокардией напряжения: Методические рекомендации / В.Е. Илларионов, В.Б. Симоненко, Я.Б. Гофман, А.В. Магнитский, Т.В. Илларионова. М.: Департамент здравоохранения Москвы; 2003.
9. Лецинский А.Ф., Улащик В.С. Комплексное использование лекарственных средств и физических лечебных факторов при различной патологии. Киев: Здоровья; 1989.
10. Медицинская реабилитация: Руководство. Под ред. В.М. Боголюбова. В 3 томах. Т. 3: 3-92.
11. Проциус Н.А. Комплексное применение информационно-волнового метода физиотерапии на различных этапах лечения и реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007.
12. Разумов А.Н., Князева Т.А., Бадтиева В.А. Перспективы использования низкоинтенсивного лазерного излучения в устранении толерантности к нитратам // Новейшие технологии в физиотерапии - шаг в третье тысячелетие: Тез. докл. V науч.-практ. конф. ФУ инта мед.-биологич. и экстрем. проблем при МЗ РФ. М.; 2001. 22-23.
13. Руководство по геронтологии. Под ред. Д.Ф. Чеботарева, Н.Б. Маньковского, В.В. Фролькиса. М.: Медицина; 1978.
14. Руководство по гериатрии. Под ред. Д.Ф. Чеботарева, Н.Б. Маньковского. М.: Медицина; 1982.
15. Скупченко В.В., Милюдин Е.С. Фазотонный гомеостаз и врачевание. Самара: Самарский гос. мед. ун-т; 1994. 256.
16. Улащик В.С. Очерки общей физиотерапии. Минск: Наука и техника; 1994.
17. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. Минск: Интерпрессервис, Книжный дом; 2003.

Поступила 26.06.2008

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ

О.А. Москвитина

Психологический институт РАО, Москва

Ключевые слова: особенности психологического телефонного консультирования, психологические особенности людей старшего поколения, пожилые абоненты

Keywords: specificity of psychological telephone consultation, psychological features of elderly generation, elderly subscribers

Оказание телефонной психологической помощи — явление для нашей страны относительно новое, но интенсивно развивающееся. Телефонная психологическая помощь является формой социально-терапевтической помощи и психопрофилактической работы в неотложных жизненных ситуациях. Она интегрирует современные знания и подходы прикладной психологии, психиатрии, различные направления психотерапии и социальной работы. Психологическая помощь по телефону — самостоятельное направление работы с населением. Ее характеризуют специфические этические подходы и принципы организации, особый спектр психологических проблем клиентов и методов их консультирования.

Телефонная психологическая помощь пользуется популярностью, чему способствуют условия ее оказания — доступность, бесплатность, взаимная анонимность, конфиденциальность общения. Абонент, обращающийся за помощью, может получить целый спектр услуг — от активного включенного выслушивания и консультирования в рамках, предусмотренных заочной формой работы, до предоставления ему профильной информации, касающейся существующих возможностей дальнейшего обращения в различные службы для разрешения проблемной ситуации.

Главными абонентами телефона неотложной психологической помощи являются люди, которые в силу жизненных обстоятельств не могут самостоятельно справиться с возникающими жизненными невзгодами. Основными переживаниями таких людей, как правило, являются беспомощность, потерянности, одиночество. Люди в таком состоянии, как правило, не видят возможность преодолеть тяготы жизни и нередко вынашивают суицидальные замыслы.

Решаясь позвонить в службу неотложной психологической помощи, потенциальный абонент пытается ответить себе на вопросы, касающиеся возможности доверия сотрудникам службы, их желания проникнуться его ситуацией, возможности понять то, что с ним происходит, реальности найти эмоциональный отклик и сочувствие. Для человека является важным, что может побудить сотрудника разговаривать с ним: добрая воля, или желание причинить ему вред, или формальное выполнение обязанностей. Обращаясь за телефонной помощью, абоненты надеются на то, что их выслушают, воспримут проблемы всерьез и что им будет оказана помощь и участие.

Сущность этики телефонного консультирования в целом состоит в удовлетворении насущной потребности современного человека в поиске контактов и общения. При этом этика консультанта заключается в том, что в процессе работы

он должен четко осознавать границы своих профессиональных возможностей, предлагать абоненту свои знания для помощи, уважая его достоинство, личностную целостность и индивидуальность, а этика абонента, в свою очередь, состоит в том, что он несет позитивную ответственность за свою жизнь и жизнь близких, и только в самых неотложных ситуациях может делегировать ее консультанту.

Основной целью диалога в телефонном консультировании в широком смысле является восстановление утраченной абонентом надежды. Вступление в диалог с консультантом позволяет звонящему уменьшить страдание, которое он испытывает, избежать одиночества в его переживании, нацелиться на настоящее и будущее, избежав ностальгии и регрессии, характерных для людей живущих только прошлым. При успешном ведении диалога человека можно побудить идти своим уникальным путем к жизненной цели, сделав выбор в пользу этой самой жизни [1].

Телефонный диалог условно можно разбить на несколько этапов. На первом этапе введения в диалог консультант должен проявлять понимание, сопереживание, заботливость и открытость по отношению к абоненту для установления контакта. На втором этапе, посвященном исследованию чувств и проблем, консультанту необходимо поощрять абонента, проясняющего свои чувства и проблемы. На этом этапе важно достичь четкого их определения, обсудить и поразмыслить над путями их изменения и коррекции. На третьем этапе происходит исследование решений и альтернатив. Консультант и абонент совместно (методом мозгового штурма) ищут решения и альтернативы выхода из проблемной ситуации. На четвертом, завершающем диалог этапе, необходимо кратко и определенно подвести итог беседы, эмоционально поддержать абонента, закрепить его положительные эмоциональные изменения.

Пожилые люди представляют собой особую специфическую группу абонентов. Чаще они звонят в дневное время. Наибольшее количество звонков приходится от 11 до 19 часов. Средняя продолжительность разговора составляет от 15 до 40 мин, но довольно часты и разговоры, длящиеся не более 5 мин. Периодич-

ность обращения пожилых абонентов может быть охарактеризована следующим образом: в подавляющем большинстве — это первичные обращения. В основном по телефону психологической помощи звонят женщины. Звонки от пожилых мужчин крайне редки. Большинство звонящих — неработающие пенсионеры, причем многие из них являются инвалидами.

Существует разноречивая статистика, касающаяся доли звонков пожилых абонентов по телефону психологической помощи. Например, в средствах массовой информации пишут о том, что пожилые люди являются чуть ли не единственными клиентами служб телефонов доверия. Практика же показывает, что количество звонков от пожилых людей относительно невысоко. Подобному разноречию есть объяснения. С одной стороны, число их колеблется в зависимости от сезона. Так, летом звонков несколько больше. Пожилые люди не имеют возможности выехать за город, а число звонков от представителей других возрастных групп несколько снижается. Среди постоянных абонентов (в том числе и так называемых патологических) есть также достаточное число людей пожилого возраста. С другой стороны, содержание самих запросов пожилых людей включает в себе невозможность их решения в рамках заочного телефонного консультирования. К тому же многие, позвонив один раз, из-за стеснения, боязни быть обузой и недостаточной уверенности в важности разговора для собеседника не решаются звонить вновь, даже если предыдущий разговор объективно мог бы иметь продолжение. Статистика свидетельствует о том, что количество звонков от пожилых людей сравнительно мало по отношению к общему объему звонков, включая и ошибочные звонки. По нашим данным, процент пожилых людей, пользующихся услугами телефонного консультирования, составляет около 10–15 %.

Одними из самых часто обращающихся за помощью пожилых абонентов являются лица, сохранившие ясный ум, но в общении демонстрирующие повышенную раздражительность, склонность к конфликтам, эгоизм, деспотичность. Столь же часто звонят лица конфликтные, сохранившие минимум адаптивных возможностей, и пассивные, страдающие старчес-

ким слабоумием, беспомощные, растерянные, нуждающиеся в опеке. Реже звонят пожилые, страдающие снижением интеллектуальных возможностей, но сохраняющие и поддерживающие гармоничные отношения с окружающими. Довольно редкая группа пожилых людей, обращающихся за телефонными консультациями, не обнаруживают признаки психических отклонений, сохранившая ясный ум и тенденцию к социальной адаптации и дальнейшему развитию.

Основные проблемы, с которыми обращаются за помощью, можно классифицировать следующим образом: во-первых, это семейные отношения. Запросы сводятся к помощи в удовлетворении потребности сохранения контроля над ситуацией, желанием управлять; такие абоненты ждут сочувствия, разделения страхов, подтверждения собственной правоты или конкретных инструкций. Во-вторых, проблемы, связанные с состоянием здоровья. Запросы сводятся к желанию получить поддержку, сопереживание, внимание к недомоганиям и текущему состоянию. В-третьих, кризисные звонки различного генеза. Нередко запрос связан с потребностью пожилого сохранить нить, связывающую его с миром, или получить облегчение в тяжелом душевном страдании. В-четвертых, звонки от патологических абонентов.

Характеризуя правила консультирования пожилых абонентов, необходимо сказать о том, что консультанту необходимо демонстрировать безусловное уважение к пожилым клиентам, акцентировать свой искренний интерес к ним. Важно дать возможность выговориться, но при этом пожилому человеку необходимо помогать сохранять нить разговора, подбадривать и успокаивать его. Следует быть деликатными в отношении чувств пожилых людей, испытывающих проблемы не только эмоционального, но и физического свойства; для понимания возможностей оказания помощи необходимо выяснить актуальную жизненную ситуацию звонящего прояснением того, что побудило его позвонить именно сейчас (находится ли он в безопасности, может ли нормально функционировать, осуществлять полноценную жизнедеятельность и т. п.); для налаживания контакта важно тактично выявить жизненный опыт абонента. В разговоре с пожилым собеседником необходимо при-

держиваться прямой тактики, но не задевать его самолюбие. Важно помнить, что старые люди с трудом переживают вынужденную зависимость, стремясь к ощущению независимости. Новый социальный статус нередко приводит к нарушению самооценки, к появлению ощущения собственной ненужности, что может манифестироваться в переживаниях у консультанта бессознательной эмоциональной реакции (контрпереноса), связанной с чувством тоски, отчаяния, безысходности, ощущениями пустоты, холода, скованности, чувства горечи, тяжести. Эти проявления важно фиксировать и не переносить в процесс консультации. Немаловажно избегать борьбы (как естественного желания в отношении психологической угрозы со стороны абонента в сторону консультанта) с возрастным фактором. Пожилые люди часто являются жертвами насилия, жестокого обращения, среди них высок процент самоубийств. Нередко они находятся в состоянии депрессии, в этом случае консультанту важно занять более активную, директивную позицию. В ситуации кризисных взаимоотношений, напротив, консультант стимулирует абонента к совместному анализу, поиску приемлемого решения [3]. Существуют определенные требования, предъявляемые к консультанту, работающему с пожилыми людьми.

Одним из самых эффективных психологических методов работы телефонного консультанта является активное (или систематическое) слушание. Консультант старается уловить то, что, возможно, чувствует пожилой абонент и, почувствовав, своими словами сообщает об этом клиенту. Клиент либо подтверждает, либо опровергает услышанное. Для успешного использования приема необходимо посмотреть на мир его глазами и быть открытым навстречу переживаниям как чужим, так и своим. Одним из критериев успешности применения активного слушания является развитие теплых и близких взаимоотношений (прилив теплых чувств). И самое важное заключается в том, что клиент начинает самостоятельно думать над решением своих проблем.

Важной особенностью профессиональной позиции консультанта психологической помощи по телефону является его объективность, которая должна сочетать в себе, с одной стороны, при-

нятие клиента, а с другой — умение быть независимым от его проблем. Это необходимо и как профилактика эмоционального выгорания, и как удержание способности не манипулировать ни переживаниями собеседника, ни его поведением.

Пожилые абоненты нуждаются в различных видах психологического консультирования.

Так, возрастно-психологическое консультирование предполагает работу над особенностями прохождения человеком нормативного возрастного кризиса — периода выхода на пенсию.

Ситуации, возникающие в жизни пожилых, формы поведения во многом отражают их реагирование на собственное старение. На это реагирование влияет существующий в общественном сознании стереотип восприятия пожилых людей: недееспособных, угасающих, безрадостно доживающих свой век.

Реагирование на собственное старение отражается на личном выборе стратегии старения человеком.

Пожилые, готовясь заранее к выходу на пенсию и к смене своего статуса, без особых эмоциональных нарушений пересекают этот важный рубеж жизни. Они заранее планируют будущее свободное время, и свобода от социальных ограничений является для них желанной. Такие люди отличаются удовлетворенностью жизнью, что увеличивает ее продолжительность.

Другим, напротив, свойственно пассивное отношение к жизни, отчуждение от окружения, сужение круга интересов, снижение уровня интеллекта. Их переживания отягощены потерей самоуважения и ощущением ненужности и никчемности.

В процессе возрастно-психологического консультирования пожилые люди могут обрести знания о вариантах прохождения этого нормативного возрастного кризиса и оказаться готовыми к изменению образа жизни и внутренней позиции по отношению к жизни.

Внутреннюю позицию по отношению к новой ситуации человек (сознательно или неосознанно) занимает на основе преломления сформировавшихся ранее качеств личности и возникших в процессе жизни потребностей и стремлений через воздействия социальной среды. Эта позиция является своеобразным психологическим образованием, возникающим в результате соче-

тания системы внешних и внутренних факторов, и определяет, как пожилой человек относится к объективному положению, которое он практически занимает или хотел бы занять.

Основная психологическая задача этого периода, в разрешении которой могло бы помочь телефонное консультирование, заключается в осознании необходимости завершения того, что возможно завершить из ранее намеченного (выполнение семейных и социальных функций). Пожилому человеку необходимо принять собственное несовершенство и несовершенство окружающего и ощутить границы возможного. Он должен убедиться, что ограничение внешней активности может быть компенсировано углублением внутреннего мира и возможностей работы над собой.

Таким образом, возрастно-психологическое консультирование призвано решать две основные проблемы: помочь в подготовке к освоению «статуса пенсионера» и к принятию своего жизненного пути и старости как таковой с неизбежными изменениями образа жизни, физической невостребованностью, потерей многих социальных контактов [3].

Заочное семейное консультирование проводится с абонентами как пожилого, так и зрелого возраста, обращающихся с семейными проблемами. Для эффективного процесса консультирования важно установить, в каких условиях проживает пожилой человек, какая роль ему отводится в ее жизнеобеспечении, участвует ли он в воспитании и заботе о подрастающем поколении. Не менее важна информация о психологическом климате в семье, о способах общения между членами семьи, об их взаимоотношении.

Основной задачей является помощь семье в создании оптимальных психологических условий совместного существования.

Необходимо доводить информацию до всех членов семьи об особенностях данного возрастного этапа, о подходах к общению и взаимодействию со старыми людьми. Пожилые люди могут прояснить для себя роль в семейной системе и ту роль, которую они играют в обеспечении ее стабильности.

Индивидуальное психологическое консультирование помогает пожилым людям уяснить процессы, связанные со старением, а также призва-

но оказывать помощь пожилым людям в особых ситуациях.

К особым ситуациям индивидуального консультирования относится помощь в реализации насущной необходимости осмыслить отношение к смерти на фоне привычной невозможности размышления о ней, обсуждения ее с окружающими в силу табуированности данной темы в современном обществе.

У старых людей мысль о смерти является не мыслью «о», а мыслью «для». Наступает время, когда в пространстве индивидуального бытия начинает отчетливо звучать напряженный диалог между жизнью и смертью, осознается трагизм временности. У многих обостряется страх смерти. Это может проявляться в категорическом избегании обсуждения темы смерти или в постоянном обращении к ней в форме «поскорее бы умереть, как надоело жить и т. п.». Пожилой человек ощущает себя включенным в непрерывную цепь смертей: он теряет своих близких, друзей, знакомых, кумиров молодости. И каждый раз, переживая потерю, он становится чуть «менее живым». Когда же человек принимает неизбежность собственной смерти, то и страх смерти отпадает сам собой [3].

Существуют определенные требования, предъявляемые к консультанту, работающему с пожилыми людьми.

Для эффективного телефонного общения с пожилыми людьми необходимо учитывать некоторые особенности их языкового коммуникативного поведения.

Во-первых, пожилые люди склонны уходить от основной темы разговора, перескакивая с одной на другую. Их рассказы изобилуют автобиографическими подробностями, подробными комментариями к волнующим их событиям и ссылками на исторический опыт. Для того чтобы наладить контакт, пожилому человеку необходима продолжительная беседа на отвлеченные темы. В основном пожилые люди говорят медленно и обстоятельно, фиксируются на описании рутинных проблем и конфликтов, связанных с соседями, родственниками, социальными службами и пр. Для пожилого абонента чрезвычайно важно внимание собеседника — оно является определяющим для продолжения беседы. Необходимо учитывать, что пожилой

человек с помощью различных, не имеющих к его проблеме историй, пытается привлечь внимание собеседника.

Речь консультанта не должна быть быстрой, голос не должен быть тихим или же, напротив, чрезмерно громким, напористым, в разговоре должно ощущаться сфокусированное внимание консультанта на разговор.

Для более полного восприятия информации пожилому человеку необходимо осмыслить услышанное. Важно разбивать информацию (например, передаваемую при информационной и профилактической работе) на отдельные смысловые фрагменты, которые не должны быть слишком длинными, в противном случае пожилой человек утратит интерес и начнет переключать свое внимание на нечто другое. Высказывания консультанта должны быть доходчивыми для пожилых людей, а сама процедура разговора не должна превышать 25–35 мин.

Пожилые люди очень чувствительны к тону разговора: резкий тон и директивные ноты в беседе станут непременным барьером для общения.

При ведении беседы с патологическими абонентами необходимо учитывать их наличное состояние и ситуацию, которая заставила их обратиться по телефону психологической помощи.

Так, абоненты, имеющие проблемы в плане психического здоровья в состоянии ремиссии, могут оказаться в кризисной ситуации и обратиться за помощью. Их обращения могут быть связаны также с ухудшением психического здоровья. Как правило они становятся постоянными абонентами и находят поддержку и понимание при обсуждении своих специфических интересов (реформаторства, увлечения зелеными человечками, изобретательства и пр.). Иногда психически нездоровые люди справляются со своими эмоциями, вызванными в прошлом немилостивым отношением к ним в закрытых лечебных заведениях.

Рекомендуются следующие основные стратегии телефонного консультирования патологических абонентов:

Если абонент позвонил, находясь в спутанном сознании, с полным ощущением неконтролируемости и расщепленности внутреннего мира, то лучше всего прибегнуть к активному слушанию, подобному выслушиванию человека,

которому жизненно необходимо выговориться. Консультанту необходимо терпение. Но не следует слишком вникать в суть рассказов, зачастую лишенных логики. При таком подходе нередко возникают «едва заметные изменения», проявляющиеся в незначительном прояснении сознания или большей определенности ситуации. Не следует чрезмерно уповать на устойчивость этих изменений. Они могут внезапно смениться новым приступом душевного расстройства. И консультанту следует вновь терпеливо выслушивать их, стремясь достигать тех, порой незначительных, улучшений в состоянии собеседника, которых можно достичь.

Абонент может обратиться и по обычным житейским проблемам. В этом случае следует не акцентировать внимание на психическом заболевании. Его стоит перевести на периферию внимания и разговаривать с абонентом как с обычным человеком в кризисной ситуации. И в этом случае человеку помогают не чувствовать себя брошенным эмпатическое сочувствие и активное слушание.

Очень важно поощрять любые позитивные намерения патологических абонентов, высказанных в разговоре и предупреждение поступков, которые могут иметь для них неблагоприятные последствия [1].

Таким абонентам можно рекомендовать обратиться к лечащему врачу, поощрять продолжение терапии или попросить посетить учреждения, где им может быть оказана необходимая помощь.

В качестве профилактической работы с разными категориями пожилых людей важно убеждать их вырабатывать умения, способ-

ствующие эффективной адаптации и оптимизирующие жизнедеятельность на новом возрастном этапе.

К таким умениям относятся: умение ладить с людьми разного социального происхождения, образования, культурного уровня, профессии, возраста и т. д., поддерживать старые связи и завязывать новые, оказывать помощь разным людям, а не только родственникам, надлежащим образом использовать помощь со стороны людей в различных жизненных ситуациях, самокритично подходить к тому, что делаешь, контролировать себя и всегда считаться с мнением других.

Телефонный диалог призван помочь пожилым и старым людям повысить их устойчивость к стрессам и психическую защищенность. Умелая профессиональная беседа, консультация мотивирует пожилого абонента к активности, поддерживает его жизненный тонус, способствует укреплению психического здоровья.

В целом важность телефонного консультирования пожилых людей заключается в том, что им оказывается помощь достойно справляться с вызовами жизни и возраста.

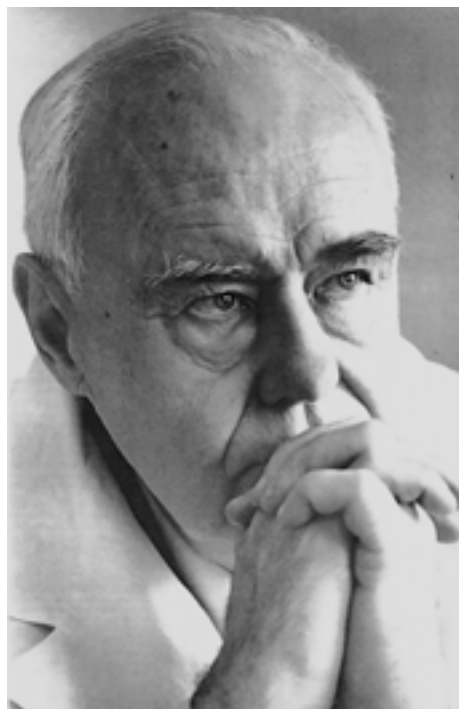
ЛИТЕРАТУРА

1. Моховиков А.Н. Практика телефонного консультирования: хрестоматия [Текст]. Ред.-сост. А.Н. Моховиков - 2-е изд., доп. М.: Смысл; 2005. 463.
2. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование [Текст]. М.: Смысл; 2001. 494.
3. Психология старости и старения: Хрестоматия [Текст]. Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия»; 2003. 416.

Поступила 10.11.2008

ПОЗДРАВЛЕНИЯ. ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

**К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
АКАДЕМИКА Д.Ф. ЧЕБОТАРЕВА
(17.09.1908—11.07.2005)**



Дмитрий Федорович Чеботарев всемирно известный ученый-геронтолог, директор Института геронтологии АМН СССР в 1961–1987 г., чл.-корр. АМН СССР (1961–1966), академик АМН СССР (1966–1991), академик Российской АМН (1991–2005), академик Национальной АН Украины (1992–2005), академик АМН Украины (1993–2005), лауреат Государственной премии УССР (1984), заслуженный деятель науки (1964), лауреат премий им. С.П. Боткина Российской АМН (1994) и им. Н.Д. Стражеско НАН Украины (1995).

Родился 17 сентября 1908 г. в г. Киеве. Интерес к научным исследованиям появился в годы учебы в Киевском медицинском институте, который Дмитрий Федорович окончил в 1933 г.

Школу клинициста и исследователя Д.Ф. Чеботарев прошел под руководством двух выдаю-

щихся представителей отечественной медицины — академиков В.Н. Иванова и Н.Д. Стражеско.

В 1938 г. защитил кандидатскую диссертацию «Дивертикулы пищеварительного тракта», выполненную на кафедре В.Н. Иванова.

В послевоенные годы Д.Ф. Чеботарев работал докторантом, а затем старшим научным сотрудником Института клинической физиологии АН УССР, куда был приглашен академиком А.А. Богомольцем, в отделе, которым руководил академик Н.Д. Стражеско. В 1953 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Гипертензивный синдром беременных».

В 1954 г. утвержден в звании профессора. С 1954 по 1961 г. руководил кафедрой терапии в Киевском институте усовершенствования врачей, одновременно являясь главным терапевтом

(1955–1961) и председателем ученого медицинского совета МЗ Украины (1957–1964 г.).

Диапазон интересов и научных поисков Д.Ф. Чеботарева весьма широк. Посвятив первые годы своей научной деятельности вопросам гастроэнтерологии, он в послевоенный период глубоко и интенсивно разрабатывал вопросы внутренней патологии при беременности, изучал изменения различных видов обмена и функций сердечно-сосудистой системы и почек при беременности с физиологическим и патологическим течением. В эти годы им опубликованы две очень важные для практических врачей монографии – «Гипертензивный синдром беременных» (1956) и «Внутренняя патология в клинике акушерства и гинекологии» (1960).

Более сорока лет жизненного и творческого пути ученого неразрывно связаны с деятельностью Института геронтологии АМН СССР (с 1992 г. – Института геронтологии АМН Украины). В 1958 г. он избран на должность заведующего клинического отделения Института, в течение 26 лет (с 1961 г. по 1987 г.) был его директором, с 1987 по 1999 г. – научным консультантом. Идеи и научные традиции школ Н.Д. Стражеско и А.А. Богомольца определили тенденции развития Института геронтологии в те годы – было сохранено и упрочено ведущее значение биологии старения, привлечено внимание к клинико-физиологическому направлению геронтологических исследований, постоянно поддерживалось стремление к комплексности изучения экспериментальных, клинических, гигиенических и социальных аспектов проблемы.

С именем академика Д.Ф. Чеботарева связано становление геронтологических исследований в СССР и Украине, создание гериатрии как нового раздела медицинской науки и новой медицинской специальности. Его труды, как и в целом работы руководимого им коллектива, разрабатывающего проблемы клинической физиологии и патологии внутренних органов в пожилом и старческом возрасте, различные аспекты гериатрической кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии и фармакологии, заложили прочный фундамент изучения старения человека.

В работах Дмитрия Федоровича и его учеников представлена характеристика показателей сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем по возрастным десятилетиям, что имеет важное значение для разграничения

возрастных и патологических изменений. Установлено, что с возрастом закономерно снижается сократительная способность миокарда, нарушаются механизмы регуляции сердечной деятельности, снижаются адаптационные возможности различных функциональных систем. В ряде исследований показано, что старение сопровождается ухудшением снабжения тканей кислородом, развитием гипоксии, которой принадлежит существенная роль в развитии патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, ускоренного старения. Показано, что в старости понижается устойчивость к различным видам стрессовых воздействий, в связи с этим предложены медикаментозные и немедикаментозные подходы к повышению устойчивости пожилых людей к стрессу.

Важное место в исследованиях академика Д.Ф. Чеботарева занимали вопросы разработки проблемы ускоренного старения человека. Изучены факторы риска, показано влияние внесредовых и эндогенных факторов на развитие ускоренного старения и возрастзависимой патологии, установлена роль средовых и генетических факторов в формировании феномена долгожительства. Проведены клинические исследования эффективности геропротекторных средств – новокаина, декамевида, квадевида, ундевида, взвеси плаценты, спленина, тималина, эпиталамина и др., предложены схемы их дифференцированного использования при различных вариантах ускоренного старения и в качестве базисной терапии больных пожилого возраста. Получило подтверждение предположение о том, что оптимальная двигательная активность является эффективным средством профилактики ускоренного старения.

Большое внимание ученых уделял вопросам возрастных особенностей патогенеза, клиники, диагностики и лечения атеросклероза, хронической ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сердечной недостаточности, хронических неспецифических заболеваний легких, патологии пищеварительной системы, нарушений водно-электролитного обмена.

Несомненной заслугой Д.Ф. Чеботарева является организация в нашей стране медико-социальной помощи пожилым и старикам, обучение медицинских работников основам геронтологии и гериатрии. Для совершенствования социально-медицинской помощи пожилым людям и ге-

риатрический службы под его руководством готовились материалы для приказов и постановлений директивных органов, разрабатывались рекомендации и положения о работе медицинских учреждений по оказанию помощи лицам старших возрастов, разрабатывались программы по геронтологии и гериатрии для обучения медицинских и парамедицинских кадров.

Большое значение для развития отечественной геронтологии в СССР имела редакторская деятельность Дмитрия Федоровича. С 1962 г. под его руководством Институт геронтологии издает сборники трудов, в 1969 г. начинает выходить ежегодник «Геронтология и гериатрия» и сборник «Вопросы геронтологии». В конце 60-х и в 70-х годах появились первые руководства, справочники и пособия по геронтологии и гериатрии, в том числе совместное с немецкими геронтологами 3-томное руководство по геронтологии и гериатрии, изданное в 1978–1979 гг. Дмитрий Федорович – автор 14 пособий и 8 монографий, последняя из которых – «Гериатрия в терапевтической практике» – отмечена премией им. С.П. Боткина Российской АМН (1994) и премией им. Н.Д. Стражеско НАН Украины (1995). Всего же им опубликовано более 400 научных трудов.

Много сил было отдано воспитанию научной смены, педагогических и врачебных кадров. Под его руководством подготовлено и защищено 16 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

В 1970 г. Д.Ф. Чеботарев организовал и в течение нескольких лет руководил первой в стране кафедрой геронтологии и гериатрии в Киевском институте усовершенствования врачей, где за годы ее существования подготовлено около нескольких тысяч специалистов по геронтологии и гериатрии.

Плодотворную научную и педагогическую деятельность Д.Ф. Чеботарев сочетал с интенсивной научно-общественной работой. При его активном участии в 1962 году на базе Института была создана Всесоюзная проблемная комиссия, а затем Научный Совет АМН СССР по геронтологии и гериатрии, который вместе с секцией «Биологические и социальные основы старения» объединенного Научного совета АН и АМН СССР по физиологии человека координировал исследовательскую работу во всех республиках. Проблемная комиссия, организованная и руководимая Д.Ф. Чеботаревым, а затем Научный

совет координировали в различные годы исследования в 80–100 и более учреждениях системы АМН СССР, Минздрава СССР и союзных республик, АН СССР и ряда отраслевых академий. В эти годы Институт геронтологии вырос в мощный центр, возросло его влияние как головного в стране по проблеме геронтологии и гериатрии.

В течение многих лет (с 1963 г. до 1988 г.) Д.Ф. Чеботарев возглавлял организованное им Всесоюзное научно-медицинское общество геронтологов и гериатров, был членом правления всесоюзных и украинских обществ терапевтов и кардиологов. Он входил в исполком Международной ассоциации геронтологов (МАГ), был советником ВОЗ и центра социального развития и гуманитарных вопросов ООН.

Заслуги Д. Ф. Чеботарева получили признание в мире. В 1972 г. он был избран президентом IX Международного конгресса геронтологов, который проходил по решению МАГ в Киеве, а в 1972–1975 гг. — президентом Международной ассоциации геронтологов. Многочисленные международные семинары и симпозиумы, проведенные у нас ВОЗ и ООН, визиты зарубежных коллег, высоких гостей, руководителей ВОЗ, ООН, министров здравоохранения различных стран — это тоже отражение интереса к нашим исследованиям в различных областях геронтологии, свидетельство высокого авторитета Института.

Д.Ф. Чеботарев был членом Немецкой академии естествознания «Леопольдина», почетным членом национальных обществ геронтологов Болгарии, Германии, Венгрии, Польши, Италии, Бразилии, Чехословакии и других стран. Д.Ф. Чеботарев награжден медалью ВОЗ, Международной медалью им. Ф. Верцара, орденом Октябрьской революции, тремя орденами Трудового Красного Знамени, Почетной грамотой Верховного Совета Украины, орденом Дружбы Российской Федерации.

Жизненный путь Дмитрия Федоровича, щедро одаренного редкой добротой и гуманностью, светлым талантом и мудростью, является примером самоотверженного служения науке. С его именем геронтологическая общественность связывает формирование гериатрии как нового раздела медицины в нашей стране. Исследования академика Д.Ф. Чеботарева и воспитанных им учеников имеют важное значение для развития медицинской науки и практики здравоохранения, организации медико-социальной помощи пожилым людям.

УДК

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

М.Н. Пономарева*

Тюменская государственная медицинская академия

Ключевые слова: сосудистая патология зрительного нерва, геронтологический возраст

Key words: vascular pathology of optic nerve, gerontal age

Проведено изучение степени выраженности цереброваскулярной патологии – дисциркуляторной энцефалопатии у больных при сосудистой патологии зрительного нерва в геронтологическом возрасте. По материалам исследования при биологическом старении в 100% случаев отмечается хроническая форма сосудистой мозговой недостаточности. Преобладает II стадия дисциркуляторной энцефалопатии как в группе с сосудистой патологией зрительного нерва, так и в группе без данной патологии. В состоянии хронической ишемии головного мозга при биологическом старении возможны острые и хронические нарушения кровообращения сосудов зрительного нерва.

Наиболее распространенной в современном мире является цереброваскулярная патология. На долю кардиогенной патологии приходится 15–20% случаев, атеросклеротическое поражение сосудов мозга в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) встречается в 47–55% случаев [6]. Возросла частота сосудистой патологии зрительного нерва до 15–20% [3,4].

Термином «дисциркуляторная энцефалопатия» обозначается цереброваскулярная патология, развивающаяся при множественных очаговых или диффузных поражениях мозга [1,2].

Атеросклеротическая энцефалопатия возникает вследствие ишемической гипоксии, развивающейся при недостаточности кровоснабжения мозга из-за нарушения проходимости артерий [5].

Цель данной работы – изучение степени выраженности хронической церебральной недостаточности при сосудистой патологии зрительного нерва в геронтологическом возрасте.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1998 по 2007 г. нами обследовано 208 больных. Исследование проводилось в государственном учреждении Курганском областном госпитале для ветеранов войн у лиц геронтологического возраста. Больных с сосудистой патологией зрительного нерва – 110 человек (61 мужчина 49 женщин). Данная патология характеризуется острым и хроническим нарушением кровообращения в сосудах, питающих зрительный нерв. Острая сосудистая патология зрительного нерва характеризуется внезапным снижением остроты зрения либо появлением дефектов в поле зрения, которая возникает после физического или эмоционального напряже-

* Мария Николаевна Пономарева, канд. мед. наук, E-mail: mariyuponomareva@yandex.ru

ния. Хроническая сосудистая патология зрительного нерва характеризуется медленным постепенным снижением остроты зрения, а также изменениями полей зрения, как правило, в виде концентрического сужения поля зрения. Сосудистая патология зрительного нерва с флеботромбозами характеризуется тем, что дополнительно к одной из перечисленных сосудистых патологий зрительного нерва (острой или хронической) присоединяется тромбообразование в сосудах сетчатки. В группе больных с сосудистой патологией зрительного нерва выявлено: хроническая сосудистая патология зрительного нерва – у 75, острая сосудистая патология зрительного нерва – у 19, сосудистая патология зрительного нерва с флеботромбозами – у 16 больных. Средний возраст больных с сосудистой патологией зрительного нерва составил $68,6 \pm 5,6$ лет. Без сосудистой патологии зрительного нерва обследовано 98 человек (69 мужчин, 29 женщин). Средний возраст больных без сосудистой патологии зрительного нерва составил $69,4 \pm 5,2$ лет. В нашей работе была использована классификация дисциркуляторной энцефалопатии 1976 г. Е.В. Шмидта, Д.К. Лунова, Н.В. Верещагина. По данной классификации в течении дисциркуляторной энцефалопатии выделяют три стадии: первая стадия – умеренно выраженная, вторая стадия – выраженная, третья стадия – резко выраженная энцефалопатия.

В группе больных без сосудистой патологии зрительного нерва была диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия I степени в 3 случаях (3%), средний возраст больных составил 66,5 лет, из них 2 мужчин, 1 женщина. Дисциркуляторная энцефалопатия II степени – в 84 случаях (85%), средний возраст больных составил 66,3 года, из них 51 мужчина, 33 женщины. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени – в 11 случаях (12%), средний возраст больных составил 72,1 года, 8 мужчин, 3 женщины (рис. 1).

В группе больных с сосудистой патологией зрительного нерва дисциркуляторная энцефалопатия I степени была диагностирована у 2 мужчин (2%), средний возраст которых составил 65,8 лет, II степени – в 90 случаях (82%), средний возраст больных составил 68,3 года, из них 48 мужчин, 42 женщины. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени зафиксирована в 18 случаях (16%), средний возраст больных составил 66,1 года, из них 11 мужчин, 7 женщин (рис. 2).

На диаграммах наглядно видно, что в геронтологическом возрасте преобладает II стадия дисциркуляторной энцефалопатии как в группе с сосудистой патологией зрительного нерва, так и в группе

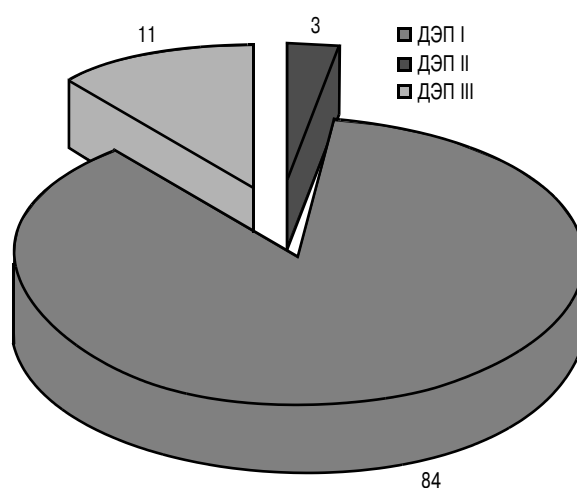


Рис. 1. Распределение дисциркуляторной энцефалопатии по стадиям в группе без сосудистой патологии зрительного нерва.

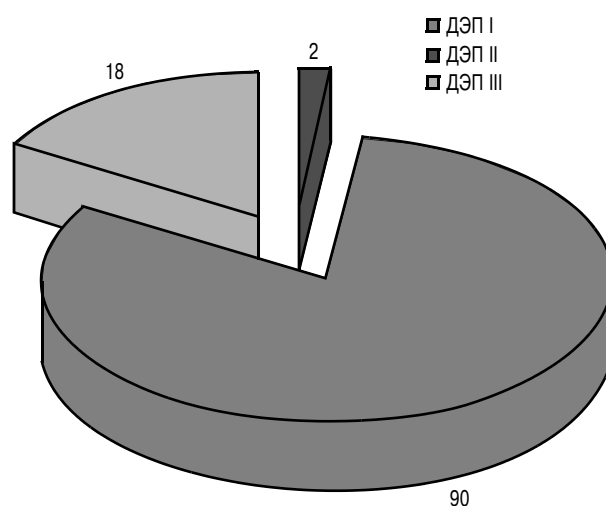


Рис. 2. Распределение дисциркуляторной энцефалопатии по стадиям в группе с сосудистой патологией зрительного нерва.

без нее. В доступной нам литературе данных распределения дисциркуляторной энцефалопатии по стадиям болезни не найдено.

Распределение стадий дисциркуляторной энцефалопатии в нашей группе наблюдений с сосудистой патологией зрительного нерва по нозологиям представлено в таблице.

Как вытекает из представленной таблицы, острая сосудистая патология зрительного нерва и сосудистая патология зрительного нерва с флеботромбозами возникают преимущественно во II и III стадиях дисциркуляторной энцефалопатии, при I стадии данных нозологий не отмечено. Тяжесть хронической церебральной недостаточности влияет на появление более грозных в функциональном плане осложнений сосудистых поражений глаз (острая со-

**Стадии дисциркуляторной энцефалопатии
в группе с сосудистой патологией зрительного
нерва по нозологиям, n (%)**

Нозология	ДЭП I ст., n = 2	ДЭП II ст., n = 90	ДЭП III ст., n = 18
ХСПЗН, n = 75	2 (2,5%)	71 (95%)	2 (2,5%)
ОСПЗН, n = 19	–	10 (53%)	9 (47%)
СПЗН с ФТ, n = 16	–	9 (56%)	7 (44%)

судистая патология зрительного нерва и сосудистая патология зрительного нерва с флеботромбозами). Возникновение более благоприятной нозологии в функциональном плане хронической сосудистой патологии зрительного нерва отмечено в основном при II стадии дисциркуляторной энцефалопатии.

ВЫВОДЫ

По материалам нашего исследования, при биологическом старении в 100% случаев отмечается хроническая форма сосудистой мозговой недостаточности, или дисциркуляторной энцефалопатии.

В наших исследованиях преобладает II стадия дисциркуляторной энцефалопатии как в группе с сосудистой патологией зрительного нерва, так и в группе без данной патологии.

В состоянии хронической ишемии головного мозга при биологическом старении возможны острые и хронические нарушения кровообращения сосудов зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурцев Е.М. Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова 1998;1: 45-48.
2. Волошин П.В., Міщенко Т.С. Укр. вісник психоневрол. 2002; 10, вип. 2 (31): 12-17.
3. Гавриленко А.В., Киселева Т.Н., Куклин А.В., Фомичева И.И. Анналы хирургии 2007; 1: 9-11.
4. Полушин Г.С. и др. Рефракционная хирургия и офтальмология 2007; 4: 36-39.
5. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Бибииков Л.Г. Клиническая геронтология. 1995. 1. 32-35.
6. Davis P.H., Hachinski V. Neuroepidemiology: A Tribute to Bruce Schoenberg. - CRC Press. Inc., 1991. 258-316.

Поступила 24.10.2008

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

**XIII МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ, РОССИИ И СТРАН СНГ
(пленарный доклад)
Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев 3

ЭКОНОМИКА СПРАВЕДЛИВОСТИ О ПРОГРАММЕ
ДОСТУПНОСТИ МЕДПОМОЩИ
П.А. Воробьев 7

АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ПРОБЛЕМА ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА. КЛЕТОЧНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА
(пленарный доклад)
З.А. Габбасов, С.Г. Козлов 11

НОВЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМОСТИ
И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА (пленарный доклад)
М.Г. Глезер 13

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ XIII МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» 17

ИЗБРАННЫЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ДОКЛАДОВ 21

ТЕЗИСЫ XIII МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛОЙ
БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» (Окончание) 40

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОГО
ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
У ПОЖИЛЫХ
В.В. Савилова, В.Т. Долгих, А.И. Кондратьев,
А.В. Торопов 45

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Т.В. Илларионова 49

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН
СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ
О.А. Москвитина 52

ПОЗДРАВЛЕНИЯ. ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА
Д.Ф. ЧЕБОТАРЕВА (17.09.1908–11.07.2005) 58

СРОЧНО В НОМЕР

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ
ПАТОЛОГИИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ
ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
М.Н. Пономарева 61

**XIII ANNUAL INTERNATIONAL
CONFERENCE REPORT.
«OLD PATIENTS. THE QUALITY OF LIFE»**

DEMOGRAPHIC ASPECTS OF AGING IN MOSCOW,
RUSSIAN FEDERATION AND CIS COUNTRIES
(plenary report)
L.B. Lazebnik, Y.V. Konev 3

ECONOMY OF EQUITY. ABOUT PROGRAM OF
ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE (plenary report)
P.A. Vorobiev 7

ATHEROSCLEROSIS AS THE PROBLEM OF OLD
AGE. CELLULAR ASPECTS OF PATHOGENESIS
(plenary report)
Z.A. Gabbasov, S.G. Kozlov 11

NEW EVIDENCE OF THE NECESSITY
AND SAFETY OF ARTERIAL HYPERTENSION
TREATMENT IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS
(plenary report)
M.G. Glezer 13

REPORT ON THE XIII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
«ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE» 17

SELECTED PRESENTATIONS OF REPORTS 21

ABSTRACTS OF THE XIII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
«ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE» (end) 40

ORIGINAL ARTICLE

RISK FACTORS AND CAUSES OF DEATH
IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION
V.V. Savilova, V.T. Dolgih, A.I. Kondratiev,
A.V. Toropov 45

PRACTITIONERS ASSISTANCE

PHYSIOTHERAPY IN REHABILITATION
OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS
WITH ISCHEMIC HEART DISEASE
T.V. Illarionova 49

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL
TELEPHONE CALLS OF SENIOR
CITIZENS
O.A. Mosevitina 52

ANNIVERSARIES. JUBILEE DATES

THE 100th ANNIVERSARY OF ACADEMICIAN
D.F. CHEBOTAREV 58

URGENT ISSUE

DEGREE OF CEREBROVASCULAR DISEASE
IN VASCULAR PATHOLOGY
AT THE OPTIC NERVE
M.N. Ponomareva 61