

*Медико-технологическое
предприятие
НБЮДИАМЕД*

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
Импакт-фактор РИНЦ на 2011 г. 0,210

Издательство НБЮДИАМЕД

Директор издательства:
Буланова В.А.

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 НБЮДИАМЕД*

Зав. редакцией: Буланова В.А.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О. В.

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

Том 20

1-2-2014

(Январь-Февраль)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© *Издательство НБЮДИАМЕД*

При оформлении обложки

использована работа А. Дюрера

Формат 60x90/8

Печ. листов 8. Заказ № КГ01-0214

Отпечатано в ООО «Авансед солнцез»

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,

З.А. Габбасов,

И.Н. Денисов,

А.А. Зайцев,

Ю.В. Конев,

Л.С. Краснова,

Л.Б. Лазебник,

А.И. Мартынов,

Е.Л. Насонов,

Н.И. Некрасова,

В.Е. Ноников,

В.А. Парфенов,

Т.А. Федорова,

В.В. Цурко,

Н.П. Чернущь

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан),

Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),

А.И. Воробьев (Москва),

Л.М. Белозерова (Пермь),

В.С. Гасилин (Москва),

В.Г. Герасимов (Ярославль),

Ф.И. Комаров (Москва),

Г.П. Котельников (Самара),

Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),

В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),

А.Л. Хохлов (Ярославль),

В.В. Чельцов (Москва),

А.И. Яковлев (Москва),

О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство НБЮДИАМЕД, Москва, 2014

ДОГОВОР

1. Автор ... направляет для публикации в журнале «Клиническая геронтология» статью, освещающую 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.
2. Статья построена по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание оригинальных исследований структурировано по разделам: материал и методы, результаты, обсуждение, выводы.
3. Статья представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Переноса слов нет.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не превышает 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В статье на русском и английском языке указаны следующие данные:
 - фамилия, имя, отчество авторов (полностью),
 - место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание,
 - контактная информация для публикации (почтовый адрес, телефон, e-mail).
 - название статьи,
 - аннотация,
 - ключевые слова.
7. Автор указывает на наличие (отсутствие) конфликта интересов (наличие или отсутствие личных интересов, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов в кратком виде публикуется после статьи.
8. Автор предоставляет информацию об источниках финансирования работ, описанных в статье.
9. Материал статьи тщательно выверен автором, редакция корректуру не высылает.
10. Статистическая обработка проведена со ссылкой на рассчитываемые параметры.
11. Математические и химические формулы написаны с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
12. Рисунки представлены в электронном виде в графическом редакторе и в распечатанном виде, доступны для редактирования. К статье приложено минимальное количество рисунков. В связи с тем, что журнал публикуется в черно-белом варианте, диаграммы и графики оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов. Рисунки не содержат текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте есть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть хорошего качества.
13. К статье приложен (не приложен) список цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте даны в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы выполнен согласно требованиям ГОСТа Р 7.0.5 – 2008. Например: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии [Электронный ресурс] // Клиническая геронтология. 1995. № 6. С. 56–59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИАМЕД, 2007. С. 241–246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи – основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях [Электронный ресурс] // Пробл. стандарта в здравоохранении. 2006. № 6. С. 3–18. URL.: <http://www.zdrav.net/publisher/magazine/prinzdrav/archive/2006/12/>.
14. Направленная в редакцию работа не послана в другие редакции и не напечатана.
15. Все статьи редакцией направляются на рецензию. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются автору. Исправленная рукопись пересылается в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендованных исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента.
16. Редакция журнала вносит стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращает статьи, а также осуществляет литературное редактирование текста.
17. Публикация статей в журнале бесплатная.
18. Высылая в адрес редакции журнала статью, автор подтверждает свое согласие с настоящими правилами, тем, что статья будет опубликована в журнале «Клиническая геронтология» и ее полнотекстовый вариант будет размещен в сети Интернет.
19. Статьи следует направлять по адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2, МТП Ньюдиамед, редакция журн. «Клиническая геронтология». E-mail: mtpdnm@dol.ru



УДК 614.253

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ГЕРИАТРИИ (К 50-ЛЕТИЮ ХЕЛЬСИНКСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ)

Л.Б. Лазебник¹

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Этика и деонтология в медицине, и в частности в гериатрии, представлены в историческом аспекте и в опыте и изложении таких личностей, для которых служение профессии, людям было делом их жизни.

Ключевые слова: этика, деонтология, гериатрия
Key words: ethics, deontology, geriatrics

Во все времена считалось, что «...Деонтологию следует рассматривать как основу формирования и воспитания медицинского работника».

Медицинские трактаты — вавилонские, египетские, индийские, китайские, русские и другие содержат высказывания врачей древности, каким должен быть истинный врачеватель, лекарь. Впервые морально-этические и нравствен-

ные нормы профессии врача были четко сформулированы мыслителем и врачом Гиппократом (460–377 гг. до н.э.) в его знаменитой «Клятве»: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного... Мне нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох многократно трансформировали «Клятву».

¹ Лазебник Леонид Борисович, д-р мед наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и профилактики МГМСУ. Тел.: 8-495-609-67-00. E-mail: msmsu@msmsu.ru.

Но и сегодня она читается как вполне современный, полный нравственной силы документ. Участники I Международного конгресса по медицинской этике и деонтологии (Париж, 1966) сочли возможным дополнить ее только одной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь».

Предпринимались попытки политизировать профессию врача, которая привела в нашей стране к тому, что в 1971 г. Верховным советом СССР была принята присяга врача Советского Союза, но она не продержалась и 20 лет.

Клятва Гиппократа была нарушена фашистскими врачами, которые проводили зверские эксперименты на военнопленных. 20 нацистов, докторов медицины были приговорены к смертной казни на Нюрнбергском процессе за эти эксперименты на людях. Как протест против экспериментов фашистских врачей в 1948 г. Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации была принята «Женевская декларация», которая гласит: «являясь представителем медицинской профессии, я торжественно обещаю посвятить свою жизнь служению человечеству... Я буду заниматься своим делом совестливо и с достоинством. Моей основной заботой будет здоровье пациентов... Я даю это обещание торжественно, от души, с чистой совестью».

Прогресс медицины невозможен без научно-исследовательской работы, составной частью которой является эксперимент, в том числе и на людях. Невозможно введение в медицинскую практику новых методов диагностики и лечения без апробации их на людях. Невозможно полное запрещение экспериментов на человеке, так как это остановило бы прогресс медицины. Но по закону экспериментирование на человеке разрешается только в интересах больного, с целью его лечения.

В 2014 г. исполняется 50 лет с момента принятия в 1964 г. Хельсинкской декларации — международного кодекса медицинской этики при проведении научно-исследовательских работ.

В декларации записано: «Миссия врача — охранять здоровье людей. Знания врача и его совесть служат выполнению этой миссии... Целью медико-биологического исследования, включающего опыты на людях, должно быть совершенствование диагностических, терапевтических и профилактических процедур и углубление знаний об этиологии и патогенезе заболеваний... Медицинский прогресс базируется на исследовательской деятельности, составной частью кото-

рой обязательно являются опыты на людях...». Далее указывается, что Всемирная медицинская ассоциация подготовила рекомендации в качестве руководящих положений для всех врачей, проводящих медико-биологические исследования, включая опыты на людях.

В декларации указано, что «медико-биологические исследования, включающие опыты на людях, должны проводиться только высококвалифицированными специалистами под наблюдением компетентного врача-клинициста... При этом должно иметь место разумное равновесие между важностью поставленных задач и возможным риском для испытуемых... Врачи обязаны прекратить эксперимент, если окажется, что связанные с ним опасности перевешивают потенциальные выгоды... Отчеты об экспериментах, выполненных в обход принципов настоящей Декларации, не должны приниматься для опубликования... Испытуемый должен быть уведомлен о том, что он свободен в любое время взять назад согласие на эксперимент, врач должен получить такое согласие — свободное и осознанное — от каждого испытуемого...»

Принципиальные выгоды и риск медицинского новшества и связанный с этим дискомфорт должны быть оценены сравнительно с выгодами лучших диагностических и терапевтических методов, применяемых в настоящее время.

В ходе любого медицинского исследования каждый пациент и каждый член контрольной группы, если таковая имеется, должны рассчитывать на применение к нему лучших из испытанных средств диагностики и терапии...

Врач может сочетать профессиональное обслуживание больных с медицинским исследованием с целью получения новых медицинских знаний только в той мере, в какой это оправдано потенциальной диагностической или терапевтической пользой для больных... Исследователь должен прервать эксперимент, если, по его мнению, продолжение эксперимента чревато опасностью для испытуемого... Интересы науки или общества не должны преобладать над соображениями о благополучии испытуемых».

В дальнейшем неоднократно принимались дополнения к «Женевской декларации» и к «Хельсинкской декларации», тем не менее основополагающими современными документами медицинской этики являются эти два документа, одному из которых исполнилось 65 лет в 2013 г., а другому — 50 лет в 2014 г.

Кроме того, в 2014 г. исполняется 30 лет со дня принятия еще одного международного документа. Учитывая, что «прогресс биологических знаний и разработка более совершенных средств защиты здоровья и благополучия человека требуют проведения экспериментов на неповрежденных живых животных...», в июне 1984 г. Советом международных организаций медицинских наук были приняты «Международные руководящие принципы проведения биомедицинских исследований с участием животных...», в которых указано, что животные, отобранные для эксперимента, должны использоваться в минимальном количестве, необходимом для получения научно обоснованных результатов и что надо помнить всегда о том, что животные способны ощущать и необходимо проявлять надлежащую заботу о них и избегать или минимизировать для них неудобства, страдания и боль. Процедуры, которые могут вызвать у животных более чем мгновенную или минимальную боль или страдание, должны сопровождаться необходимыми седативными, анальгетическими или анестезическими мерами в соответствии с принятой ветеринарной практикой.

Отечественная медицина всегда большое внимание уделяла вопросам медицинской деонтологии.

В книге «Деонтология в медицине» (1988) академик Борис Васильевич Петровский пишет: «Деонтология должна рассматриваться как наука о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями общества, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей» (с. 21).

Российские врачи всегда понимали деонтологию как учение о долге врача не только перед больным, но и перед всем народом.

В ноябре 1994 г. на IV Конференции Ассоциации врачей России был принят Этический кодекс российского врача, в котором отмечено, что «главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания ургентной, плановой и превентивной медицинской помощи». В кодексе сформулированы правила поведения врача в духе врачебной этики и деонтологии.

Ю.П. Лисицын пишет в своей книге «Общественное здоровье и здравоохранение», вышедшей в 2007 г.: «Все авторы, кто ярко, образно, искренне, сильно призывают врача быть благородным, умелым, решительным, спокойным и сострадательным, подобным отцу медицины Гиппократу (М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский, Н.И. Пирогов, М.Я. Мухин и др.), подчеркивали одно основополагающее качество в отношении врача и больного – гуманизм в наиболее полном его выражении. Гуманизм, по словам известного французского хирурга Л. Лериша, берет своим объектом всего человека «в творчестве его ума, в движении его интеллекта, его сердца, его беспокойства, в его надеждах, в его отчаянии. Это течение мысли должно пронизать всю медицину. Это тот гуманизм, который врач должен пробуждать у себя, когда он соприкасается с человеческим горем».

Вопросы медицинской деонтологии и врачебной этики всегда находились под пристальным вниманием передовых отечественных клиницистов С.Г. Зыбелина, М.Я. Мудрова, Д.С. Самойловича, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина и др. Российская медицина всегда отличалась высокой гражданской нравственностью. Наш знаменитый отечественный физиолог И.П. Павлов писал: «Что ни делаю, постоянно думаю, что служу этим насколько мне позволяют мои силы, прежде всего моему отечеству».

Основоположник отечественной внутренней медицины М.Я. Мудров, говоря об облике врача, прежде всего подчеркивал необходимость гуманного отношения к больному, таких черт у врача, как бескорыстие, правдивость, ученость, скромность, трудолюбие, культурность, коллегиальность, участие в общественной жизни, постоянное совершенствование своих знаний и любовь к Родине.

Он писал: «врач должен быть скромным, честным, непорочным, благоразумным, не жестоким, не гордым, сдержанным и умеренным в образе жизни... у постели больного врач должен делать все без торопливости, употреблять все рачения, отвечать благоразумно на противоречия, не терять себя при замешательстве домашних, быть строго в обличении беспорядка, готову к услужливости... честно поступает тот врач, который, видя опасность болезни и чувствуя неудовлетворительность своего рассуждения и опытности, советует звать других врачей, дабы общим советом вникнуть в причины болезни и вместе подумать о способах облегчения...».

Академик Б.В. Петровский указывал, что врач должен быть авторитетом прежде всего в глазах больного. Он должен быть образцом самообладания, обязан относиться к больному заботливо и уважительно.

Борис Васильевич, придававший большое значение воспитанию молодых врачей, в своей монографии «Героизм, драматизм и оптимизм медицины» подчеркивал: «Высокие требования к тому, кто собирается стать врачом, характерны для отечественных медиков: врачом может быть не каждый — нужно призвание... Правильное поведение врача у постели больного, правильные взаимоотношения врача не только с больным, но и с его родственниками очень важны, особенно ввиду существования такой сложной проблемы, как ятрогенные заболевания, возникающие вследствие неправильного поведения врача, — пишет он, — например при осмотре и опросе больного, особенно у мнительных субъектов, в результате медицинской дезинформации населения, чтения специальной медицинской литературы и т. д.».

Отечественные медики всегда указывали на важность и внешнего вида врача: отработанные дикция и голос, чистота рук, обработка ногтей, стрижка волос, опрятная скромная одежда, отсутствие броского макияжа — все это должен учитывать врач.

В XIX—XX вв. отечественные молодые врачи после окончания института давали факультетское обещание русских врачей: «Принимая с глубокою признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не омрачить чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать по лучшему моему разумению прибегающим к моему пособию страждущим; свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому совету все, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрятия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам

буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям».

Российские, а впоследствии и советские медики всегда подчеркивали необходимость индивидуализации при лечении, необходимость лечить больного, учитывая не только состояние больного органа, но и целостного организма.

Наш великий клиницист М.Я. Мудров писал: «...врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин. Я скажу Вам кратко и ясно. Врачевание состоит в лечении самого больного. Вот Вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть! Вот плод двадцатипятилетних трудов моих при постелях больных».

Великий российский терапевт XIX в. А.А. Остроумов указывал: «Любое лечебное мероприятие надо назначать, учитывая состояние всего организма... Вы нередко услышите, что больные, подвергнувшись лечению у специалиста, не получили никакого облегчения. Это и понятно. Специалист лечит только орган своей специальности, но толку нет, да и быть не может, ибо зло лежит глубже, во всем организме».

С.П. Боткин, подчеркивая необходимость индивидуализации лечения больного, говорил, что учитывать при лечении душевный мир больного не менее важно, чем знать анатомию и физиологию при данной патологии. Поэтому следует, по его мнению, терпеливо, участливо и по-дружески вести с больным сердечную беседу. При этом, считал Боткин, физиологические недуги выявляются как следствие эмоций и волнений.

Академик И.В. Давыдовский подчеркивал, что врач должен лечить больного человека, учитывая его индивидуальность и разнообразие болезни.

Большое значение имеет также деонтология научной деятельности. В XX в. произошли изменения в характере научного творчества, если в XIX в. наука двигалась вперед в основном отдельными личностями, то в XX в. научные открытия делаются в основном научными коллективами. Коллективизм творчества стал одним из важнейших условий научной деятельности. В настоящее время практически почти любая научная проблема требует комплексного подхода, участия различных специалистов. Искомая тайна может быть на стыке различных наук. Поэтому необходимо создание междисциплинарных научных коллективов, объединяющих специалистов различного профиля.

Академик Н.Д. Зелинский писал, что залог успеха в науке — коллективное творчество. В книге

«Деонтология в медицине» Е.А. Вагнер, автор главы «Деонтология в медицинской науке» пишет: «Коллективная деятельность в науке — необходимость. Коллективная деятельность в науке основана на том, что разные члены коллектива имеют разное «тело знания», особый талант. Каждый дает что-то в соответствии со своими силами, и этого не может дать другой».

Возникает проблема общего и индивидуального в творчестве коллектива. Конкуренция в науке всегда существовала, существует и будет существовать.

Важны в деонтологии также взаимоотношения учеников с учителем. «Очевидно, проблема существует издавна, — пишет Б.В. Петровский, — и потому нашла отражение в Клятве Гиппократова, в которой есть пункт, что ученик должен уважать учителя». «Если вдуматься в понятие «учитель—ученик», — пишет далее академик Петровский, — то ведь это связь времен, сохранение, упрочение и приумножение традиций в науке и жизни, сохранение основных моральных принципов...».

Что касается честолюбивого стремления ученого добиться признания коллег, превзойти своих учителей, то, как указывал академик Петровский, «оно закономерно и полезно, если честно и откровенно».

В I главе той же книги академик Б.В. Петровский пишет: «Моральный фактор стал одним из ведущих в решении проблемы эффективности научного труда, ускорения научного прогресса...» и далее, — «...вступать в науку рано зовет сама наука, ведь ее темпы развития год от года убыстряются. Чтобы не отстать, молодому ученому надо как можно раньше доказать право на самостоятельность — собственную лабораторию, коллектив, ассигнования, командировки, аппаратуру».

В главе IV книги «Деонтология в медицине», касающейся деонтологии в медицинской науке, Е.А. Вагнер указывает, что яркие, неортодоксальные идеи в науке создают в основном молодые люди. И он приводит материал К. Адамса, который на данных о 4000 ученых изучил возраст, в котором ученые сделали свою лучшую работу. По его данным 9% ученых были моложе 30 лет, 50% ученых — 40 лет и старше.

Подобное исследование провел Г. Леман, по его данным, пик научной активности приходится на период 30—40 лет.

И Е.А. Вагнер заключает: «В целом «постарение» коллектива сопровождается понижением эффективности творческой деятельности. Такой

коллектив хуже воспринимает новые идеи, с трудом переключается на новые методы работы, преобладание в коллективе сотрудников среднего и старшего возраста снижает уровень увлеченности молодых сотрудников. Все это следует учитывать ученому — руководителю научного коллектива. Точно также не надо ориентироваться исключительно на выдвижение молодежи. В научном коллективе должен поддерживаться плодотворный баланс молодых и старых сил».

В науке очень важна доказательность, наука может основываться только на доказательствах, на проверке фактов и их анализе. Ученый-медик должен быть прежде всего требователен к себе и самокритичен, никогда не торопиться с публикацией научных трудов. По этому поводу Л. Пастер указывал: «Быть уверенным, что открыл важный научный факт, гореть лихорадочным желанием оповестить о том весь свет и сдерживать себя днями, неделями, порой годами, вступать в борьбу с самим собой, напрягать все силы, чтобы самому не разрушить плоды своих трудов и не провозглашать полученного результата, пока не испробовал всех ему противоречивых гипотез — да, это тяжелый подвиг» (цит. по Е.А. Вагнеру «Деонтология в медицине». М. 1988. Под ред. Б.В. Петровского. Гл. IV. С. 171).

Ученый всегда с уважением должен относиться к своим оппонентам. Если мнение оппонента доказательно, ученый должен прислушаться к нему, а если точка зрения оппонента ошибочна, то эту ошибочность надо доказать.

История знает примеры, когда великие ученые ошибались. Так, один из учеников И.П. Павлова предложил неожиданный и смелый вариант эксперимента. Павлов не был согласен с учеником, но разрешил ему идти своим путем. Через несколько лет выяснилось, что ученик был прав и великий физиолог признал это и дал высокую оценку исследованиям, проведенным его сотрудником.

Кроме того, для ученого-медика исключительно большое значение имеет изучение истории медицины. Академик Б.В. Петровский требовал от своих учеников, чтобы, начиная новую работу, они прежде всего выяснили, кто этим уже занимался в мире, в стране, в институте. Он всегда подчеркивал, что «новое — это порой давно забытое старое... развиваясь по пути углубления, уяснения всевозможных факторов, познание обязательно включает давно забытые идеи, теории...».

Еще очень важный аспект научной деятельности. Еще в конце XVIII в. выдающийся отечес-

твенный ученый-медик Д.С. Самойлович писал в своей речи к учащимся госпитальных школ, что выполняемые диссертационные работы должны, прежде всего, быть актуальными и давать пользу стране. «Можно утверждать, — писал он, — не боясь быть опровергнутым, что на тысячу диссертаций едва пятьдесят или сто, самое большое заслуживают некоторого внимания... И если случится, что кто-нибудь напишет ее очень бесполезной для страны, то Медицинская Коллегия может обязать ее переделать или написать другую; она даже может дать ему для разработки тему, какую она считает своевременной и полезной для народа. Таково мое мнение, и такими должны быть настоящие патриоты, чтобы двигать прогресс этой высокой науки».

Иван Петрович Павлов в своем письме к молодежи (1935 г.) писал, что прежде всего он желает молодым ученым последовательности. «Изучите азы науки прежде, чем пытаться взойти на ее вершины...», — писал он и далее, — «Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке... Факты — это воздух ученого... Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие...».

«Второе, — указывал великий ученый, — это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете... Не давайте гордыни овладеть вами, из-за нее вы утратите меру объективности...»

Третье — это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. Будьте страстны в вашей работе и в ваших исканиях».

В 2005 г. Джон Р. Уильямс, возглавляющий во Всемирной Медицинской Ассоциации отдел медицинской этики и деонтологии, издал руководство по медицинской этике, русское издание которого под редакцией Ю.М. Лопухина, Б.Т. Юдина и Л.А. Михайлова вышло в свет в 2006 г.

В книге обсуждается само понятие медицинской этики, обсуждаются все основные положения медицинской этики с приведением многочисленных примеров.

Профессор А.П. Громов, возглавлявший кафедру судебной медицины I ММИ, отмечал, что «большинство дел по привлечению медицинских работников к уголовной ответственности связано не с недостаточной квалификацией, а с низкими моральными качествами врачей и среднего медицинского персонала».

Академик АМН СССР А.И. Нестеров писал: «Долг врача всегда и везде сложный и многоли-

кий, это долг его перед больным, перед его родными, перед обществом и государством и перед самим собою. В медицинском долге должны гармонически объединяться долг моральный и долг профессиональный».

Уже первые русские клиницисты (С.Г. Зыбелин, Д.С. Самойлович, М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский и др.) писали о проблемах врачебного долга. В пропаганде идей медицинской деонтологии велики заслуги Н.И. Пирогова, В.А. Манасеева, И.П. Павлова, С.П. Боткина, А.А. Остроумова и многих других клиницистов и ученых прошлого.

Отечественные врачи деонтологию всегда понимали расширенно, она всегда связывалась ими с самой сутью медицинской деятельности, со смыслом работы врача. Для отечественных медиков давняя традиция идти на наиболее ответственные и опасные участки работы — например, в борьбе с эпидемиями (М.Я. Мудров, А.Ф. Шафонский и др.), на фронт (С.П. Боткин, Н.Н. Бурденко и др.), многочисленные опыты врачей на себе (С.С. Андреевский, Д.С. Самойлович, И.И. Мечников, Д.К. Заболотный, А.А. Богданов, Берлин и др.).

А.Ф. Билибин писал, что «деонтология — душа медицины и мудрость врачевания, деонтология содержит все лучшее, что составляет гуманизм... Стержень деонтологии: чуткость и такт. Да и сам врач — это уже лекарство».

Отечественные медики всегда считали, что медицина — это призвание.

В.М. Яковлев в своей книге «Врачебная этика и деонтология в клинике внутренних болезней» пишет: «Медицинская этика и деонтология всегда были под пристальным вниманием общества, а лучшие умы медицинской профессии, сознавая огромную значимость этики и деонтологии для успешной деятельности врача, пылливо искали и стремились достичь нравственных идеалов в своей деятельности».

Большое значение придавалось чертам характера врача, его поведению, его внешности. Главной чертой врача всегда считалась гуманность, необходимость относится к больному как к самому близкому тебе человеку. Гиппократ в разделе своего труда «О врачах» подчеркивал, что врач должен быть человеком прекрасным, справедливым и добрым.

Широко известно изречение Авиценны: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

Выдающийся отечественный врач и эпидемиолог Д.С. Самойлович высшим назначением врача считал служение народу, труд для блага и процветания Родины и писал: «Врач должен быть воплощением порядочного человека... Чтобы стать врачом, надо быть безукоризненным человеком».

Самойлович указывал, что чертами врача должны быть милосердие, сочувствие, любовь к своему пациенту, вежливость, бескорыстность.

Основоположник отечественной терапии М.Я. Мудров основными чертами врача считал гуманизм, человечность, бескорыстие, услужливость, готовность прийти на помощь в любое время дня и ночи.

Понятие врачебного долга он распространял не только на отношение врача к больному, но и к здоровым, коими он считал врачу необходимо заниматься, чтобы предохранить их от болезней. Он же говорил: «Долгом почитаю заметить, что есть душевные лекарства, которые врачуют тело». Среди них наиболее простое и доступное — теплое отношение к больному. «Вы вошли в палату, и нам уже стало легче», — говорят больные. Вот так и должно быть. Одним своим присутствием, своим видом врач должен уже благотворно действовать на больных.

По мнению И.И. Косарева и Ю.П. Лисицына, врач должен обладать прежде всего человеколюбием и порядочностью. Академик А.Ф. Билибин указывал: «Учиться быть врачом — это значит учиться быть человеком. Медицина для истинного врача больше чем профессия: она — образ жизни».

Профессор Л.Б. Лазебник пишет: «Правильное понимание врачом затронутых вопросов необходимо не только для того, чтобы найти причину заболевания и назначить соответствующее лечение, но и для оказания психологической помощи, ...вселить спокойствие и оптимизм, ...медицинская деонтология практически неотделима от вопросов психотерапии... Особое внимание следует уделять первому контакту с больным, который, как говорит наш опыт, почти всегда оказывается решающим для установления лидерства в сложной системе врач — больной... Интеллигентность врача, способность к сопереживанию, его общая эрудиция, знание вопросов литературы, изобразительного искусства и истории, уважение к жизненному пути больного являются немаловажным фактором для установления доброжелательных и доверительных отношений».

И.А. Кассирский в своей монографии «О врачевании» пишет: «Размышления о профессии вра-

ча привели меня к глубокому убеждению: врач должен обладать особыми личными данными, чтобы быть готовым к выполнению своей гуманной миссии, он должен пройти и специальную школу воспитания в медицинском институте (его должны там морально готовить все 6 лет на каждой лекции, на каждом обходе)... Всякий абитуриент, прежде чем идти в медицинский институт, должен серьезно подумать, может ли он по свойствам своего характера, по своим душевным качествам быть готовым к сложной врачебной профессии. Каждому избравшему профессию врача необходимо помнить то, что еще древние говорили о враче: «Поклянись, вступая».

Академик АМН СССР В.В. Кованов в книге «Призвание» пишет: «Ошибка в выборе любой профессии всегда опасна. Но она трагична, когда молодой человек решил без призвания и способностей к тому стать врачом. Ведь именно от него зависит судьба сотен тысяч больных, которые надеются на врача и ждут от него помощи. Я всегда вспоминаю слова своего учителя, замечательного педагога и терапевта М.П. Кончаловского, который говорил: «Можно быть плохим писателем, слабым художником, бездарным актером, но преступно быть плохим врачом. Он может невольно стать убийцей».

По поводу плохого врача основоположник отечественной внутренней медицины М.Я. Мудров писал: «Врач посредственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные натуре, выздоравливают, а пользовавшиеся этими врачами помрут».

Известны слова А.П. Чехова: «Профессия врача — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и величия помыслов. Не всякий способен на это».

Особенностью работы врача является то, что иногда, оказывая помощь, врач вынужден выслушивать необоснованные претензии, обидные слова, брань и даже угрозы со стороны пациентов или их родственников. В любой другой профессии возможна немедленная реакция на обиду: можно отказать обидчику в его просьбе, прикрикнуть на него. Врач не может позволить себе этого, не вправе дать выход своим чувствам. Он обязан быть образцом самообладания и профессионального долга, должен заботливо относиться к пациенту.

В работе «Формирование врача» авторы указывают, что они провели в Московском медицинском стоматологическом институте социологи-

ческое исследование с целью определить мотивацию поступления молодежи в медицинский институт. Анкетным методом авторы опросили 400 студентов II–IV курсов лечебного и стоматологического факультетов. Большинство опрошенных (80%) указали, что для них мотивом поступления в медвуз было желание служить людям, однако у 20–25% студентов мотивация поступления в медвуз носила стихийный характер, зачастую просто получить любое высшее образование, не связанное с техническими специальностями, отсутствие среди вступительных экзаменов математики. Ю.П. Лисицын в своей книге, опубликованной в 2007 г., указывает на снижение уровня этических и деонтологических требований в настоящее время. Он приводит следующие данные: лишь 30% студентов IV курса вечернего отделения РГМУ ответили, что они имеют четкое представление о медицинской этике и деонтологии, 35% имеют неопределенное представление, а 15% не смогли вообще ответить на вопрос, что это такое.

По данным Р.В. Коротких, 61% врачей нарушают нравственные нормы взаимоотношений с больными и коллегами, 37% опрошенных больных жаловались на невнимательность врачей, 6% — на грубость. Всего, по ее данным, 60% населения не удовлетворены взаимоотношениями с врачами и другим медицинским персоналом.

Общепризнанно, что врач должен обладать человеколюбием и порядочностью.

Н.А. Семашко подчеркивал ответственность медицинского работника перед народом. Он указывал, что врачебная профессия — это специфическая профессия; основа медицинской профессии — доверие больного к врачу, писал: «Если кто-либо из вас, особенно недавно поступивших в институт, думает, что он не сможет быть добросовестным по отношению к больным, то прямо говорю: уходите из медицинского вуза, будь ты на I–3-м и даже 4-м курсе. Ибо если нет чувства любви к больному, из вас будет плохой врач. Врач должен оправдать доверие больного».

Отечественный хирург, профессор Э.Г. Салищев, обращаясь к первокурсникам медицинского института, говорил: «Мне кажется, что любого человека, не очень глупого, не явного олигофрена можно обучить врачеванию и выдать ему диплом врача. Но чтобы стать настоящим врачом, требуется призвание. Именно призвание может преодолеть все невзгоды в труде. Именно призвание заглушит неприятные запахи от язв и смрад

от трупа, который надо изучить. Но если вы не почувствуете призвания, если вас устроит предстоящий труд в этой постоянной сфере страданий, мой совет вам, коллеги, уходите. Уходите, пока не поздно — иначе вы принесете не пользу, а вред. И не малый. И постоянно будет висеть над вами проклятие тех, кого вы будете пользоваться... Есть занятия и ремесла более легкие, чем медицина, более выгодные и, может быть, даже более эффективные и интересные. А медику — и особенно в нашей стране — предстоит тягчайший труд».

В.В. Вересаев писал: «Врач может обладать громадными распознавательными талантами; уметь улавливать детали своих назначений, и все это остается бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного».

И.И. Косарев и Ю.П. Лисицын отмечают, что «если бы наряду с проходным баллом в равной степени учитывался результат научно обоснованного собеседования с абитуриентами, это в значительной мере позволило бы избежать приема в медицинские вузы случайных людей».

Выпускница I ММИ им. И.М. Сеченова профессор В.А. Гудкович пишет, что встречала многих бывших десятиклассниц, не попавших в медвуз, и было очень обидно, когда из-за одного недостающего балла эти девочки не попали в медвуз и продолжали потом упорно поступать 3–4 раза, не изменяя своей мечте, а кто-то, в том числе и совершенно случайный человек, которому не нужны ни больные, ни вообще медицина, получив этот «злосчастный» балл, поступил вместо них. И она подчеркивает: «Вот почему... при приеме в вуз надо большой акцент делать на личность абитуриента, его эрудицию, стремления (не престижные, конечно), на его работу на поприще медицины, не только на число проходных баллов».

Студент-медик прежде всего должен обладать чисто человеческими качествами.

А.Ф. Билибин подчеркивает, что врач даже небольшого дарования, если он любит свое дело, может работать творчески и делать для больного все, что ему нужно. «Для врача мастерство — это вопрос этики... Врачу-клиницисту нельзя не заниматься вопросами этики. Всякое нарушение этических норм и дисциплины мешает творческому процессу... Врачу нужно тренировать в себе способность к профессиональному напряжению, умению слышать душу больного, слышать Время, в которое он живет, чтобы достойная этого времени идея всегда была главнокомандующей. А идея эта — гуманизм».

Вопрос о необходимости специального тестирования абитуриентов поднимали многие отечественные клиницисты и ученые — медики (А.Ф. Билибин, А.И. Нестеров, В.В. Кованов, Н.Н. Петров, Ю.П. Лисицын, А.П. Громов и др.). Человеколюбие, любовь к больному, желание и умение понять душу больного человека необходимы для врача прежде всего, без этого не может быть успешного лечения.

А.П. Громов [6] пишет, что студента следует отчислять из медицинского института не только за неуспеваемость, но и за отсутствие в его характере качеств, необходимых будущему врачу. Ведь больные нуждаются не только в лекарствах, но и во внимательном подходе врача, обнадеживающем слове, ободряющей улыбке, успокаивающем жесте. Важно также знать обстановку в семье у больного, иногда успокаивающий разговор, сочувствие оказывают большее влияние, чем прием различных успокаивающих средств. Важно все, что читает больной, какие он смотрит передачи, какую слушает музыку. Как он проводит свой отдых. Ведь дело в том, что нельзя лечить больного только лекарствами. Хорошо известно лечебное действие музыки, художественного слова, живописи. Поэтому, давая больному рекомендации, как следует себя вести, надо ему не только лекарства расписать, какие, когда и как принимать, но и посоветовать, исходя из его интересов, как ему лучше отдыхать, какие фильмы смотреть. Последнее особенно важно, учитывая программы нашего современного телевидения, когда с экрана телевизора идет почти постоянная негативная информация — выстрелы, взрывы, убийства. Все это необходимо учитывать врачу. Очень хорошо сказал А.Ф. Билибин: «Врач должен не просто много знать, но главное — мыслить. На пути становления врача необходимо два света: свет знания, разума и свет души».

Очень важно ободряющее слово врача, не всегда и не всем больным можно говорить правду о его тяжелом состоянии. Врач должен хорошо знать и понимать своего больного. Если у него неизлечимое заболевание, которое неизбежно ведет к концу земного существования, как быть в этом случае. Надо уметь понять своего больного. Есть сильные личности, которым об этом надо говорить прямо, ничего не скрывая от них, они сами должны распорядиться оставшимся у них временем. Однако, наверное, большинству этого говорить нельзя. Хочется привести в качестве примера письмо больной к своему доктору, опубли-

кованное в Медицинской газете: «Мой дорогой и добрый доктор! Вы, оказывается, искусный лжец. Четыре года вы меня обманывали. Вы уверяли, что у меня банальный зуб и что слабость и нарастающая худоба — результат перестройки желез внутренней секреции, а рентгенотерапия после операции необходима для рассасывания инфильтрата. Я верила вам больше, чем себе и своим болезненным ощущениям, потому что видела, как вы живете моими страданиями и муками. Моральным своим обликом, душевной чистотой, необычайной чуткостью к моей беде вы воодушевили меня, подняли волю к жизни.

Разве могу сердиться на вас, человека, который все сделал, чтобы я все эти годы могла любоваться солнцем, небом, родным городом, радоваться жизни и возможности творить для народа. И если в это время я была в состоянии создать нечто весомое в архитектурном ансамбле Московского района, то это только ваша заслуга. За все это вам большое сердечное спасибо! Вспоминаю, как в день выписки из больницы вы разговаривали с моими друзьями, а когда я вошла, чтобы попрощаться, вы умолкли. Я уловила лишь одну фразу: «Доброжелательный обман длит огонь жизни».

Значимость этих слов я только сейчас поняла. Когда в злощастной онкологической ВТЭК узнала всю горькую правду о своей болезни, чем была окончательно выбита из колеи, я по-настоящему оценила ваш такт. Милый доктор, почему не все, кому надлежит, располагают вашими качествами? Почему эта ВТЭК со зловецей приставкой «онкологическая» разрушает всякие надежды на выздоровление, пусть пока иллюзорные, и отвергает еще живых людей в омут невероятных страданий?».

Известный польский врач и ученый Владислав Безански говорил: «Хорошим врачом может быть только хороший человек». Другой — профессор Т. Келановский указывал: «Сочувствие больному должно быть основным движением ума и сердца врача».

Конечно, безусловно, большое значение имеет процесс воспитания в институте, личный пример педагогов вуза. Замечательный педагог К.Д. Ушинский утверждал: «Личный пример воспитателя — это луч солнца для молодой души, которого ничем заменить невозможно».

Однако все-таки для студента-медика прежде всего необходима любовь к своей профессии, профессия врача не может быть случайным выбором.

И.А. Кассирский писал: «Да, врачом человек становится по зову сердца, по призванию».

Признавая необходимость призвания к учебной деятельности, Кассирский при этом пишет: это не значит, что не каждый может быть медиком, что к отбору врачей надо относиться по принципу характерологии, что все необходимые врачу качества можно и должно воспитывать в нем на протяжении всего периода обучения в медицинском институте (на лекциях, в отделениях при работе у постели больных). В институте необходимо воспитание на деле, на примерах учителей и старших товарищей, на традициях отечественной медицины.

Конечно, воспитание в институте очень важно. Очень важен пример педагогов, профессоров, врачей из истории медицины. Большое значение в процессе воспитания будущих врачей в духе гуманизма, человеколюбия, высокой нравственности, милосердия, любви к ближнему имеет знакомство с жизнедеятельностью наших медиков-предков: М.Я. Мудрова, Д.С. Самойловича, Н.И. Пирогова, И.П. Павлова и многих других. Педагог должен быть примером, достойным подражания.

Однако все же такие черты, как гуманизм, человеколюбие можно в институте развить, если есть их зачатки, но если их вообще у человека нет, то воспитать их в уже сложившемся человеке вряд ли возможно. Поэтому специальное тестирование для абитуриентов медицинских вузов крайне необходимо.

И.И. Косарев и Ю.П. Лисицын пишут: «Если бы наряду с проходным баллом в равной степени учитывался результат научно обоснованного собеседования с абитуриентами, то это в значительной мере позволило бы избежать приема в медицинские вузы случайных людей».

Введение ЕГЭ еще больше обезличило прием в медицинские вузы, полностью лишив возможности оценки профессиональной пригодности абитуриента.

По мнению ряда педагогов-медиков, студента следует отчислять из медицинского института за отсутствие в его характере качеств, необходимых будущему врачу, и прежде всего за равнодушие к людям и их страданиям. Нравственное воспитание и самовоспитание — это упорная, систематическая работа по развитию нравственного сознания, усвоению норм морали и выработке соответствующего поведения. Каково же содержание этой работы?

В.М. Яковлев пишет: «Чрезвычайно полезной для студента-медика является добровольная стажировка в период каникул в качестве санитаря, а затем и среднего медработника. Почувствовать свою нужность больному, услышать его «спасибо» — это крайне важно для начинающего».

Профессор С.А. Мельников считает, что путь в медицину должен начинаться с непосредственного ознакомления с будущей профессией и что было бы целесообразно практиковать работу будущих абитуриентов в медицинских учреждениях в качестве младшего персонала с последующей рекомендацией к поступлению в медицинский вуз. А.В. Сапегина указывает: «Значение врачебной этики и медицинской деонтологии особенно усиливается в настоящее время, когда под воздействием научно-технической революции с ее процессами дифференциации и интеграции развития знаний происходит бурное насыщение медицины современными средствами, методами науки и техники, неизбежно осуществляется процесс дальнейшей специализации, возрастает роль «посредника» между врачом и больным — различные новейшие приемы инструментального, лабораторного обследования и лечения. В этих условиях врачебная этика и медицинская деонтология становится одним из средств преодоления «пошлин» научно-технической революции в медицине, приближения врача к больному, более того, становится атрибутом профилактической деятельности, так как с позиций этики и деонтологии врача недостаточно проявлять лишь чуткое, внимательное отношение к больному — необходимо активно бороться за охрану и улучшение здоровья населения, для врача обязательно выполнение профилактических, социальных функций. Кроме того, для успешной деятельности каждого врача большое значение имеет и его профессиональное умение в подходе к больному. В данном случае велика роль медицинской психологии, которую, как и учение о положении врача в обществе, учение о болезни, можно считать одной из теоретических основ врачебной этики и медицинской деонтологии. Средства и приемы медицинской психологии помогают осуществить индивидуальный подход к больному, добиваться большей эффективности профилактики и лечения, избегать непродуманных, травмирующих психику больного поступков, укреплять веру больного в скорейшее выздоровление, поднимать его настроение, создавать жизнеутверждающий тонус, т. е. создавать оптимальные

условия реализации требований врачебной этики и медицинской деонтологии».

«К сожалению, — пишут И.И. Косарев и А.П. Лисицын, — на сегодняшний день (2007 г.) нет четко разработанных критериев, по которым можно было бы определить пригодность абитуриентов к занятиям медициной». Сейчас положение стало намного сложнее, поскольку на платное обучение принимаются абитуриенты практически без экзаменов. Подготовка врача — очень важный вопрос. И если мы хотим решить вопрос сохранения здоровья нашего населения, повышения продолжительности жизни, снижения смертности, мы, прежде всего, должны решить вопрос подготовки хороших врачебных кадров (и в равной степени кадров среднего и младшего медицинского персонала).

В 1966 г. в заключительном слове на Международном конгрессе по врачебной этике один из крупнейших писателей XX в. Андре Моруа сказал: «Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всевозрастающую ответственность. Медицинская наука станет еще точнее, ее оснащение еще приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страдальцев и ободрять павших духом. Появятся новые чудеса. И появится новая ответственность. Медики всех стран будут, как и сегодня, связаны единой врачебной моралью. Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной».

К сожалению, медицинская деонтология пока еще не стала органической составляющей в процессе обучения и воспитания, ориентации при выборе жизненного пути. Несовершенство существующих методов ориентации приводит к тому, что даже среди тех, кто выдержал конкурс в медицинский институт (а что уж говорить о зачислении по результатам ЕГЭ), имеются недостаточно уверенные в правильности сделанного выбора молодые, да и просто случайные люди. Не в этом ли одна из причин того, что мы имеем все

больше посредственных врачей, основной задачей которых заработать «приличные деньги».

Хотелось бы надеяться, что наступит время и принимать в медицинский институт будут с учетом психологических особенностей поступающих, с выявлением не только их общеобразовательных знаний, но и истинного призвания.

Думается, что при поступлении в медицинские институты для абитуриентов должно быть введено собеседование до начала вступительных экзаменов; силами специальной комиссии, состоящей из преподавателей-клиницистов. При этом оценке этого собеседования должно придаваться значение большее, чем оценке экзаменов, так как можно сдать все экзамены на 5, иметь отличные данные ЕГЭ, но быть абсолютно не готовым служить людям (отсутствие милосердия, человечности и т. д.).

Назрел вопрос о необходимости проверять абитуриентов медицинских институтов и студентов первых двух курсов на их способность работать с больным человеком, наличие призвания у них к медицине крайне важно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлев В.М. Врачебная этика и деонтология в клинике внутренних болезней. Омск, 1983.
2. Косарев И.И., Лисицын Ю.П. Формирование врача. М., 1975.
3. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М., 1985.
4. Деонтология в медицине. Под ред. акад. Б.В. Петровского. М., 1988.
5. Проблемы медицинской деонтологии. Лекции под общей редакцией акад. А.Ф. Билибина. М., 1976.
6. Громов А.П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М.: Медицина, 1969.
7. Кассирский И.А. О врачевании. М., 1970.
8. Кованов В.В. Призвание. М., 1973.
9. Воробьев П.А. Кого, как, чем и зачем мы лечим. Клинический геронтолог. 2005. № 1.
10. Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М.: Гэотар-Медиа, 2007.
11. Лазебник Л.Б. Деонтология в гериатрии // Медицинский вестник. 2004. № 1 (272). С. 8-9.
12. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
13. Петровский Б.В. Человек, медицина, жизнь. М., 1995.
14. Петровский Б.В. Врачебная этика в прошлом, настоящем и будущем // Анналы РНЦХ РАМН. 1998. Вып. 7. С. 32-42.
15. Сапегина В. Вопросы этики и деонтологии в работе организаторов здравоохранения. А.В. М., 1981.
16. Джон Р. Уильямс. Руководство по медицинской этике. Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова. М.: Гэотар-Медиа, 2006.

Поступила 09.10.2013

УДК [615.244:616.36-031.3-07-08]:612.67

ЧАСТОТА ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ МЕЖЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

К.С. Данилина¹, О.В. Головина², Д.А. Сычев³

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова,
ГБОУ ДПО РМАПО,
Центр клинической фармакологии, НИ ЭСМП Минздрава*

За 4 месяца были проанализированы 150 историй болезни пациентов старше 65 лет (47 мужчин и 103 женщины в возрасте $79 \pm 15,5$ лет). В среднем пациентам назначали $6,4 \pm 4,0$ лекарственных средств одновременно. Было выявлено 55 потенциально высокозначимых взаимодействий (Major) у 47 пациентов (31,3%). Потенциально высоко значимые межлекарственные взаимодействия, в основе которых лежит изменение активности изоферментов цитохрома P450, отмечались в 7 (12,7%) из 55 случаев. В остальных 48 (87,3%) случаях наблюдались фармакодинамические взаимодействия. Полученные данные свидетельствуют о частом назначении потенциально опасных комбинаций, в результате применения которых возможно развитие неблагоприятных реакций.

Ключевые слова: полипрагмазия, межлекарственные взаимодействия, пожилые, фармакотерапия, неблагоприятные лекарственные реакции
Key words: polypharmacy, drug-drug interactions, the elderly, drug therapy, adverse drug reactions

Полипрагмазия (полифармация) – одновременное и необоснованное назначение большого количества лекарственных средств – до сих пор

¹ Данилина Кристина Сергеевна, клинический ординатор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Тел.: 8 (905) 575-42-95. E-mail: kristina90.90@bk.ru.

² Головина Ольга Владимировна, к. м. н., доцент кафедры клинической фармакологии и терапии ГБОУ ДПО РМАПО. Тел.: 8 (495) 491-79-68. E-mail: olenka_golovina@list.ru.

³ Сычев Дмитрий Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии ГБОУ ДПО РМАПО. Тел.: 8 (495) 491-79-68. E-mail: dmitry.alex.sychev@gmail.ru.

остается малоизученной проблемой, несмотря на ее крайне широкое распространение. Чаще всего от нее страдают пожилые люди, так как они нуждаются в назначении лекарственной терапии по поводу сопутствующих хронических заболеваний, в связи с чем во много раз возрастает риск развития неблагоприятных лекарственных реакций (НЛР). В условиях стационара НЛР встречаются у 10–15% пациентов, что приводит к увеличению сроков госпитализации, финансовых расходов на лечение и риска смерти [1]. В исследовании было отмечено, что наиболее значимым фактором риска развития НЛР является количество принимаемых лекарственных средств: чем

их больше принимает пациент, тем чаще развиваются у него НЛР. В исследовании [2] среди 167 больных пожилого возраста, получавших не менее 5 лекарственных средств (в среднем 8 на 1 больного), у 35% зафиксирована по меньшей мере одна НЛР, причем 25% этих пациентов были госпитализированы в отделения неотложной терапии. Кроме того, назначение нескольких лекарственных средств представляет потенциальную опасность вследствие их взаимодействия и увеличения риска НЛР каждого из них. Выделяют фармацевтическое, фармакокинетическое и фармакодинамическое взаимодействие [3]. Выявлено, что одновременный прием 3 препаратов приводит к клинически значимым межлекарственным взаимодействиям у 6% больных, 5 – увеличивает частоту межлекарственных взаимодействий до 50%, 10 – риск достигает 100% [4]. Несмотря на высокий процент клинически значимых неблагоприятных межлекарственных взаимодействий у пожилых людей, до сих пор нет отечественных работ, в которых бы оценивалась частота потенциально значимых взаимодействий у этой группы больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были проанализированы истории болезни 150 пациентов старше 65 лет (47 мужчин и 103 женщины в возрасте $79 \pm 15,5$ лет), находящихся на лечении в терапевтическом отделении многопрофильного стационара, на предмет потенциально значимых межлекарственных взаимодействий за 4-месячный период: с марта 2013 по июнь 2013 г. Характеристика пациентов представлена в табл. 1. Для каждого пациента составлен список международных непатентованных названий (МНН) лекарственных средств из листа назначений в истории болезни. В список были также внесены компоненты комбинированных лекарственных препаратов, имеющих в своем составе несколько лекарственных средств с различными МНН. Например, препарат беродуал содержит 2 лекарственных средства (ипратропия бромид и фенотерола гидробромид), поэтому в список вносили оба названия, входящих в состав этого препарата. Все лекарственные средства из листа назначений были проверены на предмет потенциально значимых межлекарственных взаимодействий с помощью свободной для доступа системы Drugs Interaction Checker интернет-ресурса www.drugs.com, гармонизированного с инструкциями FDA и созданного компанией Cerner Multum. В данной системе межлекарственные взаимодействия ле-

карственных средств по клинической значимости разделены на 3 уровня:

1. Major (опасные) – потенциально опасные межлекарственные взаимодействия: риск от совместного применения превышает пользу для пациента, поэтому следует в большинстве случаев избегать подобных комбинаций лекарственных средств или применять их в минимальных дозах.

2. Moderate (значимые) – потенциальные межлекарственные взаимодействия средней степени значимости: такие комбинации часто требуют более тщательного клинического, лабораторного и инструментального контроля за эффективностью и безопасностью.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование

Пол, м/ж	47/103
Средний возраст, годы	$79 \pm 15,5$
Среднее количество получаемых лекарств	$6,4 \pm 4,0$
Причина госпитализации:	
ЦВБ, декомпенсация, абс. (%)	18 (12)
ХОБЛ, абс. (%)	17 (11,3)
ИБС, абс. (%)	17 (11,3)
Пневмония, абс. (%)	16 (10,7)
АГ, абс. (%)	16 (10,7)
ХСН, декомпенсация, абс. (%)	14 (9,3)
Остеохондроз позвоночника, абс. (%)	13 (8,7)
Хронический бронхит, абс. (%)	10 (6,7)
Онкологические заболевания, абс. (%)	7 (4,7)
ЖДА, абс. (%)	3 (2,0)
Состояние функции почек:	
Клиренс креатинина менее 15 мл/мин, абс. (%)	3 (2,0)
Клиренс креатинина от 15 до 30 мл/мин, абс. (%)	19 (12,6)
Клиренс креатинина от 30 до 50 мл/мин, абс. (%)	70 (46,7)
Клиренс креатинина более 50 мл/мин, абс. (%)	58 (38,7)
Количество получаемых препаратов:	
Количество пациентов, получавших 5 и менее препаратов, абс. (%)	56 (37,3)
Количество пациентов, получавших более 5 препаратов, абс. (%)	94 (62,7)

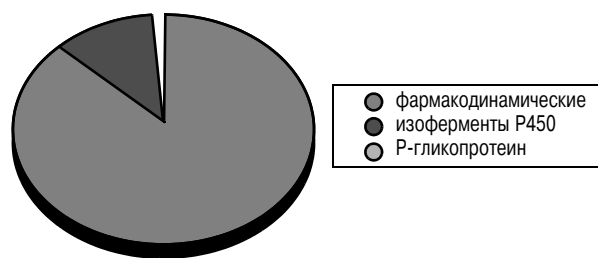
Примечание. ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких, ЦВБ – цереброваскулярная болезнь, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЖДА – железодефицитная анемия. Из таблицы исключены заболевания, встретившиеся с частотой менее 2%.

3. Minor (малозначимые) – взаимодействия с минимальным клиническим значением, характеризующиеся минимальным риском развития НЛР или неэффективностью лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В среднем пациентам назначали $6,4 \pm 4$ лекарственных средства одновременно. Было выявлено 55 потенциально опасных взаимодействий (Major) у 47 пациентов, 701 со средней степенью значимости (Moderate) и 214 с низкой степенью значимости (Minor). Наиболее часто встречающиеся потенциально опасные межлекарственные взаимодействия представлены в табл. 2 (из нее исключены встретившиеся менее 2 раз). Проведен анализ выявленных потенциально опасных взаимодействий по механизмам их возможного развития. В одном случае выявлено взаимодействие на уровне Р-гликопротеина (взаимодействие амиодарона и дигоксина). Потенциально опасные межлекарственные взаимодействия, в основе которых лежит изменение активности изоферментов цитохрома Р-450, отмечались в 7 (12,7%) из 55 случаев. В остальных 48 (87,3%) случаях наблюдались фармакодинамические взаимодействия (рисунок).

Полученные данные свидетельствуют о частом назначении потенциально опасных комбинаций лекарственных средств пожилым людям (31,3% проанализированных пациентов старше 65 лет), в результате применения которых возможно развитие опасных межлекарственных взаимодействий. Сходные данные получены в крупномасштабном исследовании, посвященном проблеме межлекарственных взаимодействий и



Доля фармакокинетических взаимодействий на уровне изоферментов цитохрома Р450, гликопротеина Р и фармакодинамических взаимодействий среди всех потенциально значимых взаимодействий.

охватившем 2/3 пожилого населения Швеции. Всего в исследовании участвовало 630 743 пациента, средний возраст – $82 \pm 5,3$ года. По результатам исследования у 26% было зарегистрировано одно и более потенциально опасное клинически значимое лекарственное взаимодействие [5]. Также высокая частота межлекарственных взаимодействий была установлена в Таиланде в 2005 г. при проведении крупного исследования, в котором участвовали амбулаторные пациенты. По его результатам частота опасных межлекарственных взаимодействий была 27,9% и увеличивалась с количеством назначаемых препаратов и возрастом пациентов [6]. По результатам ретроспективного обзора, в который были включены 283 пациента старше 65 лет в Канаде, частота потенциально опасных межлекарственных взаимодействий также была сходной: они отмечались в листах назначений у 31% пациентов [7]. Так как опасные межлекарственные взаимодействия выявляли у пациентов старше 65 лет в терапевтическом отделении, это может быть связано с большим количеством факторов риска у данных пациентов (пожилой возраст, сопутствующие заболевания) и полипрагмазией.

Таблица 2

Выявленные потенциально опасные межлекарственные взаимодействия

Взаимодействующие лекарственные средства	Частота потенциальных клинически значимых взаимодействий лекарственных средств от всех взаимодействий, абс. (%)
Эналаприл ↔ спиронолактон	29 (52,7)
Аспирин ↔ кеторолак	10 (18,2)
Амитриптилин ↔ тиоридазин	3 (5,45)
Ципрофлоксацин ↔ преднизолон	2 (3,6)
Кеторол ↔ диклофенак	2 (3,6)
Амиодарон ↔ фуросемид	2 (3,6)

ВЫВОДЫ

Применение комбинаций лекарственных средств, которые могут быть причиной клинически значимых взаимодействий у пожилых, является частым явлением, повышающим риск развития НЛР у этой категории пациентов. Можно использовать несколько подходов к решению данной проблемы:

- Активное участие клинического фармаколога в так называемом лекарственном аудите листов назначений для выявления потенциально

опасных комбинаций с последующим активным вмешательством в лечебный процесс с соответствующей коррекцией. Однако подобный метод не может быть тотальным, а лишь выборочным.

- Внедрение в клиническую практику компьютерных систем автоматической проверки лекарственных назначений на предмет потенциальных клинически значимых взаимодействий. Такой подход возможен при использовании медицинских информационных систем в лечебном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thong B., Tan T. // Epidemiology and risk factors for drug allergy. Br. J. Clin. Pharmacol. 2011. Vol. 71. № 5. P. 684-500.
2. Hanlon J., Schmader K., Koronkowski M. et al. Adverse drug events in high risk older outpatients // J. Am. Geriatr. Soc. 1997. Vol. 45. P. 945-948.
3. Отделенов В.А., Новакова А.И., Карасев А.В., Яшина Л.П., Пающик С.А., Сычев Д.А., Клейменова Е.Б., Назаренко Г.И. // Клиническая фармакология и терапия. 2012. Т. 21. № 5.
4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н. // Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы. Consilium Medicum. 2007. № 12. С. 29-34.
5. Манешина О.А., Белоусов Ю.Б. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия у пожилых пациентов // Качественная клиническая практика. 2008. № 3. С. 90-93.
6. Janchawee B., Wongpoowarak W., Owatranporn T., Chongsuvivatwong V. Pharmacoepidemiologic study of potential drug interactions in outpatients of a university hospital in Thailand // J. Clin. Pharm. Ther. 2005. № 1. P. 13-20.
7. Hohl C.M., Dankoff J., Colacone A., Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department // Ann Emerg. Med. 2001. Dec.; Vol. 38. № 6. P. 666-671.

Поступила 10.11.2013

Внимание!

В издательстве Ньюдиамед вышла новая книга — «ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

под редакцией д-ра Лауды (Польша)



Впервые в России издается подобная книга. Ее актуальность связана в том числе с обсуждением в настоящее время Стратегии развития лекарственного обеспечения Населения РФ на период до 2025 года.

Книга рассматривает вопросы лекарственного обеспечения под углом экономики и оценки медицинских технологий. В ней собраны и систематизированы сведения о лекарственном обеспечении и возмещении затрат на лекарства в разных странах мира. Авторы проводят сравнительный анализ различных подходов. Среди наиболее значимых обеспечение прозрачности принимаемых решений и их подсудность, переговорная основа принимаемых решений. Книга предназначена для организаторов здравоохранения, работников фармацевтической отрасли, клинических фармакологов, врачей различных специальностей и студентов медицинских и фармацевтических вузов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И.В. Маев¹, А.А. Самсонов, С.А. Караулов², И.Н. Никушкина, В.А. Шестаков

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова

Изучены особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных пожилого возраста. Более длительное ее течение и замедленное рубцевание у них обусловлены как дисциркуляторным инволюционным процессом, так и наличием коморбидности, что нередко приводит к трофической недостаточности. При лечении пожилых пациентов наряду с традиционной антихеликобактерной терапией необходимы цитопротекторы и, возможно, ферменты.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пожилой возраст, клиника, лечение
Key words: saying disease duodenal ulcers, clinic, treatment, aged

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) остается одним из наиболее актуальных и распространенных болезней пищеварительной системы у людей разного возраста.

Несмотря на заметный прогресс в ее диагностике и лечении после открытия в 1980-е годы Б. Маршаллом и Дж. Уорреном ведущей роли хеликобактерной инфекции в ее возникновении и рекомендаций I–IV Маастрихтских консенсусов, особенности ее течения и терапии у больных пожилого возраста остаются дискуссионными.

Важнейшим аспектом диагностики и выбора методов терапии при лечении больных пожилого возраста, ассоциированной с *H. pylori* (*Hp*), яв-

ляется характерная для этих больных коморбидность – ее сочетание с патологией соседних органов пищеварительной системы, наиболее частое с патологией билиарной системы и поджелудочной железы [1,2].

Цель работы – изучить особенности течения и терапии ЯБ ДПК, ассоциированной с *Hp*, у больных пожилого возраста (60 лет и старше).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 80 пациентов пожилого возраста (основная, 1-я группа) и 78 пациентов среднего и молодого возраста (до 59 лет включительно, контрольная, 2-я группа). Обследование и лечение проводились на базе ГБУЗ МСЧ № 33 Москвы в 2009–2012 гг. и прежде всего клиническое обследование (тщательно собранный анамнез, особенности клинических проявлений болезни), эндоскопическое исследование, суточное рН-мониторирование кислотообразующей функции желудка, копрологические исследования, сравнительная оценка эффективности 7- и 14-дневной антихеликобактерной терапии.

¹ Маев Игорь Вениаминович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики и гастроэнтерологии МГМСУ. Тел.: 8 (495) 609-67-00. E-mail: msmsu@msmsu.ru.

² Караулов Сергей Александрович, аспирант, кафедра пропедевтики и гастроэнтерологии МГМСУ. Тел. 8 (495) 609-67-00.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Комплекс первичных исследований и клинических мероприятий позволил уточнить клинико-функциональные особенности болезни пожилых людей:

- болевой абдоминальный синдром зарегистрирован у большинства больных: в основной группе в 79,1% случаев, в контрольной – в 79,5% (далее показатели даются в той же последовательности);

- отмечено 72,5 и 78,5% случаев умеренной боли;

- 30,0 и 47,5% случаев – боль в пилородуоденальной зоне;

- 44,0 и 50,3% случаев нетипичной локализации боли, при этом в 60 и 80% случаев соответственно иррадиации боли не отмечено.

Анализ симптомов желудочной и кишечной диспепсии обнаружил, что при общей обширности их спектра у пожилых больных значительно преобладала кишечная диспепсия (50 и 84,3%, соответственно). Следует отметить учащение данных симптомов при увеличении длительности основного заболевания.

Анализ болевого абдоминального и диспептического синдромов дает основание предположить наличие у больных 1-й группы нарушений моторно-тонической функции желудочно-кишечного тракта, рефлюксных проявлений (гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы). Очевидно и вовлечение в патологический процесс билиарного аппарата, что согласуется с результатами других исследований [3,4].

У пожилых больных отмечаются симптомы нарушения в гепатобилиарной системе и поджелудочной железе, вероятно, вторичного характера [2,5–7].

Эндоскопическое исследование показало, что язвенные дефекты двенадцатиперстной кишки локализовались в основном в области передней стенки луковицы (41–44%) и вдвое реже в области задней стенки. Выраженный гастродуоденит зарегистрирован соответственно у 58,4 и у 73,6% больных.

По данным УЗИ, поджелудочная железа, наряду с сохранением в основном нормальных размеров у большинства обследованных (87,5 и 83,3% соответственно) имела неровные, нечеткие контуры, повышенную эхогенность и неоднородную структуру паренхимы. В 84,6–51,8% случаях соответственно утолщена и деформирована стенка желчных путей. Изменения прогрессировали в случае продолжительной болез-

ни. В то же время такие признаки хронического панкреатита, как кальцификаты, псевдокисты и изменения главного панкреатического протока наблюдались у 1,7% обследованных.

Согласно данным суточного рН-мониторирования кислотообразующей функции желудка, у пациентов 1-й группы практически в равном числе случаев встречалась гипер-, норм- и гипацидность. У пациентов 2-й группы гиперацидность отмечена в 1,5 раза чаще (61,5% случаев), чем нормацидность (38,5%), гипацидности не обнаружено ни в одном случае.

В 85–75% случаев соответственно у пациентов 1-й и 2-й групп зафиксировано избыточное закисление двенадцатиперстной кишки. Дуоденогастральный рефлюкс в 1-й группе встречался в 3 раза чаще, чем во 2-й (58 и 18,8%).

Эти данные свидетельствуют о значительном влиянии пониженной ощелачивающей способности двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов. Следует подчеркнуть, что избыточное закисление ее полости оказывает негативное влияние на гормональную регуляцию секреции поджелудочной железы и приводит к инактивации панкреатических ферментов, что ведет к нарушению пищеварения.

Дуоденогастральный рефлюкс, особенно частый у пожилых пациентов, может быть связан с дисмоторными расстройствами функционального плана в регионе (дуоденостаз). Весьма вероятно прогрессирование моторных нарушений у пожилых больных по мере развития рубцовой деформации органа.

Копрологические исследования свидетельствуют о комплексном характере нарушения пищеварения (мальдигестин) с преобладанием экскреторной недостаточности поджелудочной железы, по-видимому, вторичного генеза.

Существенными представляются результаты оценки трофического статуса у пациентов. У 92,0–62,5% больных 1-й и 2-й групп соответственно наблюдался средневыраженный дефицит массы тела. Нормальные показатели ИМТ отмечены лишь в 8–37,5% случаев соответственно.

Результаты первичного обследования показывают, что при прочих равных условиях нарушения полостного пищеварения усугубляются с возрастом больного и с увеличением продолжительности болезни. Значительное влияние на нарушения полостного пищеварения оказывают масштаб и характер коморбидности, что в целом согласуется с данными [3,4,8].

Важнейшим этапом исследования была сравнительная оценка эффективности и безопасности 7- и 14-дневной схем антихеликобактерной терапии на основе кларитромицина (таблица).

Состояние слизистой оболочки и характер рубцевания язвенных поражений контролировали эзофагогастродуоденоскопией. Эффективность эрадикации *H. pylori* устанавливали с помощью ¹³C-уреазного дыхательного теста.

К 7-му дню после начала курса антихеликобактерной терапии болевые и объективные симптомы сохранялись у определенного числа пациентов обеих групп. К 21-му дню только у 10–20% больных 1-й группы оставались объективные симптомы нарушения желчных путей.

К концу антихеликобактерной терапии на основе кларитромицина у большинства больных достигнута эрадикация *H. pylori* (рис. 1).

На рис. 2 приведены данные динамики рубцевания язвенных поражений. У 15,4% больных подгруппы 2А (см. таблицу) не произошло полноценного рубцевания язвенного дефекта, у больных подгруппы 1А – 42,5%. В то же время 14-дневный курс терапии был более эффективным: рубцевание в подгруппе 1Б достигло 80,0%, в подгруппе 2Б – 94,9%.

Контроль нормализации копрологических показателей и показателей трофического статуса позволил установить, что у пациентов основных подгрупп 1А и 1Б на 21-й день признаки нарушения полостного пищеварения продолжали регистрироваться в 95 и в 80% случаев соответственно, а в контрольных 2А и 2Б – 79,5 и 69,2% соответственно. К окончанию терапии признаки мальдигестии сохранялись у 90 и 75% пациентов соответственно подгрупп 1А и 1Б и у 76,9 и 69,2% пациентов подгрупп 2А и 2Б.

Антихеликобактерная фармакотерапия пациентов

Группа	Подгруппа	Препарат	Доза, мг	Кратность приема	Длительность, дни
1-я	1А (40)	Эзомепразол	20	2	7
		Кларитромицин	500	2	7
		Амоксициллин	1000		7
	1Б (40)	Эзомепразол	20	2	14
		Кларитромицин	500	2	14
		Амоксициллин	1000	2	14
2-я	2А (39)	Эзомепразол	20	2	7
		Кларитромицин	500	2	7
		Амоксициллин	1000	2	7
	2Б (39)	Эзомепразол	20	2	14
		Кларитромицин	500	2	14
		Амоксициллин	1000	2	14

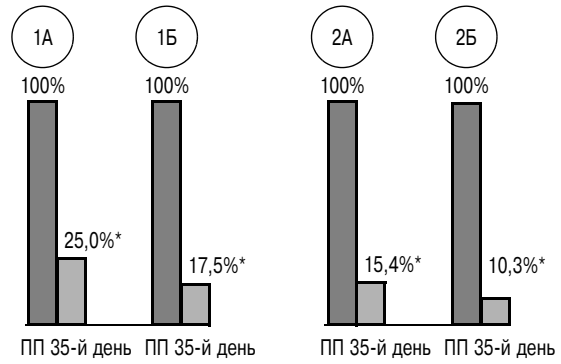


Рис. 1. Динамика эрадикации *H. pylori* при антихеликобактерной терапии. ПП – оценка при поступлении больного. Достоверные различия между подгруппами $p < 0,05$.

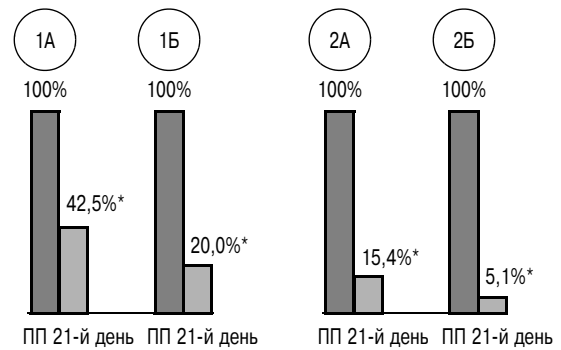


Рис. 2. Динамика рубцевания язвенных дефектов при антихеликобактерной терапии. ПП – оценка при поступлении больного. Достоверные различия между подгруппами $p < 0,05$.

По-видимому, у пациентов на определенном этапе синдром нарушенного полостного пищеварения обусловлен преимущественно вторичной панкреатической недостаточностью. В дальнейшем в патологический процесс постепенно вовлекается сама поджелудочная железа, что сопровождается снижением синтеза панкреатических ферментов и ее первичной внешнесекреторной недостаточностью. Вторичная экзокринная панкреатическая недостаточность при этом продолжает прогрессировать, что еще больше усугубляет пищеварение в двенадцатиперстной кишке. Длительное существование у больных синдрома мальдигестии, зачастую латентного, способствует постепенному формированию трофической недостаточности, умеренные проявления которой достаточно часты (в 30% случаев) у пациентов пожилого возраста [9].

Одним из промежуточных результатов антихеликобактерной терапии стали труднорубцующиеся язвы (пациенты группы Т), у которых их рубцевание не было достигнуто в плановый период терапии, что было обусловлено комплексом

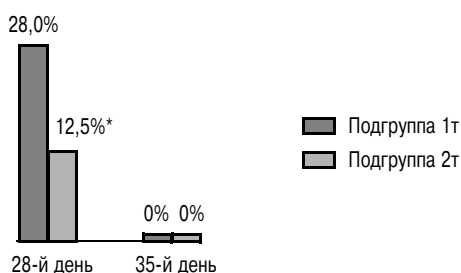


Рис. 3. Динамика рубцевания язвенного дефекта при долечивании группы Т-больных.

причин: возрастом, длительностью основного заболевания, коморбидностью и др. Для завершения репарационных процессов больным группы Т назначена комбинированная терапия долечивания: ингибиторы протонной помпы (эзомепразол) совместно с отечественным цитопротектором (ульцэп). Контроль рубцевания осуществляли еженедельно.

У большинства больных Т-группы на фоне долечивания сохранялись признаки поверхностного гастродуоденита – у 96,0% пациентов подгруппы 1Т (возраст 60 лет и выше) и у 87,5% пациентов подгруппы 2Т (возраст до 59 лет включительно). После курса долечивания резко выраженный дуоденит оставался у 36% пожилых пациентов и лишь у одного из пациентов (12,5%) подгруппы 2Т. При этом признаков резко выраженного гастродуоденита контрольное исследование не выявило ни в одном случае.

Атрофические изменения, обнаруженные при исходном обследовании слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у 44 и у 37,5% пациентов 1Т- и 2Т-подгрупп соответственно, после курса долечивания какой-либо динамики не претерпели.

По данным эзофагогастродуоденоскопии на 28-й день у 87,5% больных подгруппы 2Т и у 72% больных подгруппы 1Т образовался белый рубец. На 35-й день, уже после долечивания у оставшихся 28% пациентов основной подгруппы 1Т образовался красный рубец (рис. 3).

Таким образом, у больных пожилого возраста язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки имеет свои отличительные черты, связанные, с одной стороны, с инволюционными особенностями, с другой – с течением болезни, вызывающей анатомо-физиологические изменения как в желудке и двенадцатиперстной кишке, так и в билиарном аппарате и поджелудочной железе, что обуславливает вторичную и первичную мальдигестию в этом регионе.

Все это приводит в ассоциации с дисциркуляторными инволюционными процессами под воз-

действием коморбидности – к трофической недостаточности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при лечении пожилых больных с язвенной болезнью необходимо наряду с традиционной антихеликобактерной терапией предусматривать меры дополнительной защиты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки как от кислотной и желчной агрессии, так и от медикаментозного воздействия, в том числе использованием цитопротекторов.

Для полноценной саногенной реакции в органах пищеварения у пожилых больных с тяжелым, длительным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с пилорическим хеликобактером, кроме санации гастродуоденальной зоны, по-видимому, целесообразна сопутствующая коррекция пищеварения, в частности путем назначения ферментзаместительной терапии.

Выявленные в данной работе особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*, у лиц пожилого возраста требуют учитывать в ее диагностике, терапии и планировании лечебно-профилактических мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев И.В., Самсонов А.А. Болезни двенадцатиперстной кишки. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 511 с.
2. Самсонов А.А. Некоторые аспекты этиопатогенеза, клинко-функциональные, межорганные взаимоотношения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Дис. ... д. м. н. М., 1996. 455 с.
3. Кумар С. Особенности течения хронического панкреатита, сочетанного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... к. м. н. Краснодар, 1999. 19 с.
4. Середкин В.В., Рыжих В.А. Особенности клинического течения и лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим панкреатитом // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. № 5, приложение 21. С. 44.
5. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. Донецк: ООО «Лебедь», 2000. 416 с.
6. Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Елисеева Л.Н. Дискуссионность понятия «сочетанные гастроэнтерологические заболевания» и тактика их ведения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005. № 2. С. 70-74.
7. Мунов А.Ю. Нарушение желчеобразующей и желчевыделительной функции печени у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... к. м. н. М., 2007. 23 с.
8. Яхонтова О.И., Валекевич Л.Н., Шепт Э.Э. с соавт. Функционально-морфологические изменения в двенадцатиперстной кишке при хроническом панкреатите // Врач. дело. 1992. № 8. С. 33-36.
9. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека (Основы нутрициологии). - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 576 с.

Поступила 09.10.2013

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.В. Левченко¹

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Изучены особенности клинических проявлений дивертикулярной болезни толстой кишки у больных старческого возраста с целью обоснования патогенетической терапии. Выявлено, что у 18% больных старше 75 лет с единичными дивертикулами в толстой кишке диаметром не более 3–5 мм имеет место симптомокомплекс хронической абдоминальной ишемии (четкая связь болевого приступа с приемом пищи или физической нагрузкой, выраженный метеоризм, нарушение стула). Специфичная клиническая картина в этой группе коррелировала с наличием атеросклероза и сердечно-сосудистой патологии и морфологическими признаками ишемии слизистой оболочки тонкой кишки (микроскопического ишемического колита). Наличие у больных дислипидемии, ИБС и цереброваскулярной болезни может служить предиктором выделенной нами особой клинико-морфологической формы дивертикулярной болезни – с ишемическим компонентом, требующей пересмотра лечебного подхода.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, старческий возраст
Key words: divertikularna of the large intestine, old age

В настоящее время распространенность дивертикулеза толстой кишки в различных странах составляет 5–30% [1–5]. Частота новых случаев бессимптомного «носительства» дивертикул, дивертикулеза с клиническими проявлениями и осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки растет с каждым десятилетием жизни, что подтверждено нашим собственным опытом при ретроспективном изучении более 3,5 тыс. рентгенологических исследований тол-

стой кишки [6]. Особенно высока заболеваемость в странах с высоким экономическим уровнем, что объясняют увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста, изменением характера питания, а также улучшением диагностики. Несмотря на то, что в последние десятилетия публикуется множество научных трудов по противоречивому лечению дивертикулита, профилактике дивертикул, нормализации микробиоты у больных дивертикулезом, единое мнение по классификации дивертикулярной болезни толстой кишки, а также алгоритму лечения ее неосложненных форм и осложнений на сегодняшний день отсутствует. Между тем осложнения (наиболее частое – дивертикулит) встречаются у 12–17% больных

¹Левченко Светлана Владимировна, ассистент кафедры терапии, гериатрии и профилактики МГМСУ. Тел.: 8 (495) 609-67-00.

с дивертикулезом толстой кишки. Экстренному хирургическому вмешательству, которое часто завершается формированием колостомы, подвергаются 10–30% больных, перенесших атаку острого дивертикулита, и у которых воспалительный процесс стал хроническим [7]. Многие исследователи приходят к заключению: больные дивертикулярной болезнью толстой кишки – неоднородная группа, что следует продолжить изучение этой патологии для выделения клинкоморфологических групп, определения предикторов осложненного течения и разработки патогенетической терапии [8,9].

Все отчетливее тенденция к возрастанию доли пожилых людей в структуре общества. Постарение населения как один из основных демографических феноменов развитых стран выражается в возрастной структуре населения. Люди старше 60–65 лет составляют 11,8–21,9% общей численности населения в США, Великобритании, России. Ожидается, например, что в Великобритании с 1935 по 2035 гг. число лиц старше 60 лет возрастет с 12,5 до 23,4%, а лиц от рождения до 19 лет, напротив, уменьшится с 30,7 до 22,4%. Согласно Международной классификации, пожилой возраст для мужчин – 60–74 года, для женщин – 55–74 года, старческий – 75–90 лет, долгожители – 90 лет и старше [10].

Особенностью терапии больных пожилого и старческого возраста является необходимость лечить у одного больного одновременно 2–3 болезни и более [11,15]. При этом необходимо учитывать синергизм и антагонизм одновременно принимаемых лекарственных препаратов, а также их побочное действие. Помимо дивертикулярной болезни толстой кишки, самыми распространенными у лиц пожилого и старческого возраста являются ассоциированные с атеросклерозом сердечно-сосудистые болезни. Согласно Российским рекомендациям по профилактике и лечению атеросклероза, коррекцию нарушений липидного обмена у пожилых больных следует начинать с немедикаментозных мер [12], поскольку они подвержены наибольшему риску побочных явлений при приеме гиполипидемических средств. Неосложненная симптоматическая дивертикулярная болезнь у 20–35% больных пожилого и старческого возраста протекает с выраженным болевым синдромом, метеоризмом и (или) нару-

шением стула, что приводит к снижению качества жизни и требует помимо диетических рекомендаций назначения лекарственных препаратов различных фармакологических групп. Эффективность стандартной терапии спазмолитиками у этой категории больных не во всех случаях высока. Это и побудило нас к изучению особенностей клиники дивертикулярной болезни в зависимости от пола и возраста больных, ее длительности, наличия сопутствующих патологий.

Цель работы – изучить особенность клинических проявлений дивертикулярной болезни толстой кишки у больных старческого возраста для обоснования выбора патогенетической терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное открытое клиническое исследование 49 больных в возрасте 63–86 лет с неосложненной симптоматической дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Согласно рекомендациям ВОЗ, выделены две группы больных: пожилого (65–74 лет) и старческого возраста (75–89 лет). Долгожителей среди пациентов не было. Средний возраст больных в 1-й группе (25 человек) составил $67,1 \pm 3,7$ года, преобладали женщины – 19 (76%). Во 2-й группе (24 человека) средний возраст больных составил $79,4 \pm 4,1$ года и также преобладали женщины – 17 (70,8%). Анамнез заболевания составил от 0 до 36 лет. Критерием неосложненной дивертикулярной болезни у больных с болевым синдромом различной степени было отсутствие эндоскопических и лабораторных признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки, для чего всем больным проводилось эндоскопическое исследование толстой кишки, контрастное исследование толстой кишки с бариевой клизмой и клинический и биохимический анализ крови.

В исследование не включались больные с осложненной формой дивертикулярной болезни, новообразованиями, сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации... При изучении истории заболевания тщательно определяли частоту ИБС, ГБ, цереброваскулярной болезни, атеросклероза сосудов нижних конечностей, сосудистых осложнений в анамнезе (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), оперативных вмешательств на сосудах (аортокоронарное шунтирование, протезирование брюшного отдела аорты), метаболического синдрома, патологии щитовидной железы. Особое внимание обращали на внеабдоминальные и абдоминальные проявления атеросклероза, степень сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (табл. 1).

Проводилось измерение относительного риска развития ишемического варианта дивертикулярной болезни, для чего использовался сравнительный тип эпидемиологического исследования. Относительный риск определялся как вероятность возникновения заболевания (или иного предполагаемого исхода) в экспонированной (т. е. имевшей контакт с предполагаемым фактором риска) группе по сравнению с неэкспонированной группой. Путем сравнения больных с определенным «набором» заболеваний среди группы 75–84 лет и контрольной группы (63–74 года) мы считали их соотношение (или приблизительный относительный риск).

Качество жизни оценивали с использованием опросника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study).

Биохимические исследования проводили на автоматическом анализаторе Olympus AU-400 с использованием реактивов фирмы Olympus. Общий холестерин сыворотки крови определяли утром натощак после 14-часового голодания. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) в сыворотке крови определяли спектрофотометрически. Нормальные значения ОХ – 1,4–5,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,1–3,3 ммоль/л, ТГ – 0–1,71 ммоль/л, ЛПВП – 1,1–1,8 ммоль/л.

Таблица 1

Клинико-демографическая характеристика

Параметры	Абсолютное значение (%)	
Группы	63–74 года	75–86 лет
Мужчины	6	8
Женщины	19	16
Средний возраст, годы	67,1 ± 3,7	79,4 ± 4,1
Больные с единичными дивертикулами	4 (16)	16 (66,7)
Больные со множественными дивертикулами	21 (84)	8 (33)
Гиперлипидемия	15 (60)	20 (83)
Сопутствующие заболевания:		
ГБ	14 (56)	13 (54,1)
ИБС, НК 1-2 ст	28 (43,1)	5 (22,7)
ОИМ, ОНМК	4 (16%)/1 (4)	12 (50)/9 (37,5)
ЦВБ	7 (28)	13 (54,2)
Ожирение I-III ст	17 (68)	7 (29,16)
Варикозная болезнь нижних конечностей	8 (32)	6 (25)

Примечание: В табл. 1, 3 НК – недостаточность кровообращения. ОИМ – острый инфаркт миокарда. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения. ЦВБ – цереброваскулярная болезнь.

Морфологическое исследование биоптатов

Морфологическое исследование СОТК проводили у 26 больных на биоптатах, полученных при диагностической колоноскопии из неизменной слизистой области устья дивертикула. Образцы ткани фиксировали в 2% глотаровом альдегиде на 0,1М какодилатном буфере и в 1% четырехоксида осмия. Изменения исследовали на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, при оптическом увеличении ×120 и ×240.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование включены результаты обследования 49 больных неосложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки (с клиническими проявлениями), находившихся на стационарном лечении в Институте гастроэнтерологии с 2008 по 2011 гг. По данным рентгенологического исследования толстой кишки больные были условно разделены на подгруппы: со множественными дивертикулами (двк) и единичными (менее 10). До начала лечения у всех больных были жалобы на затрудненную дефекацию, при этом только 11 пациентов регулярно (ежедневно) принимали слабительные: лактулозу по 15–30 мл – 6 человек, макроголь-400 – 3 человека, псиллиум (2–3 саше) – 2. Среди сопутствующих заболеваний (см. табл. 1) в 1-й группе достоверно чаще определялось ожирение, во 2-й – острое нарушение мозгового кровообращения и цереброваскулярная болезнь. Достоверных отличий по частоте варикозной болезни вен нижних конечностей не было. Частота артериальной гипертензии также значимо не отличалась, хотя у большего процента больных старческого возраста констатирована изолированная систолическая гипертония. У 35 пациентов (71,4% общего числа обследуемых) выявлена гиперлипидемия: общий холестерин – 6,8 ± 2,01 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности – 3,39 ± 0,656 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности – 1,19 ± 0,26 ммоль/л, повышение уровня триглицеридов у 9 больных – до 2,01 ± 0,76 ммоль/л.

Вне зависимости от количества и размера дивертикулов, выявленных при ирригоскопии, все больные отмечали различной интенсивности ноющую боль в животе. При тщательном расспросе и осмотре выявлены различия в характеристиках абдоминального болевого синдрома, что позволи-

Таблица 2

Клинические проявления дивертикулярной болезни в группах

Параметры	63–74 года (n = 25)	75–89 лет (n = 24)	P
Боль преимущественно в верхней и левой половине живота, %	28	69	<0,05
Боль преимущественно в нижних отделах живота, %	62	30	<0,06
Интенсивность боли снижается после акта дефекации, %	71	14	<0,03
Боль усиливается после еды и (или) физических нагрузок, %	12	63	<0,01
Метеоризм/урчание в животе, %	42/14	74/21	<0,1
Запор/диарея	67/11	38/24	<0,08

ло выделить два основных варианта дивертикулярной болезни: СРК-подобный (боль локализуется преимущественно в левой подвздошной области, не связана с приемом пищи и уменьшается после дефекации) и СРК-ишемический вариант (боль преимущественно в верхней и левой половине живота, усиливается спустя 20–40 мин после еды, четкой связи с актом дефекации не прослеживается). Количество больных с одним и другим вариантом представлено в двух возрастных группах в табл. 2.

Для расчетов относительного риска различных факторов (возраст, сопутствующие заболевания), а также оценки качества жизни при различных вариантах дивертикулярной болезни группы были переформированы по характеристикам абдоминального болевого синдрома и далее озвучиваются как группы с СРК-подобным и ишемическим вариантами дивертикулярной болезни толстой кишки.

При сравнении качества жизни по опроснику SF-36 в группе с СРК-подобной формой дивертикулярной болезни средний показатель физического функционирования (PF) составил $46,1 \pm 9,4$. Показатель ролевого физического функционирования (RP) – $44,6 \pm 7,3$. Шкала боли (BP) и общее состояние здоровья (GH) были недостоверно ниже стандартизованных показателей ($42,7 \pm 8,4$ и $41,84 \pm 9,1$ соответственно). В этой группе больных отмечалось достоверное суммарное снижение психологического компонента здоровья (шкала жизнеспособности (VT) – $34,6 \pm 6,3$, шкала социального функционирования (SF) – $27,6 \pm 11,2$, ролевое эмоциональное функционирование (RE) – $31,3 \pm 8,4$, психологическое здоровье (MH) – $30,1 \pm 5,84$). В отличие от этой группы у больных с ишемическим компонентом болезни был достоверно снижен физический компонент здоровья (PF – $28,6 \pm 7,14$, RP – $31,3 \pm 9,78$, BP – $32,9 \pm 6,81$ и GH – $29,6 \pm 11,1$) при относительно низком уровне тревоги (VT – $35,1 \pm 8,2$, SF – $33,7 \pm 10,6$, RE – $32,8 \pm 12,0$, MH – $29,91 \pm 7,51$).

При расчете относительного риска наиболее значимыми факторами наличия у больного ишемического варианта были возраст и сердечно-сосудистые осложнения в анамнезе (табл. 3).

Ранее нами уже описаны различные варианты органнеспецифического воспаления в слизистой оболочке толстой кишки с лимфоидной инфильтрацией, множественными вакуолями в каемчатых энтероцитах, активацией макрофагов и плазматических клеток у больных дивертикулярной болезнью [13, 14]. Для ишемического варианта болезни характерными признаками, на наш взгляд, являются выраженная дистрофия эпителия крипт, участки стаза эритроцитов, тромбы различного происхождения, деструкция сосудов с экстравазатами эритроцитов, запустевание сосудов микроциркуляторного русла, участки

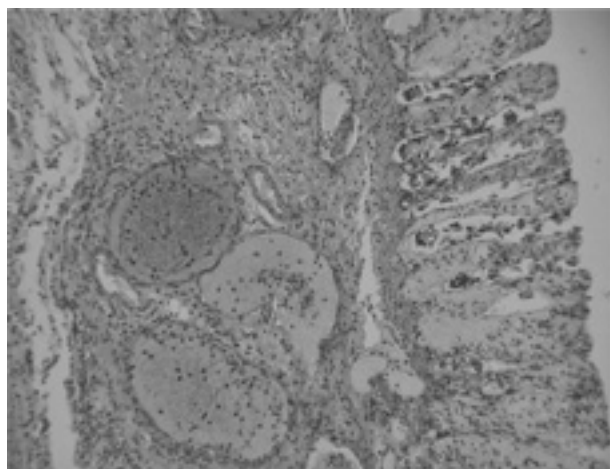
Таблица 3

Факторы риска ишемического варианта дивертикулярной болезни толстой кишки

Параметры	ОИМ/ОНМК	Возраст старше 75 лет	ЦВБ	ИБС	ГБ
ОР	6,2	3,27	3	1,4	0,9
ДИ	2,7–11,3	0,9–5,21	1,53–8,5	0,3–5,1	0,2–2,2

Примечание. ОР – относительный риск. ДИ – доверительный интервал. ОИМ – острый инфаркт миокарда. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА



Слизистая оболочка толстой кишки. Некроз и десквамация клеток поверхностного эпителия и выраженная дистрофия эпителия крипт. Участки лимфоцита в капиллярах слизистой оболочки и подслизистого слоя. Утолщение и фиброз подслизистого слоя. Стаз крови в дилатированных венах подслизистого слоя. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×120. наблюдение С.Г. Хомерики (ЦНИИГ).

лимфоцита в капиллярах слизистой оболочки и подслизистой основы, утолщение и фиброз последней, стаз крови в дилатированных венах подслизистой основы (рисунок).

ВЫВОДЫ

На сегодняшний день дивертикулез является самой распространенной органической патологией толстой кишки. В зависимости от клинической формы дивертикулеза наблюдаются различные кишечные симптомы. На основании изучения особенностей клинической картины при симптоматической дивертикулярной болезни мы выделили ишемический вариант с постпрандиальной болью и метеоризмом, специфической морфологической картиной слизистой оболочки толстой кишки с признаками микроскопического ишемического колита. Чаще этот вариант встречается у пациентов старше 75 лет с эпизодами сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе. При оценке качества жизни наличие у больных ишемического компонента дивертикулярной болезни обуславливало усиление болевого синдрома и ограничение физического функционирования пациентов

1. Petruzzello L., Lacopini F et al. Review article: uncomplicated diverticular disease of the colon // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006. Vol. 23. P. 1379-1391.
2. Lazebnik L., Baryshnikov E., Parfenov A., Prilepskaja S. et al. First results of epidemiological study MUZe (prevalence of colon diverticulosis, colorectal polyps and colorectal cancer among adult population of Moscow with chronic constipation and alarm symptoms) // *Scandinavian J. Gastroenterol.* 2010. Vol. 45 (suppl. 247). P. 86.
3. Тимербулатов В.М. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. М.: ЗАОр НИП Джангар, 2007.
4. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003. Vol. 18 (suppl. 3). P. 71-74.
5. Blashut K., Paradowski L. Garcarek J. Prevalence and distribution of the colonic diverticulosis. Review of 417 cases from Lower Silesia in Poland // *Rom. J. Gastroenterol.* 2004. Vol. 13. № 4. P. 281-285.
6. Левченко С.В. Этиология и патогенез дивертикулярной болезни толстой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 2. С. 93-96.
7. Воробьев Г.И. (ред.). Основы колопроктологии // М.: МИА, 2006. 432 с.
8. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки. Клиника, диагностика, лечение: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. М., 2006. 238 с.
9. Москалев А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 200 с.
10. Питание людей пожилого и старческого возраста. Рекомендации ВОЗ, 2002, http://old.smed.ru/guides/cure/CU26/CU28/242#Osobennosti_fiziologii_v_pozhilom_vozraste.
11. Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты). Под ред. проф. Л.Б. Лазебника. М.: Боррес, 2002. 555 с.
12. Российские рекомендации (IV пересмотр) «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза». Приложение 3 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». 2009. Т. 8. № 6.
13. Левченко С.В., Гудкова Р.Б., Потапова В.Б., Лазебник Л.Б. Реакция иммунокомпетентных клеток и структурные изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных дивертикулярной болезнью // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* 2009. № 5. С. 17-20.
14. Потапова В.Б., Левченко С.В., Гудкова Р.Б., Рогозина В.А., Лазебник Л.Б. Особенности регенерации эпителия толстой кишки при дивертикулезе. *Бюллетень экспериментальной медицины и биологии.* 2011. Т. 152. № 12. С. 707-711.
15. Л.Б. Лазебник. Возрастные изменения пищеварительной системы. *Клин. геронтол.* 2006. № 1.

Поступила 01.10.2013

АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Н.П. Чернусь¹, А.И. Шатихин

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

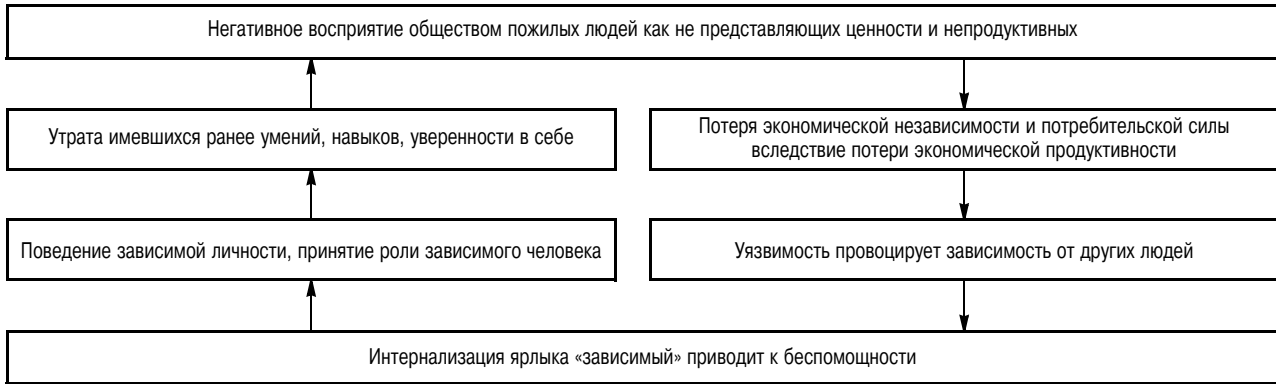
Исследованы адаптационно-компенсаторные механизмы при заболевании органов пищеварения у пациентов разного возраста. Показано, что эти механизмы с возрастом истощаются и неконструктивны, адаптационные ресурсы обеднены, вегетативное обеспечение снижено – психологическая защита обеспечивается как поиск социальной поддержки. Психотерапевтические мишени для пожилых пациентов – это психоэмоциональные ресурсы, которые можно начинать восстанавливать с их психофармакологической и психотерапевтической поддержки на фоне стандартной терапии.

Ключевые слова: стресс, адаптационные механизмы, психологические ресурсы
Key words: stress, adaptive mechanisms, psychological resources

Актуальность изучения расстройства адаптации обусловлено его высокой частотой в популяции [1], особенно у людей пожилого возраста. В МКБ-10 (раздел F43.2) главными критериями считаются 3 фактора, взаимосвязанные друг с другом – это изменение социального статуса личности, индивидуальная предрасположенность к данному стрессорному фактору, который у личности вызывает определенную эмоциональную реакцию в виде депрессии или тревоги. В результате индивидуум не способен справиться с ситуацией, снижается его трудоспособность. И как итог – склонность к драматическому поведению, проявляющемуся в эмоциональной сфере личности вначале легким раздражением, лишая

его спокойствия. При отсутствии внутренних ресурсов личности, которые могут быть обусловлены неспособностью и (или) необученностью индивидуума выходить из сложной ситуации, эмоциональное реагирование может выражаться реакциями: злости, гнева, ярости, агрессии или враждебности, что очень часто наблюдается у лиц пожилого возраста, когда контролирующая составляющая волевого процесса снижена. В настоящее время еще одним фактором, ведущим к дезадаптации пожилого человека, является увеличивающееся количество событий в социуме, таких как новизна и сложность нанотехнологий, связанных с процессами глобализации. Хорошо известно, что в этом возрасте уменьшается быстрота реакции, снижается оперативная память и отчасти для этих людей характерна интеллектуальная «ригидность». Немаловажную проблему создает эйджизм (возрастная дискриминация) для пожилых людей, которую также можно от-

¹ Чернусь Наталья Павловна, канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической терапии, ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Тел.: 8-916-205-06-81. E-mail: chernusnp@mail.ru.



Схема

нести к социальным факторам, так как для них уже становятся непроницаемыми межвозрастные границы. В 1984 г. J.A. Kuypers Bengston, V.L. Bengston [3] обратили внимание, что эйджизм для пожилых людей представляет собой длительный процесс, в ходе которого личностью интериоризируются¹ негативные «социальные нормы»; усваиваются отрицательные стереотипы, которые приводят к неконструктивным поведенческим реакциям (схема [3]).

Проявление эйджизма заключается в изменении отношения пожилого человека в первую очередь к самому себе как личности (необходимость обществу и своим близким) и как следствие моделируются отрицательные взаимоотношения с окружающими людьми. Происходит трансформация определенных когнитивных, оценочных и мотивационных сфер в процессе старения, которые не зависят от расовой принадлежности индивидуума. Таким образом, предложенная модель поведения по D. Luban-Plozza, W. Poldinger [4]: конфликт, неспособность найти решение, соответственно увеличивается внутреннее напряжение, которое выражается в тревоге или депрессии и репрессии на орган – находит свое подтверждение. Наряду с другими независимыми факторами стресс в пожилом возрасте чаще всего оказывает влияние на возникновение и хронизацию боли [5,6] через регуляторные механизмы (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и нейровегетативную систему), определяя его

¹ **Интериоризация** (от фр. *intériorisation* – переход извне внутрь и лат. *interior* – внутренний) – формирование внутренних структур человеческой психики посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоения жизненного опыта, становления психических функций и развития в целом.

поведение [7]. Негативным последствием стресса является функциональное или органическое нарушение разных систем организма, особое внимание большинством исследователей при этом уделяется эмоциональной сфере личности [8,9].

Цель исследования – изучить адаптационно-компенсаторный механизм у пожилых пациентов с болезнями органов пищеварения и определить психофармакологическую и психотерапевтическую мишень в работе с ними.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 367 пациентов с различной гастроэнтерологической патологией: (таблица), из них пациенты молодого возраста – 102 (средний возраст 24,4 года: мужчин – 45, женщин – 57); среднего – 176 (средний возраст 38,5 года: мужчин – 36, жен-

Заболевания ЖКТ у пациентов гастроэнтерологического профиля

Заболевание	Число	%
Хр. гастрит, гастродуоденит	103	28
ДЖП, ХБХ, ЖКБ, ПХЭС	154	42
СРК	59	16
Функциональный запор	51	14
Всего	367	100
Сопутствующие болезни		
ИБС	88	24
ГБ	117	31,8
СД типа 2	99	27
Хр. бронхит, бронхиальная астма	29	7,9
Хр. пиелонефрит, МКБ	44	12
Хр. простатит	50	42,7
Гинекологические болезни	140	56
Аллергодерматозы	75	20,4

Примечание: ДЖП – дискинезия желчных путей, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХБХ – хронический бескаменный холецистит, ПХЭС – постхолецистэктомический синдром, СРК – синдром раздраженной кишки, КБ – мочекаменная болезнь, ГБ – гипертоническая болезнь.

щин – 140), пожилого – 89 человек (средний возраст 68,5 года: мужчин – 36, женщин – 53). Контрольную группу составили: 37 человек в возрасте 20,5–54 года. Пациенты наблюдались в амбулаторных условиях в течение 2,5–15 лет. Всем больным проводилось стандартное гастроэнтерологическое обследование. Психометрическое обследование включало: распрос психологического анамнеза; состояние высшей нервной деятельности исследовали с помощью опросника, разработанного в лаборатории А.М. Вейна; оценивали по наличию клинических критериев: панических атак и хронической боли; состояние психической сферы изучали по результатам тестов: ММРІ, Спилбергера, Люшера, по госпитальной шкале тревоги и депрессии, опроснику CES-D; также изучали ситуационные факторы в генезе заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проанализированы участие психических факторов, их место и удельный вес в возникновении и развитии заболевания у обследуемых больных. Исследование показало, что у 16% (59) пациентов психическая травма и эмоциональный стресс (увольнение/конфликт на работе, тяжелая утрата и др.) непосредственно предшествовали заболеванию или его обострению. По возрасту: 8 (13,6%), 25 (42,4%) и 26 (44%) соответственно. Личностные факторы по тесту ММРІ (психастенические, истерические, психопатические, ипохондрические черты характера и эмоционально-аффективная ригидность), которые обуславливают затяжную гипертрофированную или извращенную реакцию психологического реагирования на жизненную обстановку и способствуют возникновению конфликтных ситуаций своим отношением к окружающим отмечены только в 1/3 – у 123 (31%) (рис. 1). Ипохондрические черты характера и проявления эмоционально-аффективной ригидности были присущи в основном пациентам пожилого возраста.

Большее значение имели социально-психологические факторы во всех возрастных группах: многочисленные эмоциональные травмы и микротравмы, постепенно накапливаясь в жизни пациента, вызывали свой разрушительный эффект либо были следствием длительного неразрешимого конфликта. Удельный вес отдельно взятого фактора, например отсутствие социальной поддержки, было характерно для лиц пожилого возраста. Совокупность других факторов (домашние, социальные/финансовые проблемы, раз-

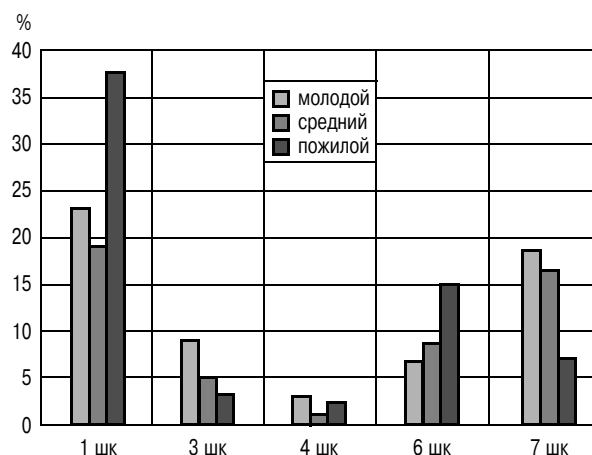


Рис. 1. Личностные факторы в генезе заболевания по тесту ММРІ.

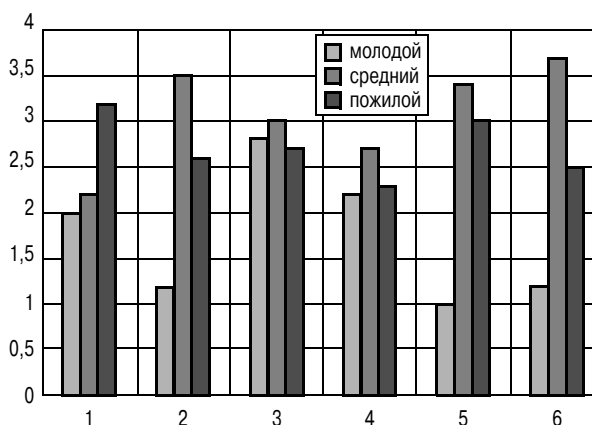


Рис. 2. Ситуационные факторы в генезе заболеваний. Цифры по вертикали – баллы. 1 – социальная поддержка, 2 – тяжелая утрата, 3 – раздельное проживание супругов (родителей), 4 – домашние проблемы, 5 – социальные/финансовые проблемы, 6 – физическое здоровье. $p \leq 0,05$.

дельное проживание родителей/супругов, физическое здоровье и др.) более характерна для лиц среднего возраста (рис. 2).

Особенности реагирования на внешние факторы способствовали психическому напряжению. Соответственно в эмоциональной сфере это проявлялось в виде тревожно-депрессивных и тревожных расстройств. По данным тестирования, тревожные расстройства наиболее часто встречались в группе среднего возраста – 43%, по сравнению с группами молодого – 20% (в 2,2 раза, $p < 0,0001$) и пожилого – 37% (в 1,2 раза, $p < 0,05$) возраста соответственно. Показатель пароксизмальных проявлений в виде панических атак также максимальным был в группе среднего возраста – 21 против 11% (в 1,9 раза,

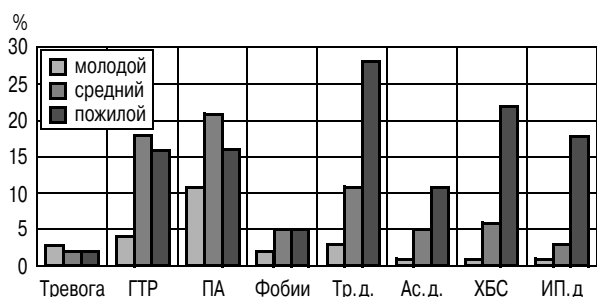


Рис. 3. Возрастные особенности проявления психо-вегетативного синдрома в эмоциональной сфере (по тестам: ММРІ, Спильбергера, Люшера, опросника CES-D, клинических критериев панических атак, гипервентиляционного синдрома и хронической боли).

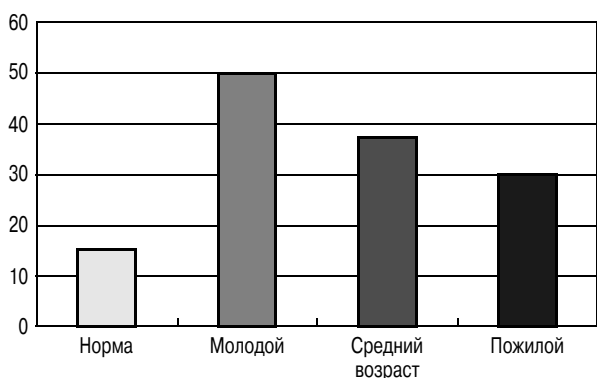


Рис. 4. Вегетативная дисфункция по данным вегетативной анкеты. Цифры по вертикали – баллы.

$p < 0,0001$) молодого и 16% пожилого (в 1,3 раза, $p < 0,001$) возраста. Депрессивные проявления (рис. 3) были характерны в целом для пациентов пожилого возраста, проявляясь разными вариантами течения, отличительным признаком соматогенной депрессии у них было ее частое сочетание с клинической картиной хронического болевого синдрома: у 33 пациентов из 89 (37%).

Вегетативные нарушения (по вегетативной анкете) определялись у всех больных независимо от характера заболевания: органического или функционального. Комплексный балл тяжести вегетативных нарушений коррелировал с возрастом пациентов: максимальным он был в молодом возрасте: $47,21 \pm 12,3$ балла (норма 15 баллов) по сравнению с группой среднего $41,51 \pm 9,9$ и пожилого возраста $37,14 \pm 10,3$, что в 1,1 и 1,3 раза выше ($p < 0,05$) соответственно (рис. 4).

Итак, с позиции психосоматики, личностные особенности у обследуемых больных в виде предрасположенности к определенной форме защиты – болезни были выявлены только в 1/3 случа-

ев. На первом месте в качестве стрессогенных факторов стояли социальные факторы во всех возрастных группах. Чаще всего пациенты на стрессорные факторы реагировали тревогой или депрессией: прослежена определенная тенденция: в более молодом возрасте преобладали тревожные расстройства, в пожилом – депрессивные. Вегетативное обеспечение также имело определенную специфику: максимальным было в молодом возрасте, минимальным, но выше нормы – в пожилом.

ВЫВОДЫ

Анализ показал, что у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта функционального и органического характера адаптационно-компенсаторные механизмы с возрастом истощаются, поиск социальной поддержки, как стратегии совладения с заболеванием, говорит о снижении мобилизации ресурсов организма, что подтверждает необходимость психофармакологической, а при возможности и психотерапевтической поддержки больных на фоне стандартной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Casey P., Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art // World Psychiatry. 2011. Feb. Vol. 10. № 1. P. 11-82.
- Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия // www.mkb10.ru
- Kuypers J.A., Bengston V.L. Perspectives of older family. Independent ageing. Quinn W.H., Hugston G.A. (ed.). Rockville: Aspen Publications. 1984. P. 3-19.
- Luban-Plozza W., Poldinger W. Psychosomatic Disorders in general Practice: Theory and Experience. Basle: Editions «Roche». 1985. P. 292.
- Чернущ Н.П. Хроническая боль: модель психосоматического расстройства (обзор литературы) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 4. С. 887-893.
- Акарачкова Е.С., Дробизев М.Ю., Воробьева О.В., Макух Е.А. Неспецифическая боль и депрессия в неврологии // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2008. № 12. С. 4-10.
- Blackburn-Munro G. Hypothalamo-pituitary-adrenal axis dysfunction as a contributory factor to chronic pain and depression // Curr Pain Headache Rep. 2004. Apr. 8. № 21. P. 16-24.
- Вельтищев Д. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации // Врач. 2009. № 5. С. 67-70.
- Лазебник Л.Б. Возрастные изменения пищеварительной системы // Клиническая геронтология. 2006. № 1.

Поступила 01.10. 2013

ЯТРОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

П.П. Пырков¹

*Московская психотерапевтическая академия,
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского,
ГКБ № 7, Москва*

Ятрогенные заболевания (греч. *Iatros* – врач, – *genes* – порождаемый; син. ятрогения) обусловлены неосторожными высказываниями или поступками медицинского персонала, неблагоприятно воздействовавшими на психику и тело человека. Термин «ятрогения» ввел немецкий психиатр О. Вунке (1924 г.) (13). Выделены две формы ятрогений: ятрогения отношения и ятрогения воздействия. В международной классификации (МКБ-10) эти расстройства включены в раздел F4.

Ключевые слова: пожилой человек, ятрогения, многопрофильная больница, психотерапия
Key words: advanced age, iatrogenic disorders, multitype hospital, psychotherapy

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в многопрофильной клинической больнице с коечным фондом 1600 мест. С целью изучения частоты, этиологии, клинических форм ятрогении и ее роли в манифестации различных психопатологических расстройств изучены 298 пациентов пожилого возраста (табл. 1). Все пациенты обследованы и пролечены с их согласия.

Использованы методы: интервью, клиничко-психопатологический, клиничко-лабораторный, клиничко-психотерапевтический и статистический.

Образование и трудовая деятельность пациентов показаны в табл. 2.

¹ Павел Петрович Пырков, кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГКБ-7, преподаватель Центра повышения квалификации Департамента здравоохранения Москвы. Тел: 8-499-782-30-36.

Пациенты со средним специальным и высшим образованием по уровню образования составляли 61%. Проработав по дипломной профессии до пенсии, имея достаточно высокий уровень интеллектуальных характеристик, эта группа пациентов отличалась чувствительностью к любым проявлениям некорректности.

Таблица 1

Пол и возраст пациентов

Пол и возраст, годы	<i>n</i>	%
Мужчины	93	31
Женщины	205	69
60–70	205	69
70–80	53	17
80–90	21	7
Старше 90 лет	21	7
Всего	298	100

Исследование показало, что число пожилых пациентов овдовевших (31%) и одиноких (16%) было значительным. Особенно уязвимы были к стрессам и интерперсональным ятрогениям одинокие пожилые пациенты, заслуживающие уважительного к ним отношения, но в реальности испытывающие фрустрацию от ятрогении отношения в поликлиниках и больницах, являющихся, по мнению пожилого больного, нередко последней надеждой на помощь.

В табл. 3 отражены некоторые поведенческие факторы персонала поликлиник, больниц, диспансеров, способствовавшие формированию ятрогении отношения. Большинство пациентов (59%) отмечали необъяснимое поведение персонала при фармакотерапии.

Медицинские сестры, раздающие лекарства по письменным назначениям врачей, скрывают названия медикаментов, предлагая получить информацию у врача.

Таблица 2

Образование и трудовая деятельность пациентов

Образование и трудовая деятельность	n	%
Начальное образование	41	14
Неполная средняя школа	32	11
Среднее общее образование	43	14
Среднее специальное	83	28
Высшее	99	33
Продолжают работать	45	15
Не работают	154	52
Инвалидность	99	33
Всего	298	100

Таблица 3

Ятрогенные факторы отношения

Интерперсональные стрессогенные факторы	%
1. Недоброжелательность и формальность персонала	9
2. Менторский тон монолога персонала вместо диалога, безапелляционность и категоричность при лечебно-диагностических процедурах	8
3. Утаивание данных клинико-лабораторных исследований и предварительного диагноза	5
4. Неразглашение названия назначенных препаратов и ожидаемого от них эффекта	59
5. Ограничение сотрудничества с родственниками пациентов	9
6. Фамильярность и бестактность медсестер, унижающие достоинство пожилого больного	10
Всего	100

Таблица 4

Ятрогенные факторы воздействия

Технологические и фармакогенные факторы	%
1. Осложнения при лапаратомиях	9
2. Косметические стоматологические пластические операции	29
3. Инфекционные послеоперационные осложнения	13
4. Пролежни	21
5. Осложнения при ангиохирургических операциях	15
6. Фармакогенные факторы, всего:	13
в том числе	
6.1. Побочные эффекты	2
6.2. Осложнения при несовместимости	2
6.3. Токсико-аллергические реакции	5
6.4. Полипрагмазия	2
6.5. Побочный эффект психофармакотерапии	2
Всего	100

Врачи также не информируют о фармакотерапии, ссылаясь на выписной эпикриз, в котором будет указана вся схема фармакотерапии.

Игнорирование существующего принципа информированного согласия на лечение, включая и фармакотерапию, вызывает у пациента сомнения в правильности лечения и тревогу.

Отсутствие информации о результатах обследования и предварительном диагнозе способствует формированию фобий (чаще – канцерофобий), не способствует доверительному сотрудничеству пожилого пациента с врачом.

Каждый 10-й пациент отмечал бестактное поведение молодых медсестер возраста его внучки, обращавшихся к пожилому больному на «ты».

В табл. 4 представлены *ятрогенные факторы воздействия* в результате неумышленного и неудачного выполнения лечебной технологии и осложненной фармакотерапии.

Половину случаев ятрогении воздействия составляют неудачные косметические, стоматологические и пластические операции, выполненные в коммерческих лечебных заведениях. Другой проблемой больниц являются пролежни (21%) у пациентов травматологических, неврологических, нейрохирургических отделений.

Недостаточно организованная профилактика пролежней добавляет страдания пожилому пациенту, значительно замедляя саногенез основного заболевания.

Фармакогенная ятрогения малопредсказуема с учетом индивидуальной толерантности. Психофар-

макотерапия, по данным исследований последних лет (1, 6, 7, 8, 9, 15), проявляется больше побочными эффектами, чем ожидаемым исцелением.

С учетом органических (соматогенных) психотических и негативных психических расстройств у пациентов многопрофильных больниц применение антипсихотических медикаментов противоречит принципу патогенетической терапии, направленной на устранение этиологии/причины соматогенных психических расстройств.

С другой стороны, соматически ослабленный организм гиперчувствителен к малым дозам нейролептиков, гарантирующих фармакогенную ятрогению воздействия.

Исследование показало, что более 70% случаев ятрогений обеих форм были сформированы до настоящей госпитализации.

В табл. 5 представлены острые соматические заболевания, выявленные при госпитализации. Согласно табл., более 61% составляли пациенты, вынужденные жить только в пределах кровати: переломы костей с необходимостью скелетного вытяжения, инсульты. Недостаточно организованный уход осложняется пролежнями, формируя ятрогению.

Психиатрическое освидетельствование проводилось нами с согласия пациентов. В процессе психопатологической диагностики проводилось интервью с целью изучения уровня медико-психологического, бытового, интерперсонального между персоналом и пациентом комфорта/дискомфорта и форм и методов помощи для дезактуализации ятрогении. В результате обследования, проведенного штатным врачом-психиатром, получены данные о психических расстройствах невротического регистра, обусловленных ятрогенным стрессом (табл. 6).

У каждого 4-го (25%) в результате ятрогенного стресса сформировалась соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы – при-

Таблица 6

Ятрогенные психопатологические расстройства

Психопатологические расстройства	Число пациентов	
	<i>n</i>	%
1. Острая реакция на стресс (F 43.0)	80	27
2. Расстройство адаптации с кратковременными депрессивными расстройствами (F 43.20)	71	24
3. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2)	62	21
4. Соматизированное расстройство (F 45.0)	9	3
5. Соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (F 45.30)	76	25
Всего	298	100

чина необоснованных регоспитализаций в кардиологические стационары.

Все диагностированные психические расстройства относятся к группе невротических (непсихотических) расстройств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение пациентов с ятрогенными психическими расстройствами проводилось в условиях многопрофильной больницы согласно Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (1992). Основной формой лечения была психотерапия.

1. При ятрогении воздействия психотерапия предусматривала переориентацию соматогнозиса пациента на реальный положительный саногенез. Переключение от обиды, разочарования, чувства реально потерянного времени и нереализованных планов из-за врачебных ошибок на самое главное – сохранение жизни и постепенное улучшение здоровья, на оптимистическую перспективу. Побочные эффекты психофармакотерапии частично устранены коррекцией схемы лечения, применением корректоров и ноотропов.

2. Пациентам с ятрогенией отношений проводили рациональную психотерапию с использованием банка данных клинико-параclinicalических обследований.

Эти данные пациента сравнивались с опубликованными в научных и справочных изданиях

Таблица 5

Соматические заболевания

Соматические заболевания	Число пациентов	
	<i>n</i>	%
1. Кардиологическая патология	66	22
2. Гастроэнтерологическая	12	4
3. Неврологическая	68	23
4. Травмотологическая	114	38
5. Хирургические заболевания	29	10
6. Гинекологическая патология	9	3
Всего	298	100

параметрами нормы в присутствии пациента. Такая форма помощи была необходима в случаях если у пациента были недоверие и сомнение в отсутствии патологии.

ВЫВОДЫ

Формирование ятрогенных расстройств в практической медицине свидетельствует о недостаточном соблюдении медицинской деонтологии врачами и медицинскими сестрами.

С другой стороны, погрешности в технологии лечебного процесса, некорректная фармакотерапия также являются ятрогенными. В обоих случаях отмечаются неумышленное игнорирование специалистами прав пациентов и недостаточное соблюдение превентивной технологической безопасности.

При всех формах ятрогенных расстройств показана психотерапия, целесообразная в начальных стадиях, в том же лечебном упреждении, где возникла ятрогения. Для этой формы помощи во всех соматических поликлиниках, больницах, консультативных центрах необходим в штате врач-психиатр/психотерапевт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Общие закономерности и индивидуальные различия в действии психотропных препаратов // Обзорные психиатрической и медицинской психологии. 2003. № 4. С. 24-26.
2. Аимкина Е.С. Удовлетворение потребностей психически больных — основа адекватного планирования психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2010. № 5 (дополнительный выпуск № 1. Материалы XVII научных Кербиковских чтений (14 мая 2010 г., М.). С. 41-42.
3. Зимин В.П. Организация непрерывной системы контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре в системе обязательного медицинского образования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1996. № 3. С. 31-36.
4. Красильников А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 1. Т. 20. С. 34-39.
5. Магазаник Н.А. Диагностика без анализов, врачевание без лекарств. Изд. Второе, переработанное, дополненное. М.: НЬЮДИАМЕД, 2011. 272 с.
6. Попович В.К., Шикина И.Б., Бакланова Т.И., Карпов С.Ю. Оценка удовлетворенности больных качеством медицинской помощи в Московской городской больнице // Клиническая фармакология и фармакоэкономика. 2010. № 5. С. 18-21.
7. Пыркв П.П. Профилактика фармакогенной ятрогении при лечении соматогенных психических расстройств у пожилых пациентов многопрофильной больницы // Клиническая геронтология. 2004. Т. 10. № 9. С. 57-58.
8. Пыркв П.П. Концепция психофармакотерапии в многопрофильной больнице // Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия: Материалы Первого Сибирского съезда клинических фармакологов. Под ред. проф. Н.Б. Сидоренковой. Барнаул: Азбука, 2006. С. 186-189.
9. Пыркв П.П. Риск последствий чрезмерной фармакотерапии соматической патологии и коморбидных психических расстройств у пожилых пациентов многопрофильной больницы // Клиническая геронтология. 2005. Т. 11. № 9. С. 42.
10. Pyrkov P. Psychopharmacotherapy in a multitype Hospital. 17-th European congress of Psychiatry. January 24-28, 2009. - Lisbon, Portugal. P. 01-157.
11. Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е. Рожнова. - 3-е изд., доп., и переработ. - Т.: Медицина, 1985. 719 с.
12. Суслин С.А. Оценка пациентами качества медицинской помощи в сельской местности // Главврач. 2005. № 1. С. 29-33.
13. Тюрина О.В., Капушев У.О., Васильев М.Д. Методические подходы к управлению удовлетворенностью больного медицинской услугой как свойством ее качества: Сборник НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Семашко РАМН: Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Материалы VI научно-практической конференции, 24-25 апреля 2001 г. М., 2001. Ч. 1. С. 223-225.
14. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. - Munchen, 1924. Bd. 2.
15. Cunningham Owens D.Q. A Guide to the extrapyramidal side - effects of Antipsychotic Drugs. - Edinburgh: Cambridge Universiti Press, 1999. 351 p.

Поступила 01.10.2013

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИЧИН СМЕРТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ

А.И. Михальский¹, В.В. Цурко²

Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН

Изучена связь причин смерти и болезней человека в конце жизни. На основании данных о причинах смерти и сопутствующих заболеваниях, собранных в США в 2008 г., выделены 10 классов болезней – причин смерти более чем в 96 % случаев. Показаны сопутствующие заболевания, наиболее часто связанные с различными причинами смерти в разных возрастных группах. Установлено немонотонное увеличение хронических заболеваний среди всей сопутствующей патологии с увеличением возраста пациента в момент кончины.

Ключевые слова: причины смерти, сопутствующие болезни, статистический анализ

Keywords: cause-specific mortality, associated diseases, statistical analysis

Состояние здоровья человека в пожилом возрасте отражает сложный комплекс изменений в организме. Исследования в биологии и медицине, цель которых – сохранить здоровье в преклонном возрасте, выдвигают на передний план изучение механизмов старения и факторов долголетия. В апреле 2002 г. на Валенсийском геронтологическом форуме принята «Программа ООН по исследованию старения в XXI в.». В программе подчеркивается важность изучения механизмов, лежащих в основе старения, и заболеваний, как связанных со старением, так и сопутствующих ему. Эти исследования должны стать основой стратегии лечения и профилактики заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста и проведения мероприятий по достижению активного долголетия [4].

Увеличение продолжительности жизни человека выдвигает новые проблемы как перед

теоретической, так и практической медициной [11,3,1]. В научной литературе широко обсуждаются демографические, экономические и социальные последствия старения населения, рассматриваются различные сценарии процесса постарения населения экономически развитых стран [7,8]. Для наиболее надежного прогноза численности людей в различных возрастных группах и состояния их здоровья, для эффективного планирования будущих социальных и медицинских мероприятий, оказания помощи пожилым необходимо использовать весь арсенал доступных методов исследования феномена старения и потери здоровья с возрастом. К этим исследованиям, в частности, относятся и исследования, в которых проводится совместный анализ заболеваемости и смертности с целью выявления взаимосвязи между различными причинами смерти и сопутствующими заболеваниями человека старшего возраста [12,13].

В статье рассматриваются данные о причинах смерти и сопутствующих заболеваниях в США. Проводится анализ структуры смертности в за-

¹ Михальский Анатолий Иванович, ведущий научный сотрудник, д-р биол. наук. Тел.: 8 (495) 334-88-20. E-mail: ipuran@yandex.ru.

² Цурко Варвара Владимировна, аспирант. Тел.: 8 (495) 334-88-20. E-mail: v.tsurko@gmail.com.

Таблица 1

Класс болезней (по МКБ-10) – причин смерти

Класс	Число умерших	%
Болезни системы кровообращения	810 185	32,7
Новообразования	580 705	23,4
Болезни органов дыхания	245 319	9,9
Внешние причины заболеваемости и смертности	184 942	7,5
Болезни нервной системы	136 677	5,5
Психические расстройства и расстройства поведения	104 702	4,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	99 467	4,0
Болезни органов пищеварения	91 319	3,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	68 588	2,8
Болезни мочеполовой системы	63 185	2,6
Другие причины смерти	91 722	3,7

зависимости от возраста умерших. Исследуются структура и возрастная зависимость сопутствующих заболеваний. Следует вывод об увеличении числа сопутствующих заболеваний с возрастом, увеличении доли дегенеративных болезней, которые, однако, не становятся непосредственной причиной смерти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы индивидуальные неперсонифицированные данные о сочетанной заболеваемости и причинах смерти в 2008 г. в США [9]. Для каждого человека представлены возраст умерших, дата и причина смерти и список сопутствующих болезней, согласно МКБ-10.

Причины смерти. В табл. 1 представлены основные классы болезней, ставшие причиной смерти в 96,3% случаев (по МКБ-10).

Из табл. 1 следует, что тремя лидирующими причинами смерти без разделения по возрасту являются болезни системы кровообращения, новообразования и болезни органов дыхания. На рис. 1 показана зависимость процентов смерти от 10 наиболее частых причин и от возраста.

Немонотонный характер доли смерти по причинам, представленным на рис. 1, свидетельствует о разном влиянии факторов риска (поведение, гигиена, питание и др.) в различном возрасте. В пожилом возрасте доля смерти от новообразований, болезней органов дыхания, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, а также болезней органов пищеварения перестает расти с возрастом и даже снижается, что говорит о сложном взаимном влиянии причин и факторов риска смерти. Смерть от болезней системы кровообращения, нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения устойчиво растет с возрастом. Доля смерти от внешних причин максимальна в молодом возрасте (до 30 лет), что, видимо, обусловлено поведенческими причинами.

В [13] рассматривается проблема статистического анализа связи между причинами смерти, в [12] изучается роль хронических заболеваний в смерти от рака пожилых людей, в [10] показана важность комплексного анализа заболеваний, которыми болел человек перед смертью, для изучения зависимости между причинами смерти.

Сопутствующие заболевания. Ценную информацию о структуре смертности можно извлечь, рассматривая заболевания, которыми болел человек перед смертью. В табл. 2 приведены первые буквы

Таблица 2

Четыре блока заболеваний (аббревиатуры) – наиболее частых причин смерти

Причина смерти	Возраст умерших, годы									
	0–14	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	
Болезни системы кровообращения	RJPQ	REJG	ERFJ	EFRJ	EFJR	EFJN	JEFN	JEFN	JRFN	
Новообразования	JIRA	JIRA	IJRA	IJRF	IFJR	IFJR	IFJE	IJFE	IJFR	
Болезни органов дыхания	RIPA	RIAG	IRAE	IRAF	IFRA	IFRE	IFRE	IFRE	IFRN	
Внешние причины заболеваемости и смертности	SGRI	SFIR	SFIR	SFIR	SFIJ	SIFJ	SIJF	SIJF	SIJR	
Болезни нервной системы	RJIP	JRIV	JRIV	JIRE	JIRE	IJRE	IJRE	IJRE	IRJE	
Психические расстройства и расстройства поведения	RJGI	IRJG	IRJE	IRJK	IRJK	IJRE	IRJE	IRJE	IRJE	
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	RJIP	JIRA	IJNR	INJR	INFJ	INFJ	INJF	INJR	INRF	
Болезни органов пищеварения	PRAJ	ARIJ	FIAR	FIAR	FIAJ	IFAJ	IAJR	IAJR	IRJA	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	PRJI	JIRG	JIRN	JIRK	KIJR	KIJR	IJNR	IJNR	IJRN	
Болезни мочеполовой системы	PRIJ	IAJR	IAJE	IAJE	IAJE	IAJE	IJAE	IJAR	IJAR	
Все причины	SPRI	SIFR	SFIR	SIFJ	SIFJ	IFJE	IJFE	IJFR	IRJF	

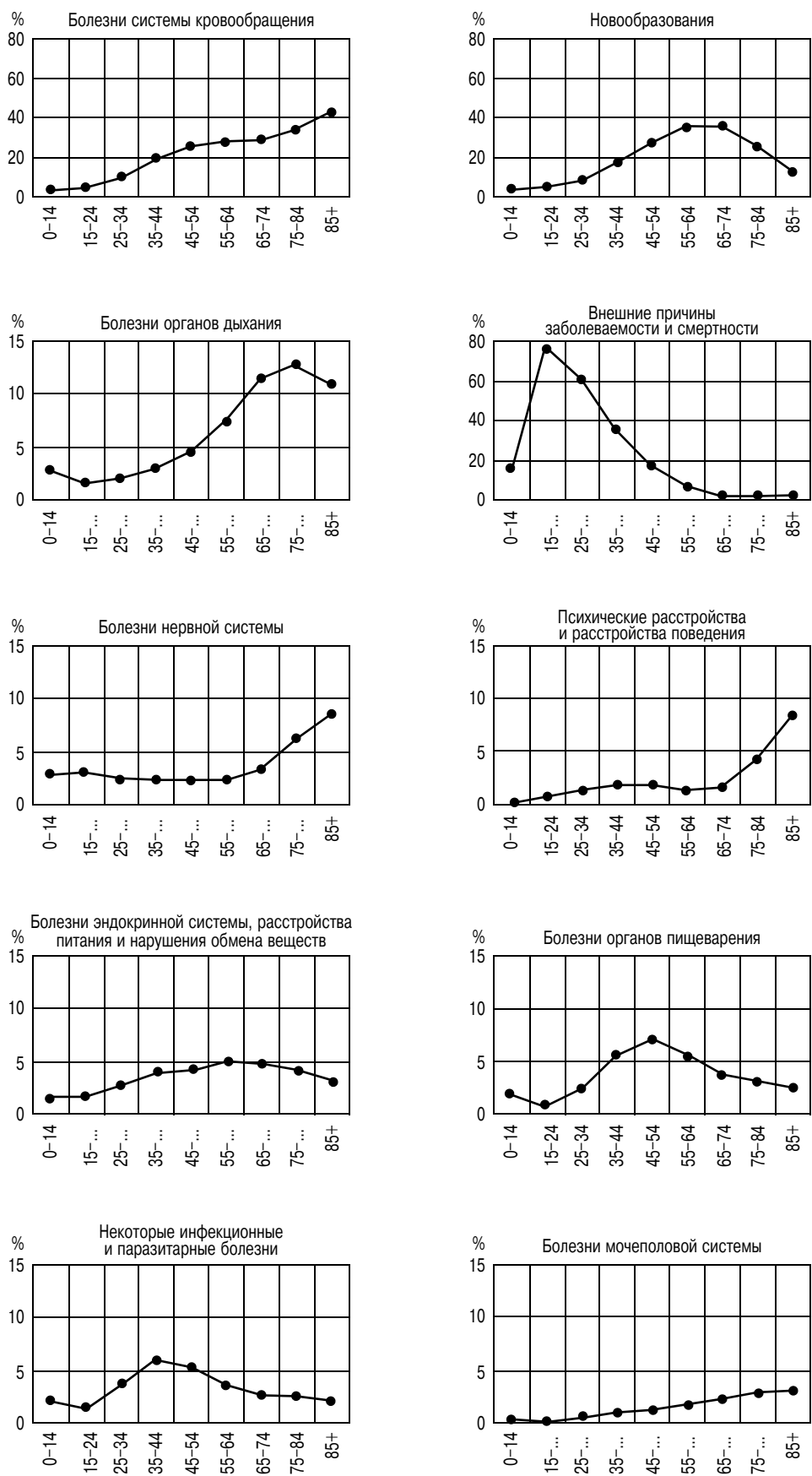


Рис. 1. Зависимость доли смерти от 10 наиболее частых причин от возраста. Цифры по горизонтали – возраст (годы), 85+, старше 85 лет. По вертикали – процент смерти.

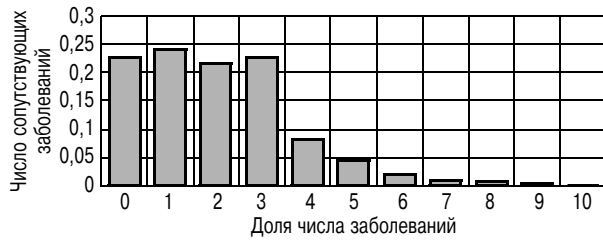


Рис. 2. Распределение числа сопутствующих заболеваний.

четырёх наиболее частых для причины смерти и возрастной группы сопутствующих заболеваний в порядке убывания их частоты. Название блока заболеваний по первой букве кода указаны в табл. 3. Из табл. 2 видно, что травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, закодированные в таблице символом S, как сопутствующие заболевания характерны для возраста умерших до 55 лет за счет доли смерти от внешних причин. В возрасте старше 55 лет травмы и отравления как сопутствующая патология уступают место болезням системы кровообращения и органов дыхания – символами I и J соответственно. Психические расстройства и расстройства поведения – символ F входят в четверку наиболее частых классов заболеваний уже с 15-летнего возраста, сопровождая чаще всего смерть от болезней системы кровообращения, органов дыхания или новообразований.

Количественная характеристика коморбидности, т. е. болезней, сопутствующих смерти, возможна при наличии данных об их распространенности. На рис. 2 показано распределение числа сопутствующих заболеваний без разделения по причинам смерти и воз-

расту умерших. В 98% случаев смерть человека сопровождалась наличием не более 6 болезней, но в отдельных случаях их может быть более 10. В табл. 4 число сопутствующих заболеваний, в 95% случаев сопровождавших умершего в определенном возрастном интервале от причин, приведенных в табл. 1. Из таблицы виден неравномерный характер числа сопутствующих заболеваний относительно причины и возраста умершего.

Для количественного выражения связи возраста умершего и сочетанной заболеваемости удобно использовать характеристику, которую назовем «индекс коморбидности», вычисляемую как усредненное по причинам и случаям смерти число заболеваний, сопровождавших человека в момент смерти в данной возрастной группе. Эта характеристика учитывает не только среднее число сопутствующих заболеваний, характерное для данной причины смерти в данном возрасте, но и возрастную распространенность причин смерти. Индекс коморбидности в *j*-той возрастной группе вычисляется по формуле

$$IC_j = \sum_j^{Nc} n_{ij} p_{ij}$$

где n_{ij} – среднее число заболеваний, сопровождавших человека при смерти по причине *i* в возрастной группе *j*, p_{ij} – доля случаев смерти по причине *i* в возрастной группе *j*, *Nc* – число рассматриваемых причин смерти. В табл. 5 приведен индекс коморбидности в различных возрастных группах. При этом исключены причины смерти, относящиеся к группам «Внешние причины заболеваемости и смерти» и «Беременность, роды и послеродовой период».

Таблица 3

Обозначения блоков сопутствующих заболеваний

Обозначение блока	Код МКБ-10	Класс заболеваний
A	A00-B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
E	E00-E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
F	F00-F99	Психические расстройства и расстройства поведения
G	G00-G99	Болезни нервной системы
I	I00-I99	Болезни системы кровообращения
J	J00-J99	Болезни органов дыхания
K	K00-K93	Болезни органов пищеварения
N	N00-N99	Болезни мочеполовой системы
P	P00-P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
Q	Q00-Q99	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения
R	R00-R99	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
S	S00-T98	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
V	V01-Y98	Внешние причины болезней и смерти



Рис. 3. Отношение индекса коморбидности по хроническим неинфекционным заболеваниям к индексу коморбидности по всем заболеваниям в различных возрастных группах по возрасту умерших.

Табл. 5 показывает, что с возрастом растет усредненное по причинам смерти число сопутствующих заболеваний и индекс коморбидности достигает максимума в группе 75–84 года, что свидетельствует о множественных нарушениях в стареющем организме, в частности и на системном уровне [5]. В возрасте старше 85 лет индекс коморбидности несколько снижается, что можно объяснить снижением доли смерти от онкологических и других заболеваний.

В табл. 6 приведены значения индекса коморбидности, рассчитанного только по хроническим неинфекционным болезням: сердечно-сосудистым заболеваниям, онкологическим, хроническим респираторным, психическим расстройствам, диабету [2].

В сравнении с индексом коморбидности по всем сопутствующим заболеваниям, представленным в табл. 5, индекс коморбидности по хроническим неинфекционным заболеваниям имеет более выраженную возрастную зависимость.

С возрастом доля хронических неинфекционных заболеваний среди всех сопутствующих заболеваний, выраженная как отношение индексов коморбидности, растет с 0,4 до 0,95 (рис. 3), достигая максимума при возрасте умершего 65–74 года. Затем она уменьшается до 0,88.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Рассмотрение данных о причинах смерти и сопутствующих при этом болезнях (США, 2008) позволяет сделать вывод, что 10 классов болезней

Таблица 4

Число заболеваний, в 95% случаев сопровождавших умершего

Причина смерти	Возраст умершего, годы								
	0–14	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+
Болезни системы кровообращения	5	4	5	5	5	5	6	6	5
Новообразования	4	4	4	4	4	4	5	5	5
Болезни органов дыхания	5	5	5	5	6	6	6	6	5
Внешние причины заболеваемости и смертности	4	5	6	6	6	6	6	7	7
Болезни нервной системы	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Психические расстройства и расстройства поведения	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5	5	5	6	6	6	6	6	6
Болезни органов пищеварения	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5	5	5	5	6	6	6	6	6
Болезни мочеполовой системы	6	6	5	6	6	6	6	5	5

Таблица 5

Индекс коморбидности в возрастных группах

Возраст умершего, годы	0–14	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+
Индекс коморбидности	1.50	1.58	1.60	1.68	1.74	1.82	1.91	1.97	1.90

Таблица 6

Индекс коморбидности по хроническим неинфекционным заболеваниям в возрастных группах

Возраст умерших, годы	0–14	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+
Индекс коморбидности	0.61	1.05	1.22	1.39	1.54	1.70	1.83	1.82	1.68

были причинами 96% смерти. Из них причины 66% летальных исходов относятся к 3 классам: болезни системы кровообращения (I00–I99), новообразования (C00–D48), болезни органов дыхания (J00–J99). Доля смерти класса «болезни системы кровообращения» в общем числе смертей растет с увеличением возраста умерших, в то время как доля смерти классов «новообразования» и «болезни органов дыхания» снижается в старших возрастных группах.

Число сопутствующих заболеваний в 95% случаях несущественно зависит от возраста умерших и колеблется между 4 и 6 болезнями. До возраста умерших 54 года травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин как сопутствующих наиболее часты, уступая в более старшем возрасте лидерство болезням системы кровообращения и органов дыхания, за ними во всех возрастных группах умерших старше 14 лет следуют психические расстройства и расстройства поведения. Чаще всего они сопровождают смерть от болезней системы кровообращения, органов дыхания или новообразований.

Оценка сочетанной заболеваемости индексом коморбидности показывает увеличение среднего числа сопутствующих болезней с увеличением возраста умерших. При этом доля хронических неинфекционных болезней среди всей сопутствующей патологии немонотонно растет с увеличением возраста умерших.

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ количественно подтверждает широко признанное явление увеличения с возрастом числа хронических заболеваний у человека, что можно интерпретировать двояко: с одной стороны, хронические болезни «накапливаются» с возрастом, с другой, – существует гипотеза, что наличие некоторых хронических болезней может способствовать продлению жизни. Последнее суждение совпадает с заключением М. Благодского [6], что в условиях неполного здоровья организм мобилизует адаптационные механизмы и в результате способствует продлению жизни. Это обстоятельство может объяснять, в частности, снижение смертности при некоторых заболеваниях в старшем возрасте. Изучение влияния сопутствующих болезней на

смертность по причинам может оказаться полезным для выделения хронических болезней, которые стимулируют адаптационные механизмы организма человека. Принятие точки зрения о протекторной роли некоторых хронических болезней, возможно, целесообразно при выработке стратегии лечения лиц пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В.Н. Приоритетные направления фундаментальной геронтологии // *Клин. геронтол.* 2003. Т. 9. № 12.
2. Глова С.Е., Хаишева Л.А., Браженский В.Н., Кательницкая Л.И. Неинвазивные методы скрининговой диагностики хронических неинфекционных заболеваний: учебное пособие для врачей. Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, 2008. 51 с. 34 ил.
3. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // *Успехи геронтол.* 2009. Т. 22. № 1. С. 49-59.
4. Andrews G.R., Sidorenko A., Andrianova L.F., Anisimov V.N. et al. The United Nation research agenda on ageing for the 21st century // *Успехи геронтол.*, 2001. Т. 7. С. 7-25.
5. Barabasi A.-L., Gulbahce N., Loscalzo J. Network medicine: a network-based approach to human disease // *NATURE Rev. Genet.* 2011. Vol. 12. P. 56-68.
6. Blagosklonny M. Why human lifespan is rapidly increasing: solving «longevity riddle» with «revealed-slow-aging» hypothesis // *Aging.* 2010. Vol. 2. № 4. P. 177-182.
7. Lutz W., O'Neill B.C., Scherbov S. Europe's Population at a Turning Point // *Science.* 2003. Vol. 299. P. 1991-1992.
8. Lutz W. Demographic Metabolism: A Predictive Theory of Socioeconomic Change // *Population and development review.* 2012. Vol. 38. P. 283-301.
9. Mortality Data, Multiple Cause-of-Death Public-Use Data Files [Электронный ресурс] // URL.: http://www.cdc.gov/nchs/data_access/VitalStatsOnline.htm#Mortality_Multiple
10. Stallard E. Underlying and multiple cause mortality at advanced ages: United States 1980-1998 // *North American Actuarial Journal.* 2002. Vol. 6. P. 64-87.
11. Tinker A. The social implications of an ageing population // *Mech. Ageing Dev.* - 2002. - Vol. 123. - P. 729-735.
12. Yancik R., Havlik R.J., Wesley M.N. et al. Cancer and comorbidity in older patients: a descriptive profile // *Annals of Epidemiology.* 1996. Vol. 6. P. 399-412.
13. Yashin A.I., Ukraintseva S.V., Akushevich I.V. et al. Trade-off between cancer and aging: What role do other diseases play?: Evidence from experimental and human population studies // *Mechanisms of Ageing and Development.* 2009. Vol. 130. P. 98-104.

Поступила 09.10.2013

УДК 613.98 612.67

УХОД ЗА ПОЖИЛЫМ В ОТДЕЛЕНИЯХ ВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ И РЕАЛЬНОСТЬ

И.А. Трубникова, Ю.В. Конев¹

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова

Полноценный уход за лицами группы повышенного риска возможно обеспечить расширением сети и совершенствованием деятельности учреждений и служб, предоставляющих пожилым людям комплекс жизненно важных услуг, ориентированных в медицинском и социальном отношении, таких как отделения временного пребывания, медико-социальные и реабилитационной помощи в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторно-поликлинического звена.

Ключевые слова: пожилой возраст, уход, временное пребывание
Key words: aged, care of patient, temporary stay in a hospital

Современная демографическая ситуация в России с низкой рождаемостью на фоне высокой смертности сопровождается устойчивой тенденцией – ростом числа лиц старше трудоспособного возраста.

Существенные структурные изменения, сопровождающиеся глобальными и долгосрочными процессами модернизации устройства общества, связаны с обострением проблем наиболее уязвимых групп населения, в первую очередь пожилых людей группы повышенного риска.

Всемирная организация здравоохранения определяет группы высокого риска как группы населения с высоким риском ухудшения здоро-

вья или экономического и социального состояния. К этим группам отнесены:

- 1) очень старые люди – 80, 90 лет и старше;
- 2) пожилые, живущие одиноко (семья из одного человека);
- 3) пожилые женщины, особенно одинокие и вдовы;
- 4) изолированно живущие пожилые (одинокие или пожилые пары);
- 5) бездетные пожилые; пожилые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- 6) пожилые пары, в которых один супруг тяжело болен или страдает физическим недостатком;
- 7) пожилые, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства.

¹ Конев Юрий Владимирович, д-р мед. наук, профессор кафедры терапии, гериатрии и профилактики МГМСУ. E-mail: ukonev@yandex.ru.

Далеко не все пожилые и старые люди нуждаются в медико-социальных мероприятиях. По данным ВОЗ, «большинство пожилых людей, в общем здоровы — как физически, так и психически». Примерно 7 из 10 людей в возрастной группе 70–80 лет не требуют посторонней помощи при уходе за ними.

Наиболее уязвимой категорией среди лиц пожилого и старческого возраста, особенно нуждающихся в медицинской помощи, уходе и социальной защите, является очень быстро растущая группа старше 80 лет, коих насчитывается в Российской Федерации более 3 млн. Продолжается устойчивый рост численности долгожителей — людей, перешагнувших 90-летний возрастной рубеж. Если на начало 1998 г. численность лиц в возрасте от 90 лет составляла 333,78 тыс. человек, то на начало 2010 г. она увеличилась до 384,27 тыс. Заметно увеличивается и численность тех, кому исполнилось 100 лет и более (1998 г. — 8070, 1999 г. — 10820, 2010 г. — 15558).

Экспертные прогнозы указывают на обострение проблем одиночества пожилых людей (по мнению 76,9% опрошенных) и особенно проблем одиноких пожилых женщин, поскольку их численность сейчас намного больше численности одиноких пожилых мужчин. В России около 5 млн граждан старших возрастных групп относятся к категории одиноких и одиноко проживающих. К группам «угрожаемых» относят всех лиц в возрасте старше 70 лет, пожилых и старых людей, особенно недавно потерявших близких, выписанных из больниц, недавно ушедших на пенсию.

Считается, что потеря супруга, отделение взрослых детей, создавших свою семью, — это факторы риска того, что часть лиц пожилого возраста проживают без семьи и оказываются одинокими. Среди одиноких лиц в возрасте 60 лет и старше мужчины составили 37%, женщины — 63%. Наибольшее число нуждающихся в постороннем уходе приходится на возраст 70–79 лет, что составляет 50% всех обследованных. Из этой группы больных были полностью или частично обездвиженными — 83%, в том числе по причине нарушений мозгового кровообращения — 54%, из-за нарушений целостности опорно-двигательного аппарата, расстройств функций тазовых ор-

ганов и эндокринных нарушений — 22%, из-за полной потери зрения — 7%.

К группе риска относятся пожилые и старые люди с нарушениями психики. Только 37,6% лиц 60 лет и старше являются психически здоровыми среди не состоявших на учете по поводу психических заболеваний. У остальных: психозы — 1,9%, невротические депрессии — 11,4%, астеноневротическая симптоматика — 38,8%, токсикомании (алкоголизм) — 10,3%. Последние годы отмечено увеличение частоты вновь зарегистрированных психозов и старческого слабоумия с 9,2 до 14,5% на 10 тыс городского населения. При анализе устного опроса пожилых 75–90 лет, проживающих дома и в приюте, выявлена группа физически слабых людей, особенно восприимчивых к болезням. Из них 28%, преимущественно женщины, жаловались на депрессию. Признаки депрессии отмечены в большей степени у одиноких и наиболее старых людей.

Особого внимания требует к себе категория пожилых, которые в силу ограничения подвижности («узники комнаты», «прикованные к постели») не могут самостоятельно посещать медицинские учреждения: мужчин — 17,8%, женщин — 41,3%. Следует, что эти пожилые нередко недополучают врачебную помощь на дому, 8% нетрудоспособных не выходят из своей квартиры, 2% находятся на постельном режиме.

К группе повышенного риска можно отнести пожилых и старых людей, страдающих остеопорозом. В Москве разрежение тел позвонков определялось у 100% мужчин старше 75 лет.

Важным фактором риска у пожилых и старых людей является экономический фактор. По данным опросов, 32,4% обследованных сообщали, что «не могут свести концы с концами». Анализ распределения материальной помощи показал, что 62,4% опрошенных не получают помощь вообще (кроме пенсии), 28% получают ее от детей, 2,8% — от внуков, 1,8% — от друзей, 4,6% — от органов социальной защиты, 0,5% — от благотворительных организаций. Только 4–7% российских пенсионеров могут позволить платное лечение, дорогие лекарства, отдых. 34% пожилых еще проживают в домах с печным отоплением, 51% — без горячей воды, 45% — без душа и ванны.

Особое внимание следует уделять среди пожилых и старых людей группы повышенного риска

лицам, принимающим более 5 лекарственных препаратов одновременно и обращающихся к врачу более 6 раз в год. Учитывая особенности фармакокинетики и фармакодинамики в пожилом и старческом возрасте, прием более 4 препаратов считается нецелесообразным.

Пожилых людей без определенного места жительства можно отнести к группам риска.

Потребность лиц пожилого возраста в медицинской помощи на 50% выше, чем населения среднего возраста. В медицинской помощи нуждаются каждые 43 из 100 лиц пожилого и старческого возраста, в уходе — 11,4%, доставке лекарств на дом — 6,3%, приготовлении пищи — 4,5%, доставке продуктов — 2%. В целом нуждаемость в амбулаторной помощи — у 82,3% лиц старших возрастных групп, в стационарном лечении — 12,3%, в пансионатах для пожилых — 1,7%, не нуждались в помощи лишь 3,7% обследованных. В старческом возрасте в уходе нуждаются 56,3%, получали его только 12,4%. В старших возрастных группах увеличивается число вызовов скорой помощи и обращаемость за помощью на дому при резком снижении уровня госпитализации и количества посещений в поликлинике. Анализ обращаемости за скорой медицинской помощью показал, что почти половина вызовов поступает от пенсионеров и инвалидов.

Особенностью старшей возрастной группы населения является высокая потребность в медико-социальной помощи различного вида. Только в 16% случаев требовалось пребывание в многопрофильной больнице, в 15% можно было обойтись и больницей местного уровня, стационаром на дому, в 11% требовалось пребывание в пансионате, в 9% — помещение в учреждение сестринского ухода.

Госпитализация одиноких пожилых людей чаще всего обусловлена не медицинскими, а социальными показаниями. При этом 37% одиноко живущих пенсионеров, имеющих родственников, хотели бы лечиться в больнице, а среди тех, кто не имеет родственников, в больнице хотят быть помещены более половины обследованных. Высока потребность лиц старшего возраста в госпитализации в стационарные лечебные учреждения — 260 случаев на 1000, при фактической госпитализации в 154–165 случаях. В периодическом стационарном лечении нуждаются 10,4–12,7% лиц пенсионного возраста. В России

нуждаются в адресной медико-социальной помощи в виде постоянного ухода около 1,5 млн человек. Количество мест в стационарных учреждениях социального обслуживания всего около 240 тыс. В постоянном пребывании в стационарных учреждениях по медико-социальным показаниям нуждаются 2,4% пожилых. Основные показания для направления: неспособность покинуть помещение без посторонней помощи. Другая важная группа пациентов — больные с хроническими поражениями головного мозга. При этом тяжелые формы деменции наблюдаются у 4–7% пожилых людей, средней тяжести — у 11%. В возрастной группе 80 лет и старше деменцией в тяжелой форме страдают 20%. Особенностью потребности пожилых в медико-социальной помощи является ее резкое нарастание с возрастом. Так, при потребности в пребывании в медико-социальных учреждениях в среднем для всей старшей возрастной группы (65 лет и старше) на уровне 5%, для лиц в возрасте 85 лет и старше она составляет 20% для постоянного пребывания в этих учреждениях и достигает 50% для временного пребывания.

Адекватная терапия гериатрических больных возможна не только в условиях многопрофильного стационара, но и в медико-социальных отделениях, потому что основной причиной госпитализации пациента является необходимость в уходе, и подобные отделения подходят для лечения пожилых пациентов группы повышенного риска и ухода за ними.

В настоящее время в Москве проживают около 2 млн лиц 60 лет и старше, из них более 400 000 одиноко проживающих. В целом до 20% (400 тыс. человек по городу) пожилых и старых людей нуждаются в гериатрическом уходе разной сложности, причем примерно 200 тыс. гериатрических больных нуждаются в постоянном наблюдении в виде патронажа (по расчетам Медсоцэкономинформ, проведенным для федеральной программы «Старшее поколение»).

Особую роль в уходе за гериатрическими больными групп повышенного риска сыграют стационарные койки по уходу, которые позволят госпитализировать нуждающихся больных на длительный срок от 1 до 3 мес. Основная цель создаваемых отделений по уходу — оказание квалифицированной медицинской помощи, предусматривающей уход в течение длительного срока

за больными пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями и больными с тяжелой инкурабельной патологией, не требующими постоянного врачебного наблюдения.

Задачи отделения по уходу:

- Осуществление комплекса мероприятий по оказанию квалифицированной сестринской помощи больным, в том числе: сестринский уход за пациентами с дефицитом самоухода (контроль за витальными функциями, санитарно-гигиенические мероприятия, удовлетворение нарушенных потребностей, профилактика пролежней, кормление больных, в том числе зондовое питание).
- Выполнение профилактических, лечебных и возможных диагностических врачебных назначений.
- Оказание больным врачебной помощи и при необходимости проведение необходимых врачебных манипуляций.
- Внедрение в практику работы отделения современных методов лечения и ухода за пациентами.
- Оказание социальной помощи: оформление пациентов в специализированные интернаты, дома престарелых.
- Оказание социально-психологической помощи родственникам больных.

На это направлен Приказ № 458 от 07.10.04 г. Департамента здравоохранения г. Москвы «Об организации отделений по уходу в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы», предлагающий перепрофилировать часть коечного фонда города под эти нужды.

В штатную структуру отделения входят: заведующий отделением, врач-гериатр, старшая медицинская сестра, процедурная медсестра, медсестра палатная, медсестра по уходу за больными, сестра-хозяйка, санитарка-ваннищица, санитарка-буфетчица, социальный работник, медицинский психолог. Причем число среднего и младшего медицинского персонала увеличивается по сравнению с обычными отделениями. С целью повышения эффективности медико-социальной помощи больным в штатное расписание отделения по уходу могут быть введены дополнительные штатные должности за счет средств, полученных от реализации услуг по уходу, например психолог. Поскольку оказание психологи-

ческой помощи лицам пожилого и старческого возраста занимает важное место, 78,4% ощущают бессилие перед обстоятельствами.

Госпитализации в отделение по уходу подлежат:

- Больные, получившие полный курс стационарного лечения в соответствии с действующими медико-экономическими стандартами и по своему состоянию не нуждающиеся в дальнейшем пребывании в профильном лечебном отделении.
- Больные пожилого и старческого возраста, одинокие, страдающие хроническими заболеваниями, нуждающиеся в медицинском и социальном уходе.
- Больные с тяжелой инкурабельной патологией, не требующие постоянного врачебного наблюдения, нуждающиеся преимущественно в оказании сестринской помощи, с дефицитом самоухода, или уход за которыми в домашних условиях невозможен, течение заболеваний и тяжесть состояния которых не требует пребывания в специализированных отделениях больницы.

Отбор на госпитализацию, ее очередность осуществляет врачебно-отборочная комиссия под руководством заместителя главного врача по медицинской части. Заседания комиссии проводятся не реже 1 раза в неделю. Длительность пребывания пациента в отделении по уходу не должна превышать 2 мес. Дальнейшее пребывание больного в отделении возможно по решению врачебно-отборочной комиссии больницы, но продолжительность пребывания должна быть ограничена до 3 мес, иначе отделение превратится из временного пребывания в постоянное.

Для полноценного функционирования отделения необходимо на должность заведующего отделением назначать специалиста с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или специалиста с высшим медицинским образованием по специальности «сестринское дело», имеющего квалификацию «менеджер», прошедшего первичную специализацию по специальности «гериатрия».

Первичную специализацию по специальности «гериатрия» должны пройти заместители главного врача по лечебной части тех лечебных учреждений, в которых создаются отделения по уходу.

Особое внимание следует уделять подготовке *среднего медицинского персонала*. Бытует совершенно справедливое мнение «Гериятрия — это царство медсестер». Мировой опыт показывает, что основополагающим фактором не только для выздоровления пожилого человека, но зачастую и для продления его жизни является выхаживание, которое могут осуществлять медицинские работники среднего и низшего звена. Умение грамотно и заботливо выполнять медицинские и санитарно-гигиенические процедуры, своевременно заметить изменения в состоянии больного, оказать необходимую помощь и информировать врача — это неперемное условие успешной работы медсестры медико-социального или геронтологического отделения.

Средний медицинский персонал должен пройти специализацию по гериатрическим дисциплинам. Подготовка среднего медицинского персонала для гериатрических учреждений должна осуществляться в специализированном медицинском училище, педагогический персонал которого должен пройти профессиональную переподготовку по специальности «гериатрия».

В ближайшее время необходимо:

- разработать стандарты оказания помощи лицам старших возрастных групп (критерии медико-социального обслуживания учреждениями здравоохранения и социальной защиты, а также госпитализации, оказания срочной и долговременной медицинской помощи, лекарственного обеспечения);

- обеспечить подготовку врачей — гериатров для работы в гериатрических подразделениях медицинской и социальной служб,
- провести переподготовку медсестер для работы в гериатрических подразделениях,
- организовать в амбулаторно-поликлинических учреждениях отделения лечебно-реабилитационной помощи больным старших возрастных групп по типу дневных стационаров и стационаров на дому; обеспечить силами отделения патронаж больных старших возрастных групп с ограничением двигательной активности на дому.

Источниками финансирования деятельности отделения могут быть: средства городского бюджета здравоохранения и средства обязательного медицинского страхования, дополнительным источником финансирования — внебюджетные средства, сформированные в соответствии с тарифами, с учетом тяжести состояния пациента.

Таким образом, для полноценного ухода за лицами, входящими в группу повышенного риска, необходимо расширение сети и совершенствование деятельности учреждений и служб, предоставляющих пожилым людям комплекс жизненно важных услуг, в медицинском и социальном отношении, ориентированных, таких как отделения временного пребывания, медико-социальные и реабилитационной помощи в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторно-поликлинического звена.

Поступила 09.10.2013

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Л.В. Винокурова¹, И.Е. Трубицына, Е.А. Дубцова, М.А. Агафонов,
И.С. Шулятьев

ГБУЗ МКНЦ, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва

Подробно описан сложный механизм саморегуляции функций поджелудочной железы и различных отделов кишечника в условиях хронического воспаления железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит, панкреатическая недостаточность

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic insufficiency

В гастродуоденопанкреатическом комплексе существует внутренняя взаимосвязь — основа саморегуляции, синхронности, последовательности, интеграции и самоконтроля функции входящих в нее органов пищеварения. Это довольно жесткая иерархия механизмов управления, благодаря которой при срыве местной системы саморегуляции автоматически включается более высокий уровень управления и контроля, мобилизующий нейроэндокринный механизм коррекции [1,2].

Дуоденопанкреатический контур регуляции и саморегуляции секреции электролитов и ферментов достаточно сложен и многокомпонентен по своим механизмам, составляющим дуоденального химуса и продуктам ацинарной и дуктулярной секреции, особенно в управлении секрецией ферментов поджелудочной железы [2]. Стимулирует ее секрецию блуждающий нерв путем высвобождения ацетилхолина, дуоденального холецистокинина и секретина, нейротензина, норадреналина, оксида азота, гистамина, инсулина, которые могут также выступать в роли вазодилататоров и усиливать кровоток в железе, что играет роль в усилении панкреатической секреции. Ингибиторы панкреатической секреции, такие как глюкагон, соматостатин, энкефалин, кальци-

тонин, кальцитонин-рилизинг-пептид, желудочный ингибирующий пептид, панкреатический полипептид, пептиды У и УУ, норадреналин могут оказывать прямое и не прямое воздействие на ациноцит. Прямой эффект реализуется через специфические мембранные рецепторы, а не прямой — угнетением высвобождения стимуляторов секреции и уменьшением кровотока в железе. Торможение секреции панкреатических ферментов по принципу обратной связи происходит при повышении их содержания и активности в крови и полости двенадцатиперстной кишки. Кроме того, секреция поджелудочной железы зависит от давления секрета в ее протоковой системе [2,3].

Расположенные на базальной мембране рецепторы к секретину, холецистокинину, ацетилхолину, гастрину и другим биологически активным веществам очень специфичны и могут располагаться как во всей поджелудочной железе, так и на определенных клетках [4–7].

Хронический панкреатит — воспалительное заболевание, при котором со временем развивается функциональная недостаточность железы, обусловленная необратимыми морфологическими изменениями [8]. На ранней стадии болезни могут формироваться выраженные морфологические изменения в ткани железы при осложненном течении, что может привести к быстрой панкреатической недостаточности. Особенностью хронического панкреатита являются одновре-

¹ Винокурова Людмила Васильевна, ведущий научный сотрудник МКНЦ. Тел.: 8 (495) 304-95-51. E-mail: vinokurova52@mail.ru.

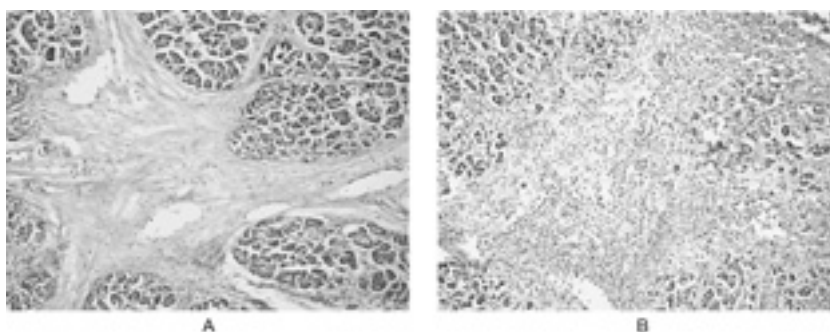


Рис. 1. Поджелудочная железа. Одновременное острое и хроническое воспаление в ткани. А — зрелая соединительная ткань. Б — инфильтрация лимфоцитами и нейтрофилами.

менное острое и хроническое воспаление с фиброзирующими изменениями, гиперферментемия при экскреторной ферментной недостаточности (рис. 1) [9,11].

Значительные морфологические изменения приводят к быстрому возникновению панкреатической недостаточности, если отсутствует адекватная ферментная терапия больных.

В норме в кишечном секрете насчитывается 22 фермента, участвующих в обработке пищевых веществ. В основном это завершающая стадия переваривания пищевых веществ, начатое в желудке. В полости двенадцатиперстной кишки происходит активация трипсиногена панкреатического сока и переход его в трипсин. В секрете присутствуют липаза, амилаза и др. Снижение выработки ферментов приводит к тому, что пищевой субстрат не расщепляется до простых соединений и не переводится в водорастворимое состояние, соответственно не поступая в кровь, в ткани и клетки. Нарушается кругооборот веществ между кровью и пищеварительным трактом. Меняется аминокислотный состав кишечного содержимого. Пищеварительный тракт пытается обеспечить наличие в своем содержимом недостающих компонентов, естественно, пока в организме имеется запас незаменимых материалов. Факторы, изменяющие состав аминокислот в содержимом кишечника, мало изучены, но, несомненно, основную роль играют недостаток ферментов, снижение их гидролитической активности и скорости гидролиза белков. Торможение конвейера обработки пищевого субстрата может приводить к парадоксальному действию — разрушению пищеварительных ферментов, усугубляя ферментную недостаточность в кишечном содержимом.

Для нормального состояния слизистой оболочки тонкой кишки и ее функций: синтетической, мембранного пищеварения, всасывания, регенерационных процессов необходимо поступ-

ление в полость кишки питательных веществ и пищеварительных соков с наличием активных гидролаз. Это предполагает постоянную «работу» пищеварительного конвейера, но он постоянным быть не может. В деятельности пищеварительного тракта хорошо выражена периодичность, которая находится под контролем нервных и гуморальных стимуляторов: активная фаза секреции поджелудочной железы и фаза покоя.

Помимо этого, секреция ферментов железы регулируется по принципу отрицательной обратной связи, что способствует созданию в полости двенадцатиперстной ферментативной активности в широком диапазоне.

Большинство работ по исследованию возвратного торможения панкреатической секреции и роли в нем ферментов выполнено с акцентом на роль в этом торможении панкреатических протеиназ и их зимогенов — трипсиногена и химотрипсиногена (рис. 2). Этот механизм необходим, чтобы предупредить внутриацинарную активацию трипсиногена.

Торможение секреции обеспечивается активатором рилизинга холецистокинина I-клет-

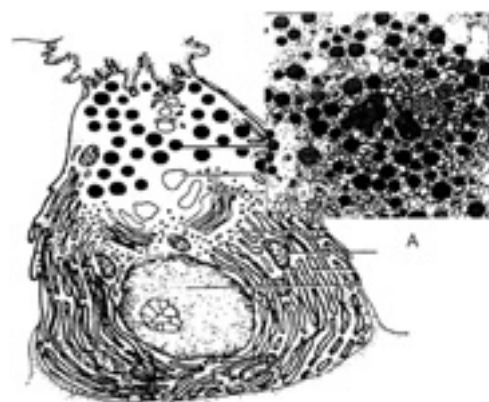


Рис. 2. Повышенное содержание зимогенных гранул в апикальной части ацинарной клетки. А — изменение свойств зимогенных гранул: слипание, повреждение мембран.

ками дуоденальной слизистой оболочки. Это нашло подтверждение в том, что ингибитор трипсина снимает дуоденальный тормозной эффект трипсина. Вместе с тем трипсиноген и трипсин тормозят панкреатическую секрецию при кислой реакции дуоденального содержимого, когда нет условий для триптического протеолиза. Тормозят эту секрецию не только трипсин, химотрипсин и их зимогены, но и α -амилаза и панкреатическая липаза. Однако сенсорный порог их эффектов с дуоденальной слизистой оболочки существенно выше, чем для трипсина. Механизм возвратного торможения панкреатической секреции гидролазами — сложный процесс и не может быть объяснен только блокадой протеолиза из полости двенадцатиперстной кишки, высвобождением стимуляторов рилизинга холецистокинина.

Возвратное торможение панкреатической секреции можно представить так:

1. Секреция поджелудочной железой ферментов осуществляется рефлекторно пара- и эндокринно в зависимости от pH и ферментативной активности дуоденального содержимого по принципу отрицательной обратной связи.

2. Тормозят секрецию ферментов свободные от связи с субстратами ферменты, которые должны поступить извне в достаточном количестве: «лишние» ферменты могут превратиться в субстрат. В данном случае основную роль играет лечащий врач, который может регулировать количество вводимых ферментов, оценивая действие их по положительному эффекту у больного.

3. Минимальная концентрация фермента в дуоденальном содержимом тормозит секрецию именно этого фермента — селективное торможение.

4. С увеличением концентрации фермента тормозится секреция и разноименных ферментов, а также гидрокарбонатов — генерализованное торможение панкреатической секреции.

5. В реализации возвратного торможения панкреатической секреции ведущее значение имеют вагусный, холецистокининовый и секретинный механизмы с триптической инактивацией нескольких стимуляторов рилизинга холецистокинина как основного стимулятора секреции панкреатических зимогенных и активных гидролаз.

6. Двенадцатиперстная кишка с ее мультисенсорной способностью, которая резко убывает в дистальном отделе тонкой кишки. Причем, рецепция разных ферментативных активностей в неодинаковой мере представлена по длине двенадцатиперстной кишки — слизистая оболочка

начальной ее части наиболее реактивна к протеиназам, дистальной части — к амилазе, низкая реактивность к липазе более равномерно распределена по длине ДПК. В естественных условиях холецистокинин выступает в роли паракринного стимулятора вагусных эффектов.

Ферменты и их зимогенные предшественники покидают синтезирующие их glanduloциты через апикальную часть ациноцита (см. рис. 2). Транспорт ферментов, относительное постоянство их содержания и активности в патологическом состоянии (гипо- и гиперферментемия), значительно меняются, сохраняя необходимое количество ферментов, но необходимое их количество зависит от адаптационных возможностей в каждом конкретном случае, от состояния клеток-продуцентов соответствующих гидролаз (их ферментативный потенциал) и условий оттока из желез их секретов, от морфофункционального состояния ферментпродуцирующих и секретотранспортирующих компонентов. Спектр панкреатических ферментов меняется при их транспорте через ациноциты железы.

Кроме того, ферменты играют многоплановую метаболическую роль в организме. Желудочные и панкреатические гидролазы регулируют функциональную активность секреции поджелудочной железы и желудочных желез.

На панкреатическую секрецию ферментов оказывает влияние система дуоденопанкреатической саморегуляции. Функциональное ее назначение в том, что она играет информационную роль в регуляторном обеспечении соответствующего ферментного спектра панкреатического секрета по составу и свойствам дуоденального химуса, срочной адаптации к виду и количеству нутриентов в химусе для оптимизации тонкокишечного пищеварения. В последние годы проблема регуляторной роли сериновых протеиназ и специальных рецепторов их на мембранах клеток многих органов (протеиназоактивируемые рецепторы) привлекает все большее внимание. Эти рецепторы в реализации эффектов используют классический механизм G-белков и последующих вторичных мессенджеров.

Таким образом, ферментам поджелудочной железы отводится роль гидролаз нутриентов пищи, электролиты секретов обеспечивают оптимизацию среды (pH, «текучесть»), в которой происходит гидролиз нутриентов, а в комплексе они регулируют пищеварительные функции как стимуляторы или ингибиторы секреторной деятельности железы.

С целью исследования роли ацетилхолина, серотонина и цитокинов в прогрессировании хронического панкреатита и формировании его осложнений обследованы 50 больных хроническим панкреатитом алкогольной этиологии (48 мужчин, 2 женщины) в возрасте 30–60 лет. Контрольная группа включала 15 клинически здоровых лиц. Установлено, что у больных повышено содержание серотонина как натощак, так и после стандартного завтрака. У здоровых лиц после завтрака имеют место тенденция к увеличению содержания серотонина в крови и достоверное повышение уровня ацетилхолина ($p < 0,05$). У больных после завтрака наблюдается тенденция к снижению уровня ацетилхолина ($p > 0,05$) в сравнении с высоким исходным уровнем $1,8 \pm 0,4$ нмоль/л (контроль – $0,8 \pm 0,06$ нмоль/л) и достоверное повышение уровня серотонина ($p < 0,05$). У больных его содержание возрастало вдвое ($0,36–0,43$ мкг/мл; контроль – $0,19 \pm 0,03$ мкг/мл), несмотря на его высокий исходный уровень. Высокий уровень серотонина частично указывает на повышение его роли не только как стимулятора секреторной активности, но и как медиатора воспаления, свидетельствуя о наличии воспалительной реакции, которая после пищеварительной стимуляции усиливается. На постоянную воспалительную реакцию указывает повышенный уровень провоспалительных цитокинов в период ремиссии, который не снижается до контрольных значений. ИЛ-1 β , ремиссия – $320,5 \pm 58,0$, контроль – $37,1 \pm 7,6$; ИФН- γ , ремиссия – $214,7 \pm 35,4$, контроль – $39,0 \pm 7,2$ пг/мл.

Уменьшение экзосекреторного потенциала поджелудочной железы ведет к напряженной секреции оставшейся функционирующей массы glanduloцитов и может быть одной из усугубляющих ее патологию причин. Из-за низкого содержания ферментов в двенадцатиперстной кишке отсутствует сигнальная, регуляторная роль гидролаз по принципу отрицательной обратной связи. Полиферментные дуоденальные инстиляции дают суммированный генерализованный, ингибирующий панкреатическую секрецию эффект. Только с помощью заместительной ферментной терапии можно восстановить регуляторные нарушения пищеварительного конвейера. На фоне малого количества ацинарных клеток зимогенных гранул в них много. В этих условиях может возникать внутриклеточная активация профермента и аутофагия ацинарных клеток. Возникают зоны острого воспаления, происходит «ускользание» фермен-

та в кровь, отсюда гиперферментемия на фоне ферментной недостаточности. Адаптивная ферментемия – скорая помощь организма самому себе при хронических, часто рецидивирующих заболеваниях с очагами острого воспаления [10].

Таким образом, в результате сниженного содержания ферментов в двенадцатиперстной кишке отсутствует механизм торможения секреторной активности ацинарных клеток по принципу обратной связи. Для восстановления «конвейера» пищеварительного процесса, физиологических регуляторов как секреции, так и ингибирования секреторной активности железы необходим прием ферментных препаратов, что поможет восстановить физиологические секреторно-ингибирующие взаимоотношения, остановит повышенный синтез собственных ферментов, предупреждая острое воспаление поджелудочной железы. Нельзя забывать, что в результате повышенного содержания серотонина и провоспалительных цитокинов создается фон, на котором возможно иммунное и (или) нейрогенное воспаление – непосредственного участника возникновения и поддержания болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коротко Г.Ф. Рециркуляция ферментов пищеварительных желез. Краснодар, 2011. 143 с.
2. Коротко Г.Ф., Восканян С.Э. Механизмы формирования свойств панкреатического секрета // Российск. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003, приложение № 20. С. 16-25.
3. Коротко Г.Ф. Регуляция секреции поджелудочной железы // Российск. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999. Т. 9. № 4. С. 6-15.
4. Tang C., Biemond I., Lamers. Cholecystokinin receptors in human pancreas and gall bladder muscle: a comparative study // Gastroenterology. 1996. № 111. P. 1621-1626.
5. Saillan-Barreau C., Dufresne M., Clerc P., Sanchez D. et al. Evidence for a functional role of the cholecystokinin B/gastrin receptor in the human fetal adult pancreas // Diabetes. 1999. № 34. P. 390-394.
6. Tarsova N.I., Copeland T.D., Farnsworth D.W. et al. Anti-peptide antibodies specific for the gastrin-cholecystokinin-B receptor // Lett. Pept. Sci. 1995. № 1. P. 221-228; 1995 - у Morrisset, 2003.
7. Пальцев М.А., Кветной И.М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии. М.: Медицина, 2008. 512 с.
8. Martinez J., A. Abad-Gonzalez A., Aparicio J.R. et al. The Spanish Pancreatic Club recommendation for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: Part I (diagnosis) // Pancreatology, 2013. Vol. 13. Issue 1. P. 8-17.
9. Винокурова Л.В., Трубицына И.Е., Ткаченко Е.В. Стадии развития хронического панкреатита // Тер. арх. 2011. № 2. С. 57-61.
10. Коротко Г.Ф. Механизмы эффективности моно- и полиферментных препаратов в гастроэнтерологии // Вестник Клуба панкреатологов. 2013. № 2. С. 7-9.
11. Лазебник Л.Б., Винокурова Л.В., Яшина Н.И., Быстровская Е.В. и др. Хронический панкреатит у лиц пожилого возраста - риск рака поджелудочной железы.

Поступила 01.10.2013

ЯТРОГЕНИЯ УСУГУБЛЯЕТ ПОЛИМОРБИДНОСТЬ, ОСОБЕННО В ГЕРИАТРИИ

Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев¹, Л.И. Ефремов

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Ятрогении (как и эгзотогении) – суть болезни рукотворные: в первом случае это обычно невольное дело рук врача, во втором – вольное или невольное дело рук больного (так называемые утопатогении, членовредительство и пр.)

*Первый конгресс Международного общества по предупреждению ятрогенных осложнений 1990 г.
Эльсинор, Дания*

Рассматривается влияние ятрогенных нарушений на полиморбидность, особенно людей в пожилом возрасте. Определены ситуации, когда ятрогения должна обязательно ставиться на первое место. Рассмотрены ятрогения и гипертоническая болезнь, ятрогения и когнитивные расстройства, побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов как одна из причин ятрогенных нарушений.

*Ключевые слова: полиморбидность, ятрогения, пожилой возраст
Key word: iatrogeny, polymorbidity, aged*

Во всем мире постоянно увеличивается распространенность ятрогенной патологии. Так, в МКБ-10 она представлена гораздо шире, чем в МКБ-9. Но в то же время в МКБ-10 ятрогении не выделены в самостоятельную группу, отдельный класс. Ятрогенные осложнения шифруются кодами класса XIX, который формулируется как травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин. Фраза «некоторые другие последствия внешних причин» содержит в себе и ятрогению. Видимо, в

следующем пересмотре МКБ будет выделен отдельный класс ятрогении, что актуально и давно назрело.

Интересно, что, по данным отечественной статистики, число ятрогенных заболеваний в нашей стране с каждым годом неуклонно снижается. Однако это вовсе не свидетельствует, что в России в этом отношении все благополучно. Напротив, это позволяет предположить, что на данные статистики оказывает влияние так называемый административный ресурс, который воздействует на оценку объективных показателей. Налицо общая тенденция, характерная в большей или меньшей степени для всех регионов страны. Когда-то ятрогении составляли в наших отчетах в среднем 3%, потом 2%, а сей-

¹ Конев Юрий Владимирович, д-р мед наук, профессор кафедры терапии, гериатрии, профлактики МГМСУ им. А.И. Евдокимова. E-mail: ukonev@yandex.ru.

час менее 1%. (Кстати, за рубежом процент ятрогении намного больше – 10 и выше, так как там критерии оценки ятрогении не совпадают с отечественными.) Снижение этих цифр говорит только о том, что патологоанатомы не всегда соблюдают критерии оценки ятрогении и в какой-то мере идут на поводу у администрации, то есть они далеко не свободны от давления руководства больниц. Кроме того, до сих пор не урегулирован вопрос, какое место в формулировке диагноза должна занимать ятрогения.

В МКБ-10 четко определены ситуации, когда ятрогения должна обязательно быть на первом месте (шесть позиций).

1. Передозировка препаратов.
2. Неправильное назначение лекарственного средства.
3. Непрофессиональное выполнение диагностических или лечебных процедур.
4. Смерть при профилактических мероприятиях (например, в связи с вакцинацией).
5. Смерть от наркоза.
6. Анафилактический шок.

В остальных случаях ятрогения указывается в рубрике осложнений или сопутствующих заболеваний. При этом ее тоже нельзя упускать из виду. Выявление ятрогении, правильная оценка ее роли в танатогенезе и определение ее места в формулировании диагноза имеют большое значение в выполнении патологоанатомами одной из существенных функций патологоанатомической службы – контроля за качеством лечебно-диагностического процесса – задачи, возложенной на нее органами здравоохранения.

Несколько слов о гипертонической болезни. Ее место в диагнозе обычно в рубрике фоновых заболеваний. Она отягощает течение других состояний, но в двух ситуациях ее надо ставить на первое место в качестве основного заболевания. Первая – когда гипертоническая болезнь протекает с преимущественным поражением почек и сопровождается почечной недостаточностью (рубрика I2.0). Эти состояния редки, мы их обычно не учитываем: в цивилизованном обществе «довести» больного до почечной недостаточности, до сморщенной почки – нонсенс, хотя где-то такие ситуации встречаются, а рубрика имеет право на существование.

Вторая ситуация – когда гипертоническую болезнь надо ставить на первое место: гипертоническая

болезнь с преимущественным поражением сердца и развитием сердечной недостаточности (рубрика I1.0).

Данная рубрика нуждается в комментариях. Она незаслуженно игнорируется и клиницистами, и патологоанатомами, потому что в этой ситуации и те, и другие ставят, как правило, диагноз ишемической болезни сердца, идя по пути шаблонного, стандартного мышления. Хотя это не всегда правильно, например при гипертоническом кризе, когда нагрузки на сердце огромные, могут развиваться острый отек легких, сердечная недостаточность. В этой ситуации главную роль играет гипертоническая болезнь. Такая патология недооценивается, и подобные состояния в статистике регистрируются очень редко, хотя в действительности они наблюдаются довольно часто.

О цереброваскулярных болезнях можно сказать, что в МКБ-10 их спектр расширен за счет детализации анатомической локализации кровоизлияний, чего не было в предыдущих классификациях инфаркта мозга, а также за счет указаний об отдаленных (спустя год и более) последствиях перенесенных острых расстройств мозгового кровообращения. Эти нововведения значительно расширили возможность кодирования причин смерти и болезней.

Ориентирование на требования МКБ-10 к формулировке диагноза чрезвычайно важно для унификации заключений. Однако, хотя МКБ-10 – документ авторитетнейший, он требует дальнейшего уточнения на фоне как новых возможностей, так и новых трудностей. Это, в частности, можно усмотреть в разделах, посвященных сепсису (где не нашлось места септикопиемии), туберкулезу (нашли отражение не все его формы) и др. Естественно, что МКБ будет и дальше совершенствоваться и пересматриваться под эгидой ВОЗ.

Диагноз отражает суть патологического состояния, болезни, он приобретает все более важное значение в оценке заболевания как с юридической позиции, так и с позиции страховой медицины. В юридическом отношении от того, как сформулирован диагноз нередко зависит судьба больного или родственников умершего. «Установки» страховой медицины, к сожалению, вынуждают нас иногда отходить и от нозологического, и от этиологического принципа

мышления. Подобная тенденция, когда экономические принципы начинают довлеть над принципами логического, нозологического и клинико-морфологического мышления, весьма опасна. Особенно вреден уход в синдромологию для начинающих врачей, которые могут утратить грань между нозологией и осложнением, довольствуясь таким, с позволения сказать, «диагнозом», где в качестве основного заболевания фигурирует, например, перитонит, хотя для любого клинически мыслящего врача это воспринимается как чистейшей воды абсурд.

Ятрогенные когнитивные расстройства относятся к числу наиболее частых потенциально обратимых деменций, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, и по некоторым данным составляют 1,5–5% всех деменций. При этом больные пожилого и старческого возраста часто принимают большое количество лекарственных препаратов (в среднем 8 препаратов при эпилепсии и 8,6 – при болезни Паркинсона), значительная часть которых нередко назначается без должных на то оснований (до 40% назначаемых лекарственных средств). То или иное лекарственное лечение получают 85% амбулаторных и более 95% стационарных больных пожилого и старческого возраста, при этом примерно в 25% лечение или неэффективно, или проводится без должных к тому показаний. В США пожилые, составляя 13% населения, являются потребителями 30% всех выписываемых врачами препаратов, в Великобритании 18% населения составляют лица пожилого возраста, потребляющие до 45% всех препаратов. В этой же стране 97% лиц в домах престарелых получают по тем или иным показаниям лекарственные препараты, в то время как живущие дома – 73%.

Побочные эффекты лекарственной терапии отмечаются у 30% госпитализированных по различным причинам больных; 3–28% случаев всех госпитализаций связано с побочными эффектами терапии. Общая стоимость затрат в США, связанная с побочными эффектами лекарственной терапии, превышает уровень затрат в этой стране, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями или сахарным диабетом.

Следует заметить, что в ряде случаев ятрогенные нарушения обусловлены приемом неадекватно большой дозы препарата, в других –

побочным действием лекарств. Побочные эффекты лекарственной терапии у пожилых встречаются существенно чаще, чем у больных более молодого возраста. Это обусловлено рядом причин:

- характерной для пожилых больных полипрагмазией;
- ошибочным назначением тех или иных лекарств;
- лекарственным взаимодействием, измененной фармакокинетикой;
- повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам.

Обусловленные возрастом физиологические изменения приводят к замедленному выведению лекарственных препаратов, увеличению периода их полужизни и связанному с этим токсическому эффекту терапии.

Когнитивные расстройства, особенно у пожилых, могут быть спровоцированы или усугублены приемом самых разных препаратов. Из них особенно неблагоприятное действие на когнитивную сферу оказывают антидепрессанты, нейролептики, бензодиазепиновые производные, барбитураты, бромиды, опиаты, препараты лития, противопаркинсонические и противоэпилептические препараты. Возможно неблагоприятное влияние на когнитивную сферу лиц пожилого и старческого возраста дигоксина и диуретиков, которые нередко назначаются при сердечной недостаточности. При целом ряде соматических заболеваний, особенно у лиц пожилого возраста, состояние может ухудшаться на фоне приема лекарственных препаратов, обладающих холинолитической активностью. Таким образом, как при назначении подобных средств, так и при обследовании пациента с нарушением памяти различной степени необходимо учитывать принимаемые им препараты. При этом пожилые больные часто не замечают побочных реакций либо эти реакции трактуются больным и его окружением как проявления нормального старения. Последнее наиболее актуально для препаратов с холинолитическими свойствами, поскольку они потенциально способны ухудшать мнестические функции. Холинолитики применяются в неврологической (при паркинсонизме, головокружении, мигрени), гастроэнтерологической (при язвенной бо-

лезни, диарее), офтальмологической и урологической практике.

Помимо собственно холинолитиков, ряд препаратов также обладает холинолитическими свойствами, хотя они используются по другим показаниям. Так, атропиноподобными свойствами, в частности, обладают столь разные препараты, как преднизолон, теофиллин, дигоксин, нифедипин, ранитидин, дипиридамол, кодеин и др. Следует заметить, что нередко больные пожилого возраста получают несколько таких препаратов одновременно. Кроме того, обладающие холинолитическими свойствами вещества могут содержаться в комбинированных препаратах, назначаемых при простуде и даже в кремах для кожи. Помимо нарушений памяти, антихолинергический эффект лекарственных средств может проявляться спутанностью сознания, дезориентировкой, возбуждением, галлюцинациями и делирием, а также сухостью кожи и слизистой оболочки, нарушениями зрения, падением без видимой причины, тахикардией и другими нарушениями ритма сердца, задержкой мочеиспускания.

Любой лекарственный препарат, который воздействует на общий гомеостаз (например диуретики) или на функционирование нейронов (например седативные средства), должен рассматриваться как возможная причина когнитивных расстройств. Однако для ятрогений более характерны острые эпизоды спутанности сознания, чем деменция. Подтверждением того, что именно данный лекарственный препарат послужил причиной когнитивных расстройств, является уменьшение их выраженности после отмены этого лекарственного препарата.

Каких-либо типичных клинических проявлений ятрогенной деменции не бывает, однако у этой категории больных нередко отмечаются эпизоды делирия (на фоне назначения препаратов лития, холинолитиков). Клинические особенности деменции, возникшей на фоне терапии холинолитиками, могут напоминать проявления болезни Альцгеймера.

В литературе подчеркивается ошибочность сложившегося в последнее время мнения, что неблагоприятное влияние на когнитивную сферу современных противоэпилептических препаратов либо минимально, либо на их фоне отмечается улучшение когнитивных функций. Од-

нако возможно возникновение когнитивных расстройств на фоне приема топирамата, карбамазепина и ламотриджина, вальпроатов. Топирамат в особой степени неблагоприятно влияет на речевые функции, счет, кратковременную память, причем на фоне отмены препарата отмечается улучшение в когнитивной сфере. Когнитивные расстройства могут возникать при длительной терапии фенитоином, даже в терапевтических дозах, в том числе если этот препарат назначается для лечения не только эпилепсии, но и для кардиальной аритмии. После прекращения приема фенитоина в когнитивной сфере отмечается медленное улучшение. Препараты вальпроевой кислоты могут вызывать деменцию и церебральную атрофию (скорее, псевдоатрофию). Любопытно, что после их отмены может не только наступить улучшение в когнитивной сфере, но и уменьшиться выраженность церебральной атрофии. Механизм возникновения когнитивных расстройств при использовании вальпроатов может быть обусловлен их непосредственным токсическим влиянием на головной мозг либо быть опосредованным — вследствие повышения уровня мочевины в крови (вальпроатобусловленная гипераммониемия).

У некоторых больных побочные эффекты, связанные с препаратами лития (когнитивные расстройства, миоклонии, мутизм, положительные аксиальные рефлексы, периодические комплексы острых волн на ЭЭГ), могут напоминать проявления болезни Крейтцфельда—Якоба. Хотя в большинстве случаев после отмены препарата эти нарушения регрессируют, но в ряде случаев они могут быть постоянными. Обратимые изменения, напоминающие болезнь Крейтцфельда—Якоба, могут возникать в гастроэнтерологической практике при длительном использовании препаратов висмута. Аналогичные осложнения отмечаются при использовании косметических кремов, содержащих висмут.

Деменция возможна при длительной терапии нейролептиками: по данным методов нейровизуализации, при этом отмечается церебральная атрофия. Прямой связи между дозой препарата и побочными эффектами нет, однако вполне понятно, что большая доза препарата вызывает более значительные нарушения по сравнению с меньшей дозой. Ошибочная диагностика деменции при использовании нейролептиков выше в

тех случаях, когда нейролептик используется продолжительный период времени, а экстрапиримидные побочные явления отсутствуют. Важно заметить, что назначение нейролептиков для купирования психотических расстройств у больных с деменцией первично-дегенеративного генеза может приводить к быстрому нарастанию когнитивного дефекта. В особой мере это касается деменции с тельцами Леви, однако может отмечаться и при других формах деменции. Среди механизмов развития когнитивных нарушений на фоне терапии нейролептиками следует упомянуть их холинолитические свойства, влияние на другие нейротрансмиттерные системы, изменения хвостатого ядра, а также усиление формирования характерных для болезни Альцгеймера нейрофибриллярных клубочков.

Возникновение когнитивных нарушений на фоне приема антидепрессантов в основном обусловлено холинолитическими свойствами. У пожилых эти расстройства могут возникать при использовании даже невысоких доз трициклических антидепрессантов. Следует заметить, что клиническая картина при длительной терапии этими препаратами может быть практически таковой при болезни Альцгеймера. У лиц пожилого и старческого возраста изменения в когнитивной сфере, напоминающие проявления деменции, могут сохраняться на протяжении 2–3 мес после отмены нейролептика или антидепрессанта. При использовании бензодиазепиновых производных (диазепама, нитразепама) возможно развитие «лобного» синдрома, сонливости и спутанности сознания. Кортикостероиды также могут вызывать нарушение высших мозговых функций, однако это отмечается редко. Гораздо чаще на фоне их приема развивается психоз. Возможны преходящие мнестические расстройства у больных рассеянным склерозом после пульстерапии метипредом.

Механизм неблагоприятного действия кортикостероидов на память, возможно, обусловлен их влиянием на структуры гиппокампа. Среди причин ятрогенной деменции следует упомянуть противогрибковый препарат амфотерицин В, который может приводить к тяжелой лейкоэнцефалопатии. Когнитивные нарушения и лейкоэнцефалопатия также могут возникать у больных, получающих метотрексат, цисплатин и другие противоопухолевые препа-

раты. Деменция у этих больных, как правило, носит субкортикальный характер, а в неврологическом статусе часты нарушения ходьбы и тазовые расстройства. Состояние больных может осложниться эпилептическими припадками. В большинстве случаев отмечается прогрессирующее нарастание когнитивных расстройств, хотя иногда может наступить спонтанное улучшение состояния. Особого упоминания заслуживает метотрексат, на фоне которого может развиваться тяжелая некротизирующая лейкоэнцефалопатия.

Причиной когнитивных нарушений может быть и лучевая терапия по поводу злокачественных новообразований. Среди церебральных осложнений лучевой терапии выделяют острую энцефалопатию, ранние и поздние отсроченные формы. Поздние осложнения лучевой терапии, среди которых фигурирует и деменция, могут возникать через значительный период времени (до 20 лет). Когнитивные расстройства, по данным нейропсихологического тестирования, отмечаются у 20–80% больных, подвергшихся ранее лучевой терапии (от 2 до 20 лет). Среди отсроченных форм чаще встречается не локальный некроз, а диффузная энцефалопатия. Одной из наиболее частых форм является отсроченная лейкоэнцефалопатия. Это состояние развивается примерно у 2% больных, обычно в течение первых 4 лет после облучения. Для него довольно характерно наличие когнитивных расстройств различной степени тяжести, включая деменцию. У больных наиболее часто наблюдается нарушение памяти, внимания, исполнительных функций.

В неврологическом статусе помимо когнитивных нарушений отмечаются эмоционально-личностные расстройства, атаксия, паркинсонизм (нечувствительный к препаратам леводопы), эпилептические припадки, тремороподобный гиперкинез верхних конечностей и языка и недержание мочи. На компьютерных томограммах — расширение желудочковой системы и борозд полушарий головного мозга, а также перивентрикулярный лейкоареоз. По данным МРТ, помимо внутренней и наружной церебральной атрофии, выражены изменения белого вещества полушарий головного мозга в виде диффузных зон повышенной интенсивности сигнала в T2-режиме. Это состояние характеризуется мед-

ленным нарастанием когнитивных расстройств, хотя в ряде случаев может отмечаться стабилизация когнитивного дефекта. В основе когнитивных нарушений, как считается, лежит феномен корково-субкортикального разобщения. Эффективного лечения этого состояния не существует.

Среди факторов, влияющих на возникновение когнитивных нарушений, наибольшее значение имеют лучевая нагрузка, сопутствующая химиотерапии (особенно с использованием метотрексата) и пожилой возраст больных. По данным патоморфологического исследования — диффузный спонгиоз белого вещества, множественные мелкие очаги некроза и демиелинизации, значительное уменьшение количества олигодендроцитов.

Когнитивные расстройства при поздних осложнениях лучевой терапии связывают с повреждением церебральных сосудов (эндотелий характеризуется повышенной чувствительностью к повреждающему действию радиационного излучения) и возникновением ишемии, в том числе структур гиппокампа. При этом повреждение крупных сосудов может приводить к острому нарушению мозгового кровообращения. В этих случаях деменция носит постинсультный характер. Кроме того, в основе когнитивных

расстройств могут лежать аутоиммунные механизмы или поражение глии с демиелинизацией.

Рассматривая когнитивные расстройства ятрогенного происхождения, следует подчеркнуть, что в практике они, вероятно, встречаются не так часто. Обеспокоенность врачей общей практики возможностью возникновения когнитивных нарушений как побочного эффекта проводимой по другим показаниям терапии привела к тому, что, по некоторым данным, среди обратимых причин деменции у пожилых не отмечено ни одного случая когнитивных расстройств ятрогенного генеза.

При острых отравлениях различного генеза (известно более 100 токсинов, которые могут вызывать поражение ЦНС) возникает картина острой энцефалопатии с головной болью, общей слабостью, тошнотой, рвотой, нарушением внимания и памяти, спутанностью сознания, дискоординаторными расстройствами. Считается, что стойкий неврологический дефект (т. е. переход острой энцефалопатии в хроническую) характерен для отравления металлами (алюминий, кадмий, свинец). Для интоксикации алюминием довольно характерны деменция и паркинсонизм, а при передозировке препаратов лития — деменция и мозжечковая атаксия.

Поступила 01.11.2013

*В издательстве «Ньюдиамед»
новая книга!*

***«Протоколы ведения больных.
Инфекции, передаваемые половым путем»***

*Под редакцией В.И. Кисиной
Москва—2014*

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 612.673.9 616-053.9

ПИТАНИЕ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ю.В. Конев¹, Л.И. Ефремов, Е.Д. Ли, И.А. Трубникова

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Старение организма сопровождается различными изменениями обмена веществ и функций, что обуславливает необходимость адекватной перестройки питания. Основные принципы геродиететики: энергетическая сбалансированность питания с фактическими энерготратами организма; профилактическая его направленность в отношении атеросклероза, ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни, онкологических заболеваний и др.; соответствие химического состава пищи возрастным изменениям обмена веществ и функций; сбалансированность пищевых рационов по всем незаменимым факторам питания, в первую очередь по микронутриентам, обладающим геропротекторными свойствами; обогащение рационов продуктами, нормализующими кишечную микрофлору; рационализация режима питания; использование пищевых продуктов, достаточно легко подвергающихся действию пищеварительных ферментов.

Ключевые слова: питание, метаболизм, пожилой возраст
Key words: metabolism, nutrition, old age

В России, как и во всем мире, число людей старше 60 лет в обществе растет, самый высокий темп роста численности отмечен для лиц в возрасте 80 лет и старше. Для нормального функционирования организму требуется более 600 наименований питательных веществ. В организме человека может вырабатываться лишь небольшая часть из них — остальные поступают с пищей. По разным причинам рацион современного человека далек от идеала. Недавно проведенное в Европе исследование показало, что и у здоровых пожилых людей нередко отмечаются нарушения питания, белково-энергетическая недостаточность пи-

тания в сочетании с дефицитом микронутриентов, а это основная проблема у нездоровых пожилых людей. Поскольку различные нарушения в питании могут быть причиной некоторых заболеваний и способствуют преждевременному старению, чрезвычайно актуальной проблемой является рациональное питание лиц пожилого и старческого возраста. От того, насколько правильно оно построено, в значительной мере зависит не только здоровье, но и продолжительность жизни человека [1].

Известно, что старение организма характеризуется постепенным снижением интенсивности обменных процессов: снижением показателей основного обмена, потребления кислорода и выделения углекислоты, уменьшением интенсивности белкового обмена, накоплением липидных

¹ Конев Юрий Владимирович, д-р мед наук, профессор кафедры терапии, гериатрии и профилактики, МГМСУ. E-mail: ukonev@yandex.ru.

компонентов в тканях, снижением скорости утилизации глюкозы и активности ферментов биологического окисления в тканях печени, почек, сердца и др.

Питание является основным фактором, поддерживающим нормальное физиологическое состояние и работоспособность в любом возрасте. Наука о питании людей пожилого и старческого возраста называется геродиететика. Сбалансированное соответственно возрасту питание играет большую роль в процессе старения организма и влияет на характер изменений в различных его системах.

Пищеварительная система в процессе старения подвергается изменениям, что отрицательно сказывается на ее функциональной способности. На процесс старения существенное влияние оказывают гипокинезия и связанная с ней избыточная масса тела. Энергетическая потребность организма в старости уменьшается из-за снижения обменных процессов и ограничения физической активности. В среднем энергоценность пищевого рациона в 60–69 лет и 70–80 лет составляет соответственно 85 и 75% от таковой в 20–30 лет. Стареющий организм особенно чувствителен к избыточному питанию, которое ведет не только к ожирению, но сильнее, чем в молодом возрасте, предрасполагает к атеросклерозу, сахарному диабету и другим заболеваниям, а в конечном итоге способствует преждевременной старости. Отрицательные последствия ожирения и мышечной ненагруженности, ускоряющие процессы старения, представляют серьезную гериатрическую проблему. Поэтому важное в любом возрасте соотношение между расходом энергии и энергоценностью потребляемой пищи приобретает особенно большое профилактическое значение в старости.

Нередко основным проявлением энергетического дисбаланса является нарушение липидного обмена, и в частности холестерина, имеющего непосредственное отношение к этиопатогенезу атеросклероза. При атеросклерозе наблюдаются не только нарушения в липидном обмене, но и другие метаболические расстройства, связанные с белковым обменом, обменом витаминов и минеральных веществ и с различными функциональными нарушениями. Так, например, исследованиями последних лет установлено, что недостаток белка в питании, изменения в содержании незаменимых аминокислот, гиповитаминозные состояния вызывают в организме различные нарушения. В процессе старения в организме сни-

жается способность ассимилировать белки, в результате чего увеличиваются эндогенные потери белковых, минеральных компонентов пищи и витаминов. У лиц пожилого и старческого возраста витаминная недостаточность может привести к дезадаптации ферментных систем и связанных с ней нарушений окислительных процессов, что, в свою очередь, может вызвать хронические гиповитаминозные состояния. Указанные нарушения способствуют преждевременному увяданию организма. Таким образом, наряду с другими факторами алиментарный фактор имеет большое значение для профилактики нарушений обмена веществ у лиц пожилого возраста.

В основу построения питания практически здоровых лиц пожилого и старческого возраста должны быть положены следующие основные принципы, сформулированные А.А. Покровским [2]:

1. Энергетическая сбалансированность рационов питания по фактическим энергозатратам.
2. Антиатеросклеротическая направленность пищевых рационов.
3. Максимальное разнообразие питания и сбалансированность его по всем основным незаменимым факторам питания.
4. Оптимальное обеспечение пищевых рационов веществами, стимулирующими активность ферментных систем в организме.
5. Использование в питании продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой ферментной атакуемостью.

Если не бороться с избыточным аппетитом, то переизбыток приводит к увеличению массы тела и нарушению обмена веществ, что, в свою очередь, неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья. Энергетический дисбаланс, в частности значительное превышение калорийности питания над фактической потребностью, и сопровождающие его нарушения обмена веществ с накоплением избыточной массы тела у пожилых и старых людей встречаются довольно часто. Постоянное переизбыток и тучность для человека весьма неблагоприятны. Известно, что ожирение предрасполагает к различным болезням обмена веществ: диабет, подагра, атеросклероз и некоторые другие, частота и тяжесть которых увеличивается с возрастом и по мере повышения массы тела.

Калорийность пищевого рациона должна соответствовать фактическим энергозатратам пожилых и старых людей. Существует мнение, что снижение калорийности питания является адаптационной потребностью старости; поэтому одно

из наиболее важных требований геродиететики – постепенное снижение общей калорийности питания по мере старения. Заслуживают внимания рекомендации ВОЗ о постепенном снижении ее с возрастом (в общей сложности на 30% – от 30 до 70 лет) с распределением по десятилетиям: в 20–30-летнем возрасте калорийность суточного рациона принимается за 100%; в 31–40 – до 97%; в 41–50 – до 94%; в 51–60 – до 86%; в 61–70 – до 79%; старше 70 лет – до 69% [3].

Наиболее информативный и доступный способ определения измененной массы тела человека является вычисление ее идеальной массы. С этой целью определяется индекс массы тела (ИМТ), при котором учитываются рост (в метрах), масса тела (в килограммах). Характеристика нутритивного статуса представлена в таблице. Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{длина тела (м}^2\text{)}}.$$

У мужчин величина ИМТ повышается до 50 лет, а затем достигает плато, у женщин он растет до 70 лет. Прослеживается четкая взаимосвязь между индексом массы тела и показателем летальности. В ранний период жизни наибольшим риском является лишняя масса тела. С каждым прожитым десятилетием вплоть до пожилого возраста увеличивается связь между низким ИМТ и летальностью. Минимальная летальность среди женщин пожилого и старческого возраста отмечается при ИМТ = 31,7 кг/м², среди мужчин того же возраста – 28,8 кг/м². Значения ИМТ линейно связаны с уровнем систолического артериального давления, уровнем глюкозы натощак, общего холестерина, β-липопротеидов.

Почти полвека назад было обращено внимание на отложение жировой клетчатки в области

живота как на существенный фактор риска ряда заболеваний. Этот тип ожирения называют центральным, верхним, абдоминальным, туловищным, или андронидным. Большое количество абдоминальной жировой ткани связано с высоким риском дислипидемии, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Отложение жира в нижней части туловища называют гиноидным, периферическим, грушевидным, глутеофemorальным или нижним. При одинаковом ИМТ абдоминальный тип распределения жира сопровождается более высоким риском развития сопутствующих заболеваний, чем нижний тип ожирения.

Для измерения висцерального жира используются инструментальные методы и данные антропометрических измерений. Так, установлено, что показатель отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) является достоверным маркером риска смерти независимо от ИМТ. Пороговые значения для показателя ОТ/ОБ, характеризующего абдоминальное распределение жира, для женщин составляет более 0,84, для мужчин – более 0,95. Самая высокая смертность, особенно от коронарных болезней, отмечалась в группе лиц с наибольшим значением отношения ОТ/ОБ. Риск смерти у них составлял 29,2% по сравнению с 5,3% у лиц с низким ОТ/ОБ. При этом показатель ОТ/ОБ достоверно коррелировал с риском смерти вне зависимости от возраста и ИМТ. Измерение окружности талии широко используется как показатель, позволяющий оценить динамику жировых отложений. Таким образом, антропометрические данные могут быть полезными для разделения пациентов на две группы с различным распределением жира. Однако лишь компьютерная и магнитно-резонансная томография позволяет непосредственно измерить содержание висцерального жира. Денситометрия дешевле МРТ, КТ и может быть использована для оценки общего жира, но не позволяет дифференцировать висцеральный и подкожный жир.

У больных с избыточной массой тела и большим отложением абдоминального жира наблюдаются такие метаболические изменения, как нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемии – снижение холестерина ЛПВП, высокий уровень триглицеридов, атерогенное соотношение липопротеидов (уровень общего холестерина может не изменяться). Ожирение является фактором риска не только сердечно-сосудистых, но и эндокринных, онкологических, ревматических, респираторных, желудочно-кишечных болезней.

Характеристика нутритивного статуса по показателю индекса массы тела (ИМТ, кг/м²)

Статус питания	ИМТ, кг/м ²
<i>Нормальное</i>	20,0–25,9
<i>Пониженное</i>	19,0–19,9
Гипотрофия 1-й степени	17,5–18,9
Гипотрофия 2-й степени	15,5–17,4
Гипотрофия 3-й степени	<15,5
<i>Повышенное</i>	26,0–29,9
Ожирение 1-й степени	30,0–34,9
Ожирение 2-й степени	35,0–39,9
Ожирение 3-й степени	40,0–44,9
Ожирение 4-й степени	>45,0

При организации питания пожилых людей необходимо учитывать прежде всего изменившиеся возможности пищеварительной системы. Первым требованием к питанию пожилых людей является умеренность, т. е. некоторое количественное ограничение питания. Учитывая снижение интенсивности обменных процессов при старении, вторым требованием следует считать обеспечение высокой биологической полноценности питания за счет включения достаточного количества витаминов, микроэлементов, фосфолипидов, полиненасыщенных жирных кислот, незаменимых аминокислот и др. Третье требование — обогащение его естественными антисклеротическими веществами, содержащимися в значительном количестве в некоторых пищевых продуктах.

Недостаточное поступление витаминов с пищей — общая проблема во всех цивилизованных странах. Она возникла как неизбежное следствие снижения энергозатрат и соответствующего уменьшения общего количества пищи, потребляемой современным человеком. Физиологические потребности нашего организма в витаминах и микроэлементах, в том числе биоантиоксидантах, сформированы предшествующей эволюцией, в ходе которой обмен веществ человека приспособился к тому количеству биологически активных веществ, которые он получал с большим объемом простой натуральной пищи, соответствующим столь же большим энергозатратам наших предков.

С одной стороны, в связи со значительным снижением энергозатрат мы должны столь же существенно уменьшить количество потребляемой пищи как источника энергии. Иначе — переизбыток, избыточная масса тела и все связанные с этим «прелести».

Однако пища — не только источник энергии, это одновременно источник витаминов и микроэлементов. Уменьшая общее количество потребляемой пищи, мы неизбежно обрекаем себя на витаминный голод.

Благодаря своим каталитическим свойствам витамины способны в известной степени тормозить процессы старения. Достаточная витаминная обеспеченность дает возможность поддерживать нормальный обмен веществ, не допуская накопления в соединительной ткани кислых мукополисахаридов и предупреждая таким образом развитие в соединительной ткани склеротических изменений. Для лиц пожилого возраста особое значение имеют витамины, оказывающие нор-

мализующее влияние на сосудистую и нервную систему, а также витамины, участвующие в реакциях, связанных с торможением склеротического процесса. В зависимости от витаминной обеспеченности изменяется уровень холестерина в крови. В этом отношении особое значение придается витаминам [4].

Недостаточная обеспеченность организма витаминами характерна для большинства пожилых людей, коих лишь условно можно отнести к категории здоровых, и усугубляется при наличии любого заболевания, в первую очередь при болезнях желудочно-кишечного тракта, печени и почек, при которых имеет место нарушение всасывания и утилизации витаминов.

Понятие «микронутриенты» включает в себя не только витамины, но и минеральные вещества. Поливитаминный дефицит во многих регионах Российской Федерации сочетается с недостаточным поступлением ряда макро- и микроэлементов: кальция, железа, селена и йода.

Сложное взаимодействие возникает между близкими друг к другу по химическим свойствам элементами, которые, как предполагается, могут иметь общие механизмы усвоения и конкурировать за лиганды, являющиеся связующим звеном при всасывании и транспорте в кровь. Эта группа элементов включает хром, кобальт, медь, железо, марганец и цинк, а также токсичные металлы — кадмий и свинец. Предполагается, что недостаток одного или нескольких элементов из этой группы может привести к антагонистической конкуренции при усвоении, вызывая дефицит тех или иных важных микроэлементов [5].

Лечение любого пожилого больного должно включать коррекцию поливитаминного дефицита и поддержание оптимальной витаминной обеспеченности организма путем обязательного включения в комплексную терапию поливитаминных препаратов или продуктов лечебно-профилактического питания, дополнительно обогащенных этими незаменимыми пищевыми веществами.

Особое внимание следует уделять питанию в период восстановления организма после заболеваний пожилых и больных людей. В это время просто необходимо использовать витаминно-минеральные комплексы для восполнения потребностей организма в микронутриентах.

К сожалению, среди значительной части населения и даже у медицинских работников бытует представление, что «синтетические» витамины в поливитаминных препаратах и обогащенных ви-

таминами продуктах питания не идентичны «природным», менее эффективны; что витамины в натуральных продуктах находятся в сочетаниях, лучше усваиваемых организмом. Все это не более чем заблуждение. В действительности все витамины, выпускаемые медицинской промышленностью, полностью идентичны «природным», присутствующим в натуральных продуктах питания — и по химической структуре, и по биологической активности. Их соотношение в поливитаминных препаратах и витаминизированных продуктах наиболее точно соответствует физиологическим потребностям человека, чего отнюдь нельзя сказать о большинстве отдельно взятых пищевых продуктов. Технология получения витаминов и поливитаминных продуктов надежно отработана и гарантирует как высокую чистоту, так и хорошую сохранность, к тому же строго контролируемую. Достаточно сказать, что витамин С в препаратах несравненно более сохранен, чем в овощах и фруктах. Утилизируемость витаминов из препаратов и обогащенных ими продуктов не ниже, а выше, чем «натуральных» витаминов, часто находящихся в продуктах в связанной форме.

Еще одно заблуждение, вольно или невольно насаждаемое, в том числе и средствами массовой информации: зарубежные витамины более эффективны. Во-первых, во многих англоязычных странах витамины не являются лекарственными препаратами, это всего лишь биологически активные добавки и значит не получают допуска FDA, т. е. они не проходят испытаний и не получают заключений и рекомендаций Национальных фармакопейных комитетов. Во-вторых, тонизирующие добавки, введенные в состав, начинают быстро действовать и воспринимаются пациентом, как значительный клинический эффект.

О высокой эффективности регулярного приема витаминных и витаминно-минеральных комплексов свидетельствует огромный мировой и отечественный опыт. По данным медицинских страховых компаний США и Англии, более 60% населения этих стран принимают те или иные «витаминные» таблетки. Массовые обследования, регулярно проводимые Институтом питания РАМН, свидетельствуют, что число россиян, более или менее регулярно принимающих витамины «из аптеки», не превышает 3–5%. Наверное, здесь кроется одна из серьезнейших причин нашего всеобщего нездоровья и отсюда вытекает необхо-

димость массовых витаминизаций как эффективных оздоровительных мероприятий [6, 7].

Однако и сам витаминно-минеральный комплекс для пожилых людей должен удовлетворять ряду требований: содержать все необходимые витамины и минералы в количестве, не превышающем рекомендуемый уровень потребления для пожилого населения, должен быть безопасным в использовании; должна быть обеспечена сохранность всех входящих в состав элементов (иначе витаминная профилактика не будет эффективной) и учтена совместимость микронутриентов (несовместимые микронутриенты должны быть разнесены в разные таблетки, которые следует принимать в разное время в течение дня).

Таким образом, старение организма сопровождается различными изменениями обмена веществ и функций, что обуславливает необходимость адекватной перестройки питания. Основные принципы геродиететики: энергетическая сбалансированность питания с фактическими энерготратами организма; профилактическая его направленность в отношении атеросклероза, ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни, онкологических заболеваний и др.; соответствие химического состава пищи возрастным изменениям обмена веществ и функций; сбалансированность пищевых рационов по всем незаменимым факторам питания, в первую очередь по микронутриентам, обладающим геропротекторными свойствами; обогащение рационов продуктами, нормализующими кишечную микрофлору; рационализация режима питания; использование пищевых продуктов, достаточно легко подвергающихся действию пищеварительных ферментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Л.П. Вопросы рационального питания у пожилых людей // Медицинские новости. 2007. № 6.
2. Покровский А.А. Беседы о питании. 2-е изд. М., 1968.
3. Методические рекомендации по организации питания людей пожилого и старческого возраста (утв. Минздравом СССР 19.02.1975 № 1225-75).
4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Практическая гериатрия. - М., 2002. 19. С. 379-409.
5. Ших Е.В. Эффективность витаминно-минеральных комплексов с точки зрения взаимодействия микронутриентов // Фармацевтический вестник. 2004. № 37. С. 358.
6. Park S., Johnson M., Fischer J.G. // J. Nutr. Elder. 2008. № 27 (3-4). P. 297-317.
7. Лазебник Л.Б. Возрастные изменения пищеварительной системы // Клиническая геронтология. 2006. № 1.

Поступила 01.11.2013

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

К 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ МОСКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА, НЫНЕ КАФЕДРА ТЕРАПИИ, ГЕРИАТРИИ И ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

28 декабря 1993 г. по инициативе Департамента здравоохранения Москвы организована кафедра геронтологии и гериатрии в Московском медицинском стоматологическом институте (ныне Государственный медико-стоматологический университет (заведующий – главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук, профессор Л.Б. Лазебник).

Созданная на базе факультета усовершенствования врачей Московского медицинского стоматологического института кафедра уже с марта 1994 г. начала проведение занятий с курсантами, а в январе 1995 г. была переподчинена Российской медицинской академии последипломного образования.

В феврале 2003 г. кафедра была воссоздана в Московском государственном медико-стоматологическом университете, основу ее составили сотрудники прежней кафедры (заведующий – директор Центрального научно исследовательского института гастроэнтерологии, главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы доктор медицинских наук, профессор Л.Б. Лазебник).

С 1 сентября 2008 г. кафедра геронтологии и гериатрии Московского государственного медико-стоматологического университета была переименована в кафедру терапии, гериатрии и апитерапии.

Клинической базой кафедры с 2003 по 2012 был ЦНИИГ.

С 2013 г. кафедра получила новое название – терапия, гериатрии и профилактики, базовое уч-

реждение – Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

Бессменный заведующий кафедрой проф. Лазебник Л.Б.

С 1995 по 2002 г. Л.Б. Лазебник – главный геронтолог Минздрава Российской Федерации. Именно в это время появилась специальность врач-гериатр, научная специальность геронтология и гериатрия, продуктивно работал межведомственный научный совет по геронтологии и гериатрии МЗ РФ и РАМН и был разработан целый пакет регламентирующих документов.

С 1993 по 2012 г. Лазебник Л. Б. – главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы. Им была организована работа организационно-методического отдела по терапии, решены качественные вопросы лекарственного обеспечения льготных контингентов населения города, разработана и внедрена целевая программа «Выявление сердечно-сосудистых заболеваний у населения трудоспособного возраста г. Москвы», создана оригинальная система диспансеризации населения, благодаря которой в последние 6 лет летальность от терапевтических заболеваний в городе снизилась почти в два раза, под его руководством осуществляется переход на систему постоянного последипломного образования участковых терапевтов.

Под руководством Леонида Борисовича защищено 14 докторских и более 70 кандидатских диссертаций. Он – автор более 800 научных работ, 9 монографий, 14 изобретений. Развивает научные направления в областях терапии, герон-

тологии, кардиологии, гастроэнтерологии, организации здравоохранения, клинической фармакологии, фармакоэкономики, часто выступает с сообщениями на научных форумах различного уровня, в том числе и международных.

Наряду с регулярным проведением педагогического процесса (на кафедре прошли обучение более 4000 курсантов из Москвы и различных регионов России), по заданию МЗ РФ коллективом кафедры разработаны и утверждены следующие нормативные документы: Квалификационные требования врача-гериатра, Положение о враче-гериатре, квалификационные тесты по специальности врач-гериатр, унифицированная программа последипломного обучения врачей по геронтологии и гериатрии.

Активное участие принимали сотрудники кафедры в формировании Приказа Минздрава № 297 от 28 июля 1999 года «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» положившей основу гериатрической службы страны.

На кафедре защищено 12 докторских и более 40 кандидатских диссертаций.

Сотрудники кафедры составляли костяк Оргкомитета I и II Съезда геронтологов и гериатров России и VI Европейского конгресса по клинической геронтологии.

Исследования по геронтологии на кафедре геронтологии и гериатрии осуществляются в трех основных направлениях: биология старения, клиническая геронтология и гериатрия, социальная геронтология и геронтогигиена.

Развитие исследования на кафедре геронтологии и гериатрии в области старения направлено на дальнейшее теоретическое обоснование и экспериментальное подтверждение аутоинтоксикационной теории старения и выдвижение новых концептуальных моделей, расширение исследований, дальнейшие теоретические, экспериментальные и клинические исследования по

проблеме биологического возраста, изучение геропротекторных свойств препаратов различных фармакологических групп и пищевых добавок, проведение доклинических и клинических испытаний у пациентов в различных возрастных группах.

Формируется представление о гомеостатической роли эндотоксина и его участия в процессах старения.

В области гериатрии актуальным направлением исследований является разработка методов диагностики, лечения и профилактики «болезней старости»: атеросклероза – ИБС, безболезненной ишемии миокарда, атеросклеротической энцефалопатии (сосудистой деменции), периферических сосудистых расстройств, склеротической артериальной гипертензии, ИНСД, болезней климактерия, остеопороза; болезней кроветворной системы – анемий, лимфо- и миелопролиферативных заболеваний; язвенной болезни, синдрома раздраженного кишечника, старческого амилоидоза, болезни Альцгеймера, депрессивных расстройств.

Получено 15 патентов. Результаты широко используются в амбулаторно-поликлинической практике

Основными направлениями развития в области социальной геронтологии и геронтогигиены являются изучение доживаемости различных социальных слоев населения и влияющей на нее рационализации индивидуального образа жизни, совершенствование медико-социального обслуживания за счет объединения усилий медицинских и социальных служб по оказанию помощи населению старших возрастных групп.

Разнообразие научной тематики кафедры позволяет выпускать монографии и методические руководства по различным направлениям внутренней медицины, за последние годы выпущено более 20 методических пособий и 7 монографий, посвященных гериатрическим проблемам.

УДК: 616.24-002.5-084

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ КАК СРЕДСТВО ПОМОЩИ УЧАСТКОВЫМ ФТИЗИАТРУ И ТЕРАПЕВТУ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

А.Е. Дитятков, Н. Н. Гусева¹

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова

В статье проанализированы результаты применения картографического метода наблюдения в работе с очагами туберкулезной инфекции в период с 2005 по 2012 гг. Картографический метод позволил визуализировать эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на территории городских поликлиник одного административного округа Москвы. Введение в практическую работу участкового врача фтизиатра картографического метода позволит проводить эпидемиологический мониторинг на территории обслуживания при выявлении больного туберкулезом, определять контингент обследуемых контактных лиц в каждом конкретном случае с целью обнаружения скрытых очагов туберкулезной инфекции.

Ключевые слова: туберкулез, очаг, контактные лица, карта участка
Keywords: tuberculosis, center, contact persons, site card

В последние годы результаты противотуберкулезной работы в России заметно улучшились благодаря ряду организационных мероприятий, которые начались в России еще в конце 90-х гг. XX в. и последовательно продолжаются [1]. Несмотря на то, что в последние 10 лет в Москве заболеваемость среди лиц из контакта с бактериовыделителями снизилась с 537,6 в 2001 г. до 108,1 на 100 тыс. среднегодовой численности контактирующих лиц в 2011 г., она превышает территориальный показатель заболеваемости

туберкулезом в 2,6 раза, заболеваемость туберкулезом постоянных жителей – в 4,5 раза [4]. Многие авторы подчеркивают эпидемическую опасность очагов туберкулеза в крупных городах и необходимость особого подхода к определению его границ и выявлению контактных лиц [3,5–7–13], однако в этой проблеме остается много нерешенных вопросов. Неизвестные, а потому и наиболее опасные очаги инфекции способствуют бесконтрольному распространению туберкулеза, повышая риск инфицирования и заболевания населения [2]. Поэтому в современной эпидемиологической ситуации для своевременного выявления больных туберкулезом в условиях мегаполиса необходим комплексный подход при определении контингента обследуемых лиц, имеющих контакт с больным туберкулезом.

¹ Гусева Наталия Николаевна, аспирантка кафедры фтизиопульмонологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Тел.: 8 (499) 187-96-90. E-mail: info@ptkd12.mosgorzdrav.ru.



Карта очагов туберкулезной инфекции на территории поликлиники.

Цель исследования — повысить эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции с использованием картографического метода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции регламентированы рекомендациями, изложенными в приложении № 12 к приказу Минздрава РФ № 109 от 21.03.2003 г. «Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям». В ГКУЗ МНПЦ борьбы с туберкулезом г. Москвы в период с 2005 по 2012 гг., наряду с выполнением всех вышеуказанных противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, дополнительно применялся картографический метод наблюдения за очагами туберкулезной инфекции. На карты по адресам фактического проживания, нанесены случаи заболевания туберкулезом органов дыхания постоянных жителей, поставленных на учет в этот период времени, с впервые диагностированным туберкулезом и его рецидивом. Пример карты очагов туберкулезной инфекции представлен на рисунке. Метки на карте обозначают очаги туберкулезной инфекции, цифра в центре каждого очага — квартиру заболевшего, определенный цвет — год выявления больного, красная точка возле очага — наличие бактериовыделения. При анализе данных использованы методы математической статистики с подсчетом критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Использование картографического метода позволило визуализировать эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на исследуемой территории, а также установить взаимосвязь отдельных очагов, связанных между собой не только

семейными отношениями. Очаги распространены по всей территории поликлиник, при этом выявлены неблагополучные «зоны риска» — дома, дворы, на территории которых зарегистрировано от 8 до 13% всех случаев заболевания за время наблюдения.

Из 1512 очагов туберкулеза, выявлено 39 территориальных ($2,57 \pm 0,4\%$), учитывались только близко расположенные очаги, т. е. квартиры, где заболели туберкулезом соседи, проживающие на одном этаже. В очагах проанализировано 80 взрослых: 39 источников и 41 сосед, в 2 очагах заболели трое соседей ($5,1 \pm 3,5\%$). Установлено, что чаще заболевают соседи, если рядом проживает больной с бактериовыделением — 36 ($87,8 \pm 5,1\%$) ($p < 0,001$). Источником чаще является мужчина — 25 ($60,9 \pm 7,6\%$), чем женщина — 16 ($39 \pm 7,6\%$) ($p < 0,05$). В большинстве случаев он трудоспособного возраста — 30 ($76,9 \pm 6,7\%$) ($p < 0,001$), только половина из них работают — 15 ($50 \pm 8\%$).

Анализ заболевших в территориальных очагах показал, что в 31 очаге ($38,7 \pm 5,4\%$), где выявлен больной без установленного бактериовыделения, рядом проживает сосед, больной туберкулезом. Потому необходимо обследовать не только контактных лиц из семейных очагов, но и проверять ФЛГ обследование соседей независимо от клинической формы туберкулеза и бактериовыделения.

Учитывая наличие на территории каждой поликлиники «зон риска» по туберкулезу, случаи заболевания соседей, для более эффективной работы необходим эпидемиологический подход. На основании приказа Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 г. № 282 «Об утверждении критериев эффективности деятельности участкового врача терапевта», с целью прерывания цепи распространения туберкулезной инфекции в «зонах риска» по туберкулезу, участковым терапевтам поликлиник целесообразно проводить следующие мероприятия:

1. Всем взрослым жителям в «зонах риска» проводить внеплановую диспансеризацию с целью раннего выявления туберкулеза, с обязательным общим анализом крови и мочи, рентгенографическим обследованием органов грудной клетки и трехкратным исследованием мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), при клинических показаниях пациентов направить в про-

тивотуберкулезное учреждение по месту жительства для углубленного обследования.

2. Анализировать флюорографическую картотеку с целью выявления лиц, проживающих «зонах риска», оторвавшихся от флюорографического обследования более 2 лет. При наличии клинических показаний направить этих лиц в противотуберкулезное учреждение по месту жительства.

3. Анализировать поликлинические группы риска в «зонах риска» и после клинического минимума обследования, указанного выше, направить в противотуберкулезное учреждение по месту жительства для углубленного обследования и проведения тестов на туберкулез.

4. В «зонах риска» проводить поквартирный обход с целью выявления скрытых очагов туберкулезной инфекции:

– лежачих нетранспортабельных больных, не известных поликлинике,

– больных, получающих гормональную, цитостатическую, антиретровирусную терапию,

– асоциальных лиц, не имеющих страхового медицинского полиса, иностранных, иногородних граждан, проживающих в этих домах и прикрепленных для медицинского обслуживания в данной поликлинике.

Скопление очагов туберкулезной инфекции на ограниченной территории свидетельствует о недостаточном объеме противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, это позволило сформулировать аргументированную гипотезу о необходимости расширения контингента обследуемых контактных лиц в условиях города.

Туберкулез относится к управляемым инфекциям, поэтому эффективное планирование и выполнение противоэпидемических мероприятий в городе может привести к активному выявлению ранних форм туберкулеза.

ВЫВОДЫ

1. Внедрение в работу участковых фтизиатра и терапевта картографического метода наблюдения за очагами туберкулезной инфекции позволит улучшить эпидемиологический мониторинг участка и определить контингент контактных лиц, подлежащих обследованию с целью своевременной диагностики ранних форм туберкулеза.

2. Существующая в настоящее время в поликлиниках бумажная флюороотека не обеспечивает полноценного контроля за своевременным

флюорографическим обследованием населения и требует замены на современную компьютерную картотеку флюорографического обследования прикрепленного населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных эпидемиологических условиях. М.: Нью-Терра, 2011. С. 69-70.
2. Васильев А.В. Туберкулез и город. Проблемы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза. СПИИИ фтизиопульмонологии РФ. Труды института. Т. IX. СПб. 1996. С. 6-16.
3. Организация и содержание противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза: Методические указания № 2000/185. СПб. НИИ фтизиопульмонологии. 2003. С. 6-14.
4. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н., Кочеткова Е.Я., Овсянкина Е.С., Горбунов А.В. Туберкулез в городе Москве (2011 г.). Аналитический обзор. М.: МНПЦБТ, 2012. С. 58-59.
5. Скрынник Н.А. Проблема неизвестных очагов туберкулезной инфекции в условиях современного города / Труды института. Том IX. НИИ фтизиопульмонологии РФ. - СПб. - 1996. - С. 17-20.
6. Шилова М.В. Методические рекомендации «Методика анализа эпидемической ситуации по туберкулезу» № 0100/5973-07-34. Мос. мед. акад. им. И.М. Сеченова. 2007. С. 1-5.
7. Van Wyk, Mandalakas S.S., Enarson A.M., Gie D.A., Beyers R.P., Hesselting A.C. Tuberculosis contact investigation in a high-burden setting: house or household? // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2012. Vol. 16. № 2. – P. 157-162.
8. Webb R.M., Holcombe M., Pearson M.M. Tuberculosis contact investigation in a rural state // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2003. Vol. 7. № 3. P. 353-357.
9. Funk E.A. Tuberculosis contact investigations in rural Alaska: a unique challenge // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2003. Vol. 7. № 3. P. 349-352.
10. Lee M.S.-N., Leung C.-C., Kam K.-M., Wong M.-Y., Leung M.C.-M., Tam C.-M., Leung E.C.-C. Early and late tuberculosis risks among close contacts in Hong Kong // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2008. Vol. 12. № 3. P. 281-287.
11. Ling D.-L., Liaw Y.-P., Lee C.-Y., Lo H.-Y., Yang H.-L., Chan P.-C. Contact investigation for tuberculosis in Taiwan contacts aged under 20 years in 2005 // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2011. Vol. 15. № 1. P. 50-55.
12. Kilicaslan Z., Kiyani E., Kucuk C., Kumbetli S., Sarimurat N., Ozturk F., Yapici D., Al S., Erboran T., Ilikso N. Risk of active tuberculosis in adult household contacts of smear-positive pulmonary tuberculosis cases // The Int. Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2009. Vol. 13. № 1. P. 93-98.
13. Janina Morrison M.D., Madhukar Pai M.D., Philip C. Hopewell M.D. Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Infectious Diseases. 2008. Vol. 8. № 6. P. 359-368.

Поступила 25.11.2013

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНОГО СПЕКТРА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОЛИМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Б.А. Кауров¹, Е.Б. Матюхина²

Филиал ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
«НКЦ геронтологии», Москва

Изучены гендерные частотные спектры заболеваний и полиморбидность в 4 возрастных группах (65–74, 75–84, 85–89 и 90 лет и старше) больных НКЦ геронтологии. Показано, что только 4 диагноза (артериальная гипертензия, хроническая ишемия головного мозга, стенокардия и остеохондроз) встречаются во всех группах у женщин и мужчин с частотой более 50%. Отмечены гендерные отличия как внутри-, так и межгрупповые. Графики возрастных изменений частот отдельных заболеваний и полиморбидности имеют линейную или дугообразную форму разной степени выраженности и направленности, а также гендерную специфику. У больных в возрасте 65–89 лет достоверно увеличивается число разнообразных диагнозов (более заметное у женщин) и достоверно уменьшается у долгожителей. Частотный спектр в группе 85–89 лет и 90 лет и старше необходимо изучать. Показатели частоты отдельных заболеваний и полиморбидности имеют только относительное значение.

Ключевые слова: пожилой возраст, долгожительство, полиморбидность, частотный спектр заболеваний, гендерные особенности
Key words: old age, longevity, polymorbidity, the frequency spectrum of diseases, gender-specific

В настоящее время в большинстве развитых стран отмечается старение населения. По прогнозу ВОЗ, в 2050 г. в 65 странах мира пожилое население будет составлять более 30%. Эта тенденция имеет особое значение для государств, в том числе России, в которых рост доли пожилых

людей опережает рост общей численности населения. Одновременно с этим отмечается и постепенное увеличение числа долгожителей. Все это заставляет более внимательно изучать специфику заболеваемости этой группы населения для оказания ей своевременной и эффективной медицинской помощи. Например, во многих исследованиях [2,5,6] показано, что с возрастом увеличивается полиморбидность, т. е. число болезней у одного человека. Поэтому мы попытались более подробно рассмотреть данный вопрос, в частности, изучить у пожилых людей и долгожителей возрастную динамику частотных спектров их заболеваний, которые в конечном итоге и

¹ Кауров Борис Александрович, канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: bokar@mail.ru.

² Матюхина Елена Борисовна, научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: 5409316@mail.ru.

определяют полиморбидность. Кроме того, мы хотели выявить возможные гендерные отличия этих возрастных частотных спектров и полиморбидности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сформированы 4 возрастные группы женщин и мужчин, находящихся на лечении в НКЦ геронтологии. В 1-й группе (65–74 года) было 26 женщин и 29 мужчин (средний возраст у женщин – $70,8 \pm 0,5$ и у мужчин – $70,4 \pm 0,5$ года), во 2-й (75–84 года) было 34 женщины и 23 мужчины (средний возраст у женщин – $79,3 \pm 0,6$ и у мужчин $79,6 \pm 0,5$ года). Так как в США и некоторых европейских странах долгожителями считают людей в возрасте 85 лет и старше, людей этого возраста разделили на две группы – 85–89 лет и 90 лет и старше (долгожителей), чтобы выявить их возможные отличия. В 3-й группе было 163 женщины и 57 мужчин (средний возраст у женщин – $86,8 \pm 0,1$ и у мужчин – $86,6 \pm 0,2$ года), в 4-й группе было 65 женщин и 37 мужчин (средний возраст у женщин – $91,4 \pm 0,2$ и у мужчин – $91,8 \pm 0,4$ года). Из всех диагнозов, поставленных нашим больным, составлен общий список, включающий 94 диагноза, соответствующего одному из 16 классов: болезни сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной, мочевыделительной систем; желудочно-кишечного тракта; опорно-двигательного аппарата; артерий и вен; крови; глаз; уха, горла носа; обмена веществ; гинекологические; инфекционные; онкологические доброкачественные и злокачественные. После этого для каждой возрастной группы, отдельно для женщин и мужчин, определены средняя полиморбидность и частота каждого из 94 диагноза. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартных пакетов MS Excel 2010 и Statistica 10. Достоверность их определяли с помощью критерия Стьюдента, Отличия считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основные полученные результаты представлены в табл. 1–4. Анализ 8 частотных спектров заболеваний (см. табл. 1), полученных на основе частоты каждого из 94 диагнозов в 4 группах с учетом пола больных, показал, что общее число поставленных диагнозов, частота которых в разных группах у больных обоих полов равнялось более 10%, было 30 (см. табл. 1). Из них 21 диагноз с такой частотой был общим у обоих полов.

К ним относились: артериальная гипертония (АГ), хроническая ишемия головного мозга без когнитивных нарушений (ХИГМ1), остеохондроз позвоночника (ОП), стенокардия (СК), артроз суставов (АС), хронический гастрит (ХГ), сахарный диабет (СД) типа 2, хронический пиелонефрит (ХПН), аритмия (Ар), мочекаменная болезнь (МКБ), хронический панкреатит (ХП), пневмосклероз (ПС), хронический бронхит (ХБ), хронический холецистит (ХХ), узловой зоб (УЗ), постинфарктный кардиосклероз (ПК), эмфизема легких (ЭЛ), желчнокаменная болезнь (ЖКБ), варикозная болезнь нижних конечностей (ВБ), хроническая ишемия головного мозга с ОНМК без когнитивных нарушений (ХИГМ2), хроническая почечная недостаточность (ХПНе).

Кроме этих, женщинам ставили и другие диагнозы с вышеупомянутой частотой, в частности цистит (Ци), хроническая ишемия головного мозга с когнитивными нарушениями (ХИГМ3), железодефицитная анемия (ЖДА), катаракта (Ка), а мужчинам – облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОА), астеноневротический синдром (АНС), стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий (САБА), простатит (Пр) и аденома простаты (АП).

При анализе табл. 1 обращает на себя внимание, что только 4 возрастзависимых заболевания (АГ, ХИГМ1, ОП и СК) встречались во всех группах с частотой выше 50%. Другие возрастзависимые заболевания, в частности паркинсонизм, нейросенсорная тугоухость, остеопороз, глаукома в нашем случае диагностировались в разных группах с частотой не выше 4–8%, что совпадает с литературными данными. Это может свидетельствовать в пользу того, что абсолютная высокая частота заболевания (больше 50%) у пожилых людей и долгожителей не является необходимым условием для его отнесения к гериатрической патологии. Для этого необходимо учитывать предшествующую возрастную динамику роста частоты конкретного заболевания. Необходимо отметить, что полученные в Гериатрическом центре Санкт-Петербурга низкие значения частот (0,4–7,4%) для разных заболеваний (ожирение, заболевания щитовидной железы и др.) также не были противопоказанием для их включения в группу гериатрических [3].

Из табл. 1 видно, что разные заболевания имеют гендерные отличия по максимальной частоте

Заболевания с частотой больше 10% у больных разного пола и возраста

Диагноз	65–74 года		75–84 года		85–89 лет		90 лет и старше	
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
АГ	84,6 ± 7,2	75,0 ± 8,3	85,3 ± 6,1	86,9 ± 7,2	85,9 ± 2,7	77,2 ± 5,5	76,9 ± 5,2	73,0 ± 7,3
ХИГМ1	80,8 ± 7,9	53,6 ± 9,6*	73,5 ± 7,5	39,1 ± 10,4*	68,1 ± 3,6	63,1 ± 6,4	66,1 ± 5,9	59,4 ± 8,1
ОП	53,8 ± 10,0	53,6 ± 9,6	64,7 ± 8,2	43,5 ± 10,6	53,4 ± 3,9	43,8 ± 6,6	56,9 ± 6,1	37,8 ± 8,0
СК	50,0 ± 10,0	42,8 ± 9,5	61,8 ± 8,3	43,5 ± 10,6	60,7 ± 3,8	45,6 ± 6,6*	56,9 ± 6,1	40,5 ± 8,1
АС	34,6 ± 9,5	35,7 ± 9,2	26,5 ± 7,6	21,7 ± 8,8	26,4 ± 3,4	22,8 ± 5,5	35,4 ± 5,9	18,9 ± 6,4
ХГ	23,1 ± 8,4	3,6 ± 3,6*	29,4 ± 7,8	8,7 ± 6,0*	15,9 ± 2,9	12,3 ± 4,3	10,8 ± 3,8	10,8 ± 5,1
СД	23,1 ± 8,4	21,4 ± 7,9	35,3 ± 8,2	4,3 ± 4,3	13,5 ± 2,7	8,8 ± 3,7*	13,8 ± 4,3	2,7 ± 2,7*
ХПН	23,1 ± 8,4	10,7 ± 5,9	17,6 ± 6,5	0,0 ± 4,2*	21,5 ± 3,2	3,5 ± 2,4*	15,4 ± 4,5	13,5 ± 5,6
Ар	19,2 ± 7,9	17,8 ± 7,4	26,5 ± 7,5	21,7 ± 8,8	28,8 ± 3,5	50,9 ± 6,6*	33,8 ± 5,9	21,6 ± 6,8
МКБ	19,2 ± 7,9	7,1 ± 4,9	2,9 ± 2,9	8,7 ± 6,0	4,3 ± 1,6	7,0 ± 3,4	6,1 ± 3,0	21,6 ± 6,8*
ХП	11,5 ± 6,4	3,6 ± 3,6	14,7 ± 6,1	4,3 ± 4,3	15,9 ± 2,9	10,5 ± 4,1	21,5 ± 5,1	2,7 ± 2,7*
ПС	7,7 ± 5,3	10,7 ± 5,9	11,8 ± 5,5	8,7 ± 6,0	14,7 ± 2,8	19,3 ± 5,2	15,4 ± 4,5	32,4 ± 7,7
ХБ	7,7 ± 5,3	14,3 ± 6,7	11,8 ± 5,5	17,4 ± 8,1	14,7 ± 2,8	19,3 ± 5,2	15,4 ± 4,5	24,3 ± 7,0
САБА	0,0 ± 3,7	0,0 ± 3,4	2,9 ± 2,9	17,4 ± 8,1	0,6 ± 0,6	0,0 ± 1,7	0,0 ± 1,5	2,7 ± 2,7
ХХ	7,7 ± 5,3	7,1 ± 4,9	26,5 ± 7,6	8,7 ± 6,0	13,5 ± 2,7	17,5 ± 5,0	6,1 ± 3,0	13,5 ± 5,6
УЗ	7,7 ± 5,3	10,7 ± 5,9	44,1 ± 8,5	8,7 ± 6,0*	13,5 ± 2,7	8,8 ± 3,7	21,5 ± 5,1	10,8 ± 5,1
ПК	3,8 ± 3,8	17,8 ± 7,4	14,7 ± 6,1	26,1 ± 9,4	19,0 ± 3,1	21,0 ± 5,4	18,5 ± 4,8	40,5 ± 8,1*
ЭЛ	3,8 ± 3,8	10,7 ± 5,9	11,8 ± 5,5	4,3 ± 4,3	11,6 ± 2,5	17,5 ± 5,0	13,8 ± 4,3	27,0 ± 7,3
ЖКБ	3,8 ± 3,8	7,1 ± 4,9	2,9 ± 2,9	0,0 ± 4,2	12,9 ± 2,6	8,8 ± 3,7	23,1 ± 5,2	10,8 ± 5,1
ОА	3,8 ± 3,8	0,0 ± 3,4	2,9 ± 2,9	21,7 ± 8,8*	1,8 ± 1,0	7,0 ± 3,4	4,6 ± 2,6	16,2 ± 6,0
Пр	0	14,3 ± 6,7	0	13,0 ± 7,2	0	22,8 ± 5,5	0	21,6 ± 6,8
АП	0	17,8 ± 7,4	0	8,7 ± 6,0	0	15,8 ± 4,8	0	21,6 ± 6,8
Ци	7,7 ± 5,3	0,0 ± 3,4	14,7 ± 6,1	0,0 ± 4,2*	8,6 ± 2,2	0,0 ± 1,7*	3,1 ± 2,1	2,7 ± 2,7
ВБ	7,7 ± 5,3	3,6 ± 3,6	8,8 ± 4,9	4,3 ± 4,3	10,4 ± 2,4	17,5 ± 5,0	6,1 ± 3,0	10,8 ± 5,1
ХИГМ2	3,8 ± 3,8	17,8 ± 7,4	11,8 ± 5,5	17,4 ± 8,1	10,4 ± 2,4	10,5 ± 4,1	4,6 ± 2,6	2,7 ± 2,7
ХИГМ3	0,0 ± 3,7	0,0 ± 3,4	5,9 ± 4,0	4,3 ± 4,3	3,7 ± 1,5	1,7 ± 1,7	10,8 ± 3,8	8,1 ± 4,5
ХПне	0,0 ± 3,7	7,1 ± 4,9	2,9 ± 2,9	4,3 ± 4,3	11,6 ± 2,5	10,5 ± 4,1	7,7 ± 3,3	2,7 ± 2,7
АНС	7,7 ± 5,3	14,3 ± 6,7	8,8 ± 4,9	4,3 ± 4,3	3,1 ± 1,3	5,3 ± 2,9	6,1 ± 3,0	0,0 ± 2,6*
ЖДА	0,0 ± 3,7	0,0 ± 3,4	2,9 ± 2,9	0,0 ± 4,2	6,7 ± 2,0	3,5 ± 2,4	10,8 ± 3,8	0,0 ± 2,6*
Ка	0,0 ± 3,7	3,6 ± 3,6	11,8 ± 5,5	0,0 ± 4,2*	5,5 ± 1,8	7,0 ± 3,4	4,6 ± 2,6	2,7 ± 2,7

Примечание. * – $p < 0,05$ (гендерные отличия внутри данной возрастной группы).

в разных возрастных интервалах. Более того, форма графика изменения частот разных заболеваний с возрастом может быть также разной. В частности, она может иметь вид прямой линии с наклоном вверх или вниз, а также выпуклой или вогнутой дуги. Например, частота ХИГМ1 у женщин с возрастом линейно уменьшается и она существенно выше по сравнению с ее частотой у мужчин ($p < 0,05$) для первых двух возрастных групп. Ее максимум (81%) приходится у женщин на возраст 65–74 года, а у мужчин (73%) на 75–84 года. Кроме того, график возрастной динамики частоты ХИГМ1 у мужчин имеет форму вогнутой дуги в отличие от наклонной вниз прямой линии у женщин. Другой характерный пример – с мочекаменной болезнью. Максимум ее частоты у женщин (19%) приходится на возраст

65–74 лет, а у мужчин (22%) – 90 лет и старше. При этом у женщин график изменения частоты имеет вид дуги с выраженным провалом (3%) в возрасте 75–84 лет, у мужчин – подобие прямой линии, направленной вверх с минимальной частотой (7%) в возрасте 65–74 лет.

Таблица 2

Количество заболеваний, частота которых статистически достоверно отличается ($p < 0,05$) при однополом парном сравнении частотных спектров групп*

Группы	1–2	1–3	1–4	2–3	2–4	3–4
Женщины	2	2	4	4	4	1
Мужчины	2	2	5	5	2	2

Примечание. * – Соответствие номеров сравниваемых групп их возрастному интервалу см. в тексте.

Частота разного количества диагнозов у больных разного пола и возраста, %

Число диагнозов	Группа, годы							
	65–74		75–84		85–89		90 лет и старше	
	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.
1–3	30,8 ± 9,2	25,0 ± 8,3	8,8 ± 4,8	30,4 ± 9,8*	14,7 ± 2,8	17,5 ± 3,9	13,8 ± 4,3	27,0 ± 7,3
4–6	26,9 ± 8,8	53,6 ± 9,6*	32,3 ± 8,0	47,8 ± 10,6	40,5 ± 3,8	40,3 ± 5,1	47,7 ± 6,2	18,9 ± 6,4*
7–9	26,9 ± 8,8	17,8 ± 7,4	35,3 ± 8,2	8,7 ± 6,0*	26,4 ± 3,4	22,8 ± 4,3	24,6 ± 5,3	40,5 ± 8,1
≥10	15,4 ± 7,2	3,6 ± 3,6	23,5 ± 7,2	13,0 ± 7,2	18,4 ± 3,0	19,3 ± 4,1	13,8 ± 4,3	13,5 ± 5,6

Примечание. * – $p < 0,05$ (гендерные отличия внутри данной возрастной группы).

Другой особенностью является то, что частота не всех заболеваний у долгожителей в 4-й группе уменьшается по сравнению с младшими группами. Для некоторых заболеваний она, наоборот, повышается или остается практически такой же. Так, при сравнении частот в 1-й и 4-й группах по 28 заболеваниям у женщин и 30 заболеваниям у мужчин показано, что у женщин частота 8 заболеваний (АГ, ХИГМ1, ХГ, СД, ХПН, МКБ, ХХ, Ци) уменьшена в 4-й группе по сравнению с 1-й; частота 13 заболеваний (СК, Ар, ХП, ПС, ХБ, УЗ, ПС, ЭЛ, ЖКБ, ХИГМ3, ХПНе, ЖДА, Ка), наоборот, увеличена; для 7 заболеваний (ОП, АС, ОА, ВБ, ХИГМ2, САБА, АНС) практической разницы в частоте не обнаружено. У мужчин получены несколько другие числа. В частности, у 6 заболеваний (ОП, АС, СД, ХИГМ2, ХПНе, АНС) наблюдается уменьшение их частоты в 4-й группе по сравнению с 1-й группой; у 17 заболеваний (ХИГМ1, ХГ, ХПН, Ар, МКБ, ПС, ХБ, ХХ, ПК, ЭЛ, ЖКБ, ОА, ПР, АП, Ци, ВБ, ХИГМ3) отмечено их увеличение; у 7 (АГ, СК, ХП, САБА, УЗ, ЖДА, Ка) практической разницы в частоте не обнаружено. Видно, что перечень заболеваний в разных группах и возрастная динамика их частоты имеют гендерные отличия.

Сравнение частотного спектра заболеваний мужчин и женщин внутри каждой из 4 групп показало в ряде случаев их существенные различия по ряду заболеваний. Однако статистическая достоверность ($p < 0,05$) показана внутри 1-й группы для 2 (ХИГМ1, ХГ), внутри 2-й группы – для 7 (ХИГМ1, ХГ, ХПН, УЗ, ОА, Ци, Ка), внутри 3-й группы – для 5 (СК, СД, ХПН, Ар, Ци) и внутри 4-й группы – для 6 (СД, МКБ, ХП, ПК, АНС) заболеваний. Можно ожидать, что с увели-

чением числа наблюдений, количество заболеваний, для которых будут определены статистически достоверные гендерные различия внутри каждой группы, также вырастет.

Интересно попарное сравнение частотных спектров из 94 заболеваний всех 4 групп, особенно 3-й и 4-й, отдельно для больных разного пола (табл. 2).

В данном случае также для ряда заболеваний наблюдались существенные отличия по частоте в разных группах, однако достоверные отличия ($p < 0,05$) были только у нескольких диагнозов. При этом наибольшие достоверные изменения по частотам некоторых заболеваний как у женщин, так и мужчин наблюдались при сравнении 1-й и 4-й групп (для диагнозов ПК, ЖКБ, ХИГМ3, ЖДА – у женщин и СД, ПС, АНС, ПК, ОА – у мужчин), а также 2-й и 3-й групп (для диагнозов СД, УЗ, ЖКБ, ХПН, киста яичника – у женщин и ХИГМ1, Ар, ВБ, ЭЛ, САБА – у мужчин). Сравнение частотного спектра в 3-й и 4-й группах отдельно для каждого пола показало значительные отличия для ряда заболеваний. Однако достовер-

Таблица 4

Значения полиморбидности у больных*

	Группа, годы			
	65–74 лет	75–84 лет	85–89 лет	90 лет и старше
Женщины	5, 5,8 ± ±0,7 (13)	7, 7,4 ± ±0,5 (12)	6, 6,5 ± ±0,2 (18)	6, 6,4 ± ±0,4 (14)
Мужчины	5, 5,2 ± ±0,5 (12)	5, 5,1 ± ±0,6 (12)	6, 6,2 ± ±0,4 (14)	6, 6,2 ± ±0,5 (12)

Примечание. * – В скобках указано максимальное количество разных диагнозов у 1 больного.

ные отличия ($p < 0,05$) оказались только у частот двух заболеваний (Ар и ПК) у мужчин и одного (гипотиреоз) у женщин.

Для более детального анализа из заболеваний, имеющих достоверные межгрупповые отличия по частотам ($p < 0,05$), мы выделили в пределах каждой из 6 групп сравнения и пола 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу входили заболевания, которые показывали различия по частоте только для одной из исходных 6 групп сравнения (см. табл. 2). Во 2-ю подгруппу входили заболевания с достоверным отличием одновременно в 2 группах сравнения и более. У женщин в 1-ю подгруппу входило 7 заболеваний (ХГ, ХХ, ЖКБ, УЗ, ПК, ХИГМЗ, ЖДА), а во 2-ю — только 3 (СД, ХПН и гипотиреоз). Другая картина наблюдалась у мужчин. У них, наоборот, в 1-ю подгруппу входило 3 заболевания (ХИГМ1, СД, АНС), а во 2-ю — 7 (Ар, ПС, ВБ, ПК, ЭЛ, САБА, ОА). В данном примере общими заболеваниями для больных обоих полов были только СД и ПК, входящие при этом в разные подгруппы. Эти данные еще раз показывают наличие выраженных гендерных отличий в возрастной динамике частотных спектров заболеваний у больных пожилого возраста и долгожителей.

Особенно наглядно это проявляется в динамике частоты разного количества диагнозов, поставленных 1 больному (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что частота диагнозов для их числа, равного 4–6 на человека, с возрастом у женщин увеличивается, а у мужчин, наоборот, уменьшается. Заметные гендерные различия наблюдаются и при количестве диагнозов, равном 10 и более на человека. Необходимо отметить, что различия по частоте разного количества диагнозов у женщин 3-й и 4-й групп статистически не достоверны ($p > 0,05$), у мужчин, несмотря на их гораздо более значительные различия, достоверность отличия ($p < 0,05$) была только в группе с 4–6 диагнозами.

Особенности возрастной динамики частотно-спектра заболеваний нашли свое отражение и в значениях полиморбидности (табл. 4).

Из табл. 4 видно, что у женщин полиморбидность максимальна в возрасте 75–84 года и уменьшается у долгожителей. У мужчин она достигает максимума в 85–89 лет и остается такой же у долгожителей. Из приведенных данных видно, что форма графика возрастной динамики по-

лиморбидности у женщин отличается от таковой у мужчин. Кроме того, несмотря на более низкие значения полиморбидности у долгожителей обоих полов по сравнению с другими группами, у них интервальный размах в количестве возможных диагнозов был гораздо больше. Это можно объяснить увеличением с возрастом разнообразия патологии.

Так, женщинам из 94 диагнозов их поставлено в 1-й группе — $39,4 \pm 5,0\%$; во 2-й — $51,1 \pm 5,1\%$; в 3-й — $77,6 \pm 4,3\%$ и в 4-й — $59,6 \pm 5,1\%$. У мужчин соответственно — $35,1 \pm 4,9$; $38,3 \pm 5,0$; $53,2 \pm 5,1$ и $42,5 \pm 5,1\%$. Достоверные гендерные отличия выявлены внутри 3-й ($p < 0,001$) и 4-й групп ($p < 0,05$), а у женщин ($p < 0,01$) при сравнении 3-й и 4-й, хотя уменьшение многообразия диагнозов у долгожителей при сравнении этих групп отмечается также и у мужчин. Частично это уменьшение можно объяснить более медленным темпом увеличения возрастной патологии у долгожителей.

Сравнение полученных нами результатов с соответствующими данными других авторов [1,3–5,7,8] показывает, что наши данные по частоте некоторых заболеваний и полиморбидности не всегда совпадают с ними. Например, наши данные по частоте гипертонической болезни и заболеваний щитовидной железы соответствуют, а по стенокардии не соответствуют таковым в работе [3]. Частота отдельных заболеваний у пожилых людей и долгожителей разного пола, приведенных в работе [4], также не совпадает с нашими данными. То же касается значений полиморбидности. Так, в работе [1] приводятся ее значения для пациентов старше 90 лет, равные $2,4 \pm 0,5$, что значительно и достоверно меньше, чем по нашим данным ($p < 0,001$) и по данным [4,5,7,8]. Наши результаты также не соответствуют мнению [4], в соответствии с которым формирование полиморбидности заканчивается в основном примерно к 60 годам и в дальнейшем старение не приводит к ее увеличению.

На наш взгляд, различия в значениях частот отдельных заболеваний и полиморбидности у разных авторов могут быть связаны с разными критериями отбора больных и диагнозов, использованных этими авторами. Они также могут зависеть от полноты обследования больного. Поэтому показатели частоты заболеваний и полиморбидности могут иметь только относительное

значение. Стандартизация указанных критериев могла бы существенно повысить степень надежности результатов исследования и выводов на их основе.

В заключение необходимо отметить, что представленный материал только частично отвечает на поставленные в начале статьи вопросы. Так, за рамками статьи оказался такой интересный вопрос, как изучение у пожилых людей и долгожителей возрастной динамики частоты отдельных групп (кластеров), состоящих из нескольких ассоциированных друг с другом заболеваний. В частности, важно знать, как с возрастом образуются эти группы (по какой причине), насколько они устойчивы и как они модифицируются по количественному и качественному составу. Результаты такого исследования могли бы способствовать повышению эффективности лечения гериатрической патологии.

ВЫВОДЫ

1. Высокая частота болезней (более 50%) у пожилых людей и долгожителей не является необходимым условием для их отнесения к гериатрической патологии.

2. С возрастом в интервале 65–99 лет достоверно изменяются частотный спектр болезней и полиморбидность, имеющие выраженные гендерные отличия, что позволяет предположить наличие разных механизмов формирования и течения гериатрической патологии у мужчин и женщин.

3. График возрастных изменений частоты отдельных заболеваний и полиморбидности у пожилых людей и долгожителей имеет линейную или дугообразную форму разной степени и направленности, а также гендерную специфику.

4. С возрастом в интервале 65–89 лет достоверно увеличивается количество разнообразных

диагнозов, поставленных больным (более заметное у женщин), которое достоверно уменьшается у долгожителей за счет более медленного темпа их старения.

5. Сравнение частотного спектра заболеваний старших возрастных групп (85–89 лет и 90 лет и старше) свидетельствует о необходимости их отдельного изучения.

6. Показатели частоты отдельных заболеваний и полиморбидности у лиц пожилого возраста и долгожителей, по данным разных авторов, имеют только относительное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и долгожителей // *Современные наукоемкие технологии*. 2005. № 4. С. 40-42.
2. Верткин А.Л., Румянцева М.А., Скотникова А.С. Коморбидность // *Клиническая медицина*. 2012. № 10. С. 4-11.
3. Захарчук А.Г., Подлесов А.М. О некоторых методологических и практических проблемах стандартизации в гериатрии // *Успехи геронтологии*. 2008. Т. 21. № 4. С. 607-613.
4. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Генез полиморбидности // *Клиническая геронтология*. 2001. № 1-2. С. 3-5.
5. Петрик Е.А. Особенности полиморбидности у соматических больных, 2011. М.: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 31 с.
6. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Постникова А.Н. и др. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике // *Успехи геронтологии*. 2011. Т. 24. № 2. С. 285-289.
7. Fortin M., Bravo G., Hudon C. et al. Prevalence of multimorbidity among adult seen in family practice // *Ann. Fam. Med.* 2005. № 3. P. 223-228.
8. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // *J. Clin. Epidemiol.* 1998. № 51. P. 3367-3375.

Поступила 01.12.2013

**ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2013 ГОД**

<i>№ статьи</i>	<i>Название статьи</i>	<i>№ жур- нала</i>
ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ		
1.1	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА. Н.В. Вахшина, Т.Г. Фатеева	11–12
1.2	ПАТОМОРФОЗ В ГЕРИАТРИИ. Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев, Л.И. Ефремов	3–4
1.3	ПОДАГРА: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ. В.В. Цурко, И.В. Егоров, М.В. Елисеева	1–2
1.4	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. И.А. Комиссаренко	5–6
1.5	ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. А.А. Зайцев, А.В. Безлепка	7–8
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ		
2.1	АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРИМЕТАЗИДИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ. М.В. Новикова, М.Г. Глезер	1–2
2.2	ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА. И.Г. Колчу, М.В. Романова, В.В. Козийкин, С.В. Котов, Е.В. Исакова	5–6
2.3	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ. А.Э. Лычкова	3–4
2.4	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФОРСИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ. И.Б. Исупов, Е.Ю. Надежкина, О.С. Филимонова	7–8
2.5	ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ. И.Л. Петрунько, Л.В. Меньшикова	1–2
2.6	КОАГУЛЯЦИОННЫЙ И СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. Т.В. Кропотина, Н.А. Морова	1–2
2.7	КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА. Е.К. Казакова, А.С. Котов	11–12
2.8	КООПЕРАТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. И.П. Евсеева, К.Е. Воронцов, А.А. Пунин	7–8
2.9	ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНОВИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С ДЕПОЗИЦИЕЙ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ. Т.С. Носкова, С.Д. Дыбин, Т.И. Бахтиярова, М.Ю. Гульнева, А.С. Башкина, С.М. Носков	1–2
2.10	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ И СТРУКТУРА СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ. М.Ю. Румянцева, Ю.В. Конев	3–4
2.11	ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ МАЛОГО ГОРОДСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. В.В. Козийкин, С.В. Котов, Е.В. Исакова, Н.В. Кель, Т.В. Волченкова	11–12

№ статьи	Название статьи	№ жур- нала
2.12	ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СОЧЕТАННОЙ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА. Т.Н. Кузьмина, Л.Н. Костюченко	3–4
2.13	ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С НООТРОПНЫМ И ПСИХОСТИМУЛИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ: КОРТЕКСИН, ПИРАЦЕТАМ, ЦИТИКОЛИН, ЦЕРЕБРОЛИЗИН. П.А. Воробьев, Л.Ю. Безмельницына, Л.С. Краснова, М.А. Холовня, И.В. Тюрина	11–12
2.14	ПНЕВМОНИЯ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ – ПНЕВМОНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. В.Г. Лычев, Е.Б. Клестер	7–8
2.15	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ИНГИБИТОРАМИ АПФ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. В.Н. Катюхин	5–6
2.16	СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БЕКЛОМЕТАЗОНОМ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СКЕЛЕТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. С.В. Зиц, А.В. Максимова, Б.И. Гутник	7–8
2.17	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. Х-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов, Г.М. Газиев, А.Н. Джалилова, Д.Н. Джалилова, Б.М. Саидова	7–8
2.18	СОМАТОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ОСТЕОАРТРОЗОМ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ. Е.В. Капустина, Т.Ю. Большакова, Е.П. Шарайкина, В.А. Чупахина	1–2
2.19	СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. М.В. Романова, Е.В. Исакова, С.В. Котов, О.В. Кубряк, С.С. Гроховский	9–10
2.20	СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕЖИВШИХ БЛОКАДУ ЛЕНИНГРАДА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. Часть 1. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕЖИВШИХ БЛОКАДУ ЛЕНИНГРАДА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. Г.Т. Арьева, А.Л. Арьев	9–10
2.21	ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МОСКВЕ. М.Е. Дорофеевков, Е.Д. Ли, О.О. Кузнецов, Ю.В. Конев	3–4
2.22	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА – РИСК РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Л.Б. Лазебник, Л.В. Винокурова, Н.И. Яшина, Е.В. Быстровская, Д.С. Бордин, Е.А. Дубцова, Ю.Н. Орлова	3–4
2.23	ЭЛАСТИЧНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НОРМОТЕНЗИЕЙ. Е.А. Рябихин, М.Е. Можейко, О.А. Назарова, Т.Е. Капустина	5–6
ЛЕКЦИИ		
3.1	ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ). В.В. Ермилов, А.А. Нестерова, О.В. Махонина	11–12
3.2	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И ЛОГИСТИКА ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА. Л.И. Ефремов, Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев	3–4
3.3	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. Е.Ю. Суслова	11–12
3.4	ПРИЧИНЫ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ. В.А. Парфенов, Н.В. Бестужева	1–2

<i>№ статьи</i>	<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		
4.1	НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. И.Н. Ручкина, О.А. Смирнова, Л.Н. Костюченко	3–4
4.2	ОСТРОЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. Е.Е. Хохлова, О.В. Зайратьянц, Л.Б. Тарасова, Ю.А. Шепел	3–4
4.3	СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ И НЕОБХОДИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ В КОНЦЕ ЖИЗНИ. Е.С. Введенская, Л.Е. Варенова	5–6
ОБЗОР		
5.1	ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. Е.Е. Башлакова, Л.С. Краснова	5–6
5.2	ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. Г.Г. Хубулава, К.Л. Козлов, С.С. Михайлов, А.Н. Шишкевич, И.Б. Олексюк, Е.В. Седова	5–6
5.3	ПНЕВМОНИЯ, «НЕ ОТВЕЧАЮЩАЯ НА ЛЕЧЕНИЕ». А.А. Зайцев, А.И. Синопальников	7–8
5.4	СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХОСПИСНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РФ И ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИИ. А.В. Власова, Л.С. Краснова, П.А. Воробьев	1–2
5.5	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ: ОТ ПОНИМАНИЯ К УСПЕХУ. В.А. Головачева	11–12
СРОЧНО В НОМЕР		
6.1	БОР НИЛЬС. Э.М. Шпилянский	7–8
6.2	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ I. Б.А. Кауров, Т.Ш. Адеишвили, Е.Б. Матюхина, А.А. Щегорцов	7–8
6.3	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ II. Б.А. Кауров, Т.Ш. Адеишвили, Е.Б. Матюхина, А.А. Щегорцов	7–8
6.4	ГИЛЯРОВСКИЙ ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ. Э.М. Шпилянский	3–4
6.5	ДАЛЬ ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ. Э.М. Шпилянский	11–12
6.6	ЖЮЛЬ ВЕРН. Э.М. Шпилянский	3–4
6.7	К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАМН ВАЛЕНТИНЫ АЛЕКСАНДРОВНЫ НАСОНОВОЙ	9–10
6.8	К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ВОБЭНЗИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. Х-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов, А.Н. Джалилова, Д.Н. Джалилова, Б.М. Саидова	7–8
6.9	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ). И.Д. Ушницкий, А.С. Роголева, Ю.В. Чижов	1–2

№ статьи	Название статьи	№ жур- нала
6.10	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПЕРГИРОВАННОГО БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОРСОПАТИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. Р.Ш. Мирхайдаров	3–4
6.11	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВШИХ В СЕМЕЙНЫХ ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА. Н.Н. Гусева, А.Е. Дитятков, В.Ю. Мишин	7–8
6.12	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ВЕТЕРАНОВ СПОРТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ. А.Х. Талибов	9–10
6.13	ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. Э.М. Шпилянский, Н.И. Яковлева, Л.Г. Вершинина, Т.Б. Агафонова	7–8
6.14	ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА. Н.Н. Гусева, А.Е. Дитятков, В.Ю. Мишин	5–6
6.15	ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ. А. В. Кучаева	11–12
6.16	СТЕПАНОВА ЕПИСТИНЬЯ ФЕДОРОВНА. ВЕЛИКАЯ РУССКАЯ МАТЬ, ПОЛОЖИВШАЯ НА АЛТАРЬ РОДИНЫ ДЕВЯТЕРЫХ СЫНОВЕЙ. Э.М. Шпилянский	7–8
6.17	СТРЕСС И СТАРЕНИЕ. В.И. Федорова, И.Н. Денисова	3–4
6.18	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА АРТРОКЕР В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. И.А. Стародубцева, Л.В. Васильева, А.В. Никитин	5–6
6.19	ФЛЕМИНГ АЛЕКСАНДР. Э.М. Шпилянский	11–12

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

7.1	ОПЫТ ЭТАПНОЙ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ. К.Л. Козлов, С.С. Михайлов, А.Н. Шишкевич, И. Б. Олексюк, Е.В. Седова, Е.В. Рыбин, А.Б. Смолянинов, Ф.Ш. Адылов, Н.С. Алексеева	5–6
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

8.1	ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ. Л.Д. Фирсова	3–4
8.2	ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева	7–8
8.3	ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР: ИСТОРИЯ И НАСТОЯЩЕЕ. И.В. Архипов, Т.И. Грекова, В.А. Костенко, В.И. Донцов	7–8

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

9.1	XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Тезисы	9–10
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------

**АЛФАВТИННЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2013 ГОД**

<i>Фамилия автора</i>	<i>№ статьи</i>				
Агафонова Т.Б.	6.13	Елисеева М.В.	1.3	Никитин А.В.	6.18
Адеишвили Т.Ш.	6.2, 6.3	Ермилов В.В.	3.1	Новикова М.В.	2.1
Адылов Ф.Ш.	7.1	Ефремов Л.И.	1.2, 3.2	Носков С.М.	2.9
Алексеева Н.С.	7.1	Зайратьянц О.В.	4.2	Носкова Т.С.	2.9
Артемьева Г.Б.	8.2	Зайцев А.А.	1.5, 5.3	Олексюк И.Б.	5.2, 7.1
Архипов И.В.	8.3	Зиц С.В.	2.16	Орлова Ю.Н.	2.22
Арьев А.Л.	2.20	Исакова Е.В.	2.2	Парфенов В.А.	3.4
Арьева Г.Т.	2.20	Исакова Е.В.	2.11, 2.19	Петрунько И.Л.	2.5
Бахтиарова Т.И.	2.9	Исупов И.Б.	2.4	Пунин А.А.	2.8
Башкина А.С.	2.9	Казакова Е.К.	2.7	Рогалева А.С.	6.9
Башлакова Е.Е.	5.1	Капустина Е.В.	2.18	Романова М.В.	2.2, 2.19
Безлепко А.В.	1.5	Капустина Т. Е.	2.23	Румянцева М.Ю.	2.10
Безмельнищина Л.Ю.	2.13	Катюхин В.Н.	2.15	Ручкина И.Н.	4.1
Бестужева Н.В.	3.4	Кауров Б.А.	6.2, 6.3	Рыбин Е.В.	7.1
Большакова Т.Ю.	2.18	Кель Н.В.	2.11	Рябихин Е.А.	2.23
Бордин Д.С.	2.22	Клестер Е.Б.	2.14	Саидов М.С.	2.17, 6.8
Быстровская Е.В.	2.22	Козлов К.Л.	5.2, 7.1	Саидова Б.М.	2.17, 6.8
Варенова Л.Е.	4.3	Козийкин В.В.	2.2, 2.11	Седова Е.В.	5.2, 7.1
Васильева Л.В.	6.18	Колчу И.Г.	2.2	Синопальников А.И.	5.3
Вахнина Н.В.	1.1	Комиссаренко И.А.	1.4	Смирнова О.А.	4.1
Введенская Е.С.	4.3	Конев Ю.В.	1.2, 2.10, 2.21, 3.2	Смолянинов А.Б.	7.1
Вершинина Л.Г.	6.13	Костенко В.А.	8.3	Стародубцева И.А.	6.18
Винокурова Л.В.	2.22	Костюченко Л.Н.	2.12, 4.1	Суслова Е.Ю.	3.3
Власова А.В.	5.4	Котов А.С.	2.7	Талибов А.Х.	6.12
Волченкова Т.В.	2.11	Котов С.В.	2.2, 2.11, 2.19	Тарасова Л.Б.	4.2
Воробьев П.А.	2.13, 5.4	Краснова Л.С.	2.13, 5.1, 5.4	Тюрина И.В.	2.13
Воронцов К.Е.	2.8	Кропотина Т.В.	2.6	Ушницкий И.Д.	6.9
Газиев Г.М.	2.17	Кубряк О.В.	2.19	Фатеева Т.Г.	1.1
Гехт И.А.	8.2	Кузнецов О.О.	2.21	Федорова В.И.	6.17
Глезер М.Г.	2.1	Кузьмина Т.Н.	2.12	Филимонова О.С.	2.4
Головачева В.А.	5.5	Кучаева А.В.	6.15	Фирсова Л.Д.	8.1
Грекова Т.И.	8.3	Лазебник Л.Б.	1.2, 2.22, 3.2	Холовня М.А.	2.13
Гроховский С.С.	2.19	Ли Е.Д.	2.21	Хохлова Е.Е.	4.2
Гульнева М.Ю.	2.9	Лычев В.Г.	2.14	Хубулава Г.Г.	5.2
Гусева Н.Н.	6.11, 6.14	Лычкова А.Э.	2.3	Царуева Т.В.	2.17, 6.8
Гутник Б.И.	2.16	Максимова А.В.	2.16	Цурко В.В.	1.3
Денисова И.Н.	6.17	Матюхина Е.Б.	6.2, 6.3	Чижов Ю.В.	6.9
Джалилов Х-М.Н.	2.17, 6.8	Махонина О.В.	3.1	Чупахина В.А.	2.18
Джалилова А.Н.	2.17, 6.8	Меньшикова Л.В.	2.5	Шарайкина Е.П.	2.18
Джалилова Д.Н.	2.17, 6.8	Мирхайдаров Р.Ш.	6.10	Шепел Ю.А.	4.2
Дитятков А.Е.	6.11, 6.14	Михайлов С.С.	5.2, 7.1	Шишкевич А.Н.	5.2, 7.1
Донцов В.И.	8.3	Мишин В.Ю.	6.11, 6.14	Шпилянский Э.М.	6.1, 6.4, 6.5, 6.6, 6.16, 6.13, 6.19
Дорофеевков М.Е.	2.21	Можейко М.Е.	2.23	Щегорцов А.А.	6.2, 6.3
Дубцова Е.А.	2.22	Морова Н.А.	2.6	Яковлева Н.И.	6.13
Дыбин С.Д.	2.9	Надежкина Е.Ю.	2.4	Яшина Н.И.	2.22
Евсеева И.П.	2.8	Назарова О.А.	2.23		
Егоров И.В.	1.3	Нестерова А.А.	3.1		

SUMMARY

**ETHICS AND DEONTOLOGY IN GERIATRICS.
(ON THE 50TH ANNIVERSARY
OF THE DECLARATION OF HELSINKI)**

L.B. Lazebnik¹

*Moscow State Medical and Dental University
named after A.I. Evdokimov*

¹ *Lazebnik Leonid Borisovich, MD, profesor, Head of the
Department of therapy, geriatrics and prevention of MSMSU.
Tel.: 8-495-609-67-00. E-mail: msmsu@msmsu.ru*

Ethics and deontology in medicine, particularly in geriatrics are presented in historical perspective and experience and presentation of such persons, for which the ministry profession, was a matter of people their lives.

**CLINICAL FEATURES AND TREATMENT
OF DUODENAL ULCER DISEASE
IN ELDERLY PATIENTS**

**I.V. Maev¹, A.A. Samsonov S.A. Karaulov²,
I.N. Nikushkina, V.A. Shestakov**

*Moscow State Medical and Dental University
named after A.I. Evdokimov*

¹ *Maev Igor Veniaminovich, MD, professor,
Head of the Department of Gastroenterology
and Propaedeutics MGMSU. Tel.: 8 (495) 609-67-00.
E-mail: msmsu@msmsu.ru*

² *Karaulov Sergey Aleksandrovich, graduate student,
Department of Gastroenterology and Propaedeutics
MGMSU. Tel. 8 (495) 609-67-00*

Peculiarities of the clinical course of duodenal ulcer disease in elderly patients. Longer for its slow and they are due to scarring as discirculatory involutinal process, and the presence of comorbidities, which often leads to trophic failure. In the treatment of elderly patients along with traditional anti-helicobacter therapy needed cytoprotectors and possibly enzymes.

**CLINICAL FEATURES AND TREATMENT
OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON
IN ELDERLY**

S.V. Levchenko¹

*Moscow State Medical and Dental University,
named after A.I. Evdokimov*

¹ *Levchenko Svetlana Vladimirovna, graduate student
of therapy, geriatrics and prevention.
Tel.: 8 (495) 609-67-00*

Peculiarities of clinical manifestations of diverticular disease of the colon in elderly patients to justify pathogenetic therapy are presented. Revealed that 18% of patients older than 75 years with single diverticula in the colon diameter of no more than 3–5 mm in the case of symptoms of chronic abdominal ischemia (pain attack is a clear link with eating or exercise, expressed flatulence, a violation of stool). Specific clinical picture in this group correlated with the presence of atherosclerosis and cardiovascular disease and ischemia morphological features of small intestinal mucosa (microscopic ischemic colitis). The presence of dyslipidemia in patients, ischemic heart disease and cerebrovascular

disease may serve as a predictor allocated us a special clinical and morphological form of diverticular disease – ischemic component requiring revision therapeutic approach.

**ADAPTIVE AND COMPENSATORY MECHANISMS
IN ELDERLY PATIENTS WITH PATHOLOGY
OF THE DIGESTIVE SYSTEM**

N.P. Chernus¹, A.I. Shatihin

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

¹ *Chernus Natalia Pavlovna, PhD, Assistant
of the Department of Outpatient Therapy,
Medical University PMGMU named after I.M. Sechenov.
Tel.: 8-916-205-06-81. E-mail: chernusnp@mail.ru*

Studied adaptive – compensatory mechanisms in digestive diseases in patients of all ages are presented. It is shown that these mechanisms are depleted with age and not constructive, adaptive resources are depleted, reduced vegetative software – psychological protection is provided as finding social support. Therapeutic target for elderly patients - is psycho-emotional resources that can start rebuilding their psychopharmacological and psychotherapeutic support standard therapy.

**IATROGENIC DISORDERS
IN ELDERLY PATIENTS
IN GENERAL HOSPITAL**

P.P. Pyrkov¹

*Moscow Psychotherapeutic Academy,
National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
named after V.P. Serbsky, GKB № 7, Moscow*

¹ *Pyrkov Pavel, candidate of medical sciences,
psychiatrist, teacher of Training center of Department
of health care of Moscow. Tel: 8-499-782-30-36*

Iatrogenic disease (Greek Iatros – doctor, – genes – generated; syn. Iatrogeny) caused by careless words or actions of medical personnel, adversely affect the psyche of the human body. The term «iatrogeny» was introduced by German psychiatrist O. Bumke (1924) (13). There are two forms of iatrogenic diseases identified: iatrogeny iatrogeny relationships and influence. In the international classification (ICD-10), these disorders are included in section F4.

**AGE FEATURES OF CAUSES OF DEATH
AND ASSOCIATED DISEASES**

A.I. Michalski¹, B.B. Tsurko²

Institute of Control Sciences. V.A. Trapeznikova RAS

¹ *Michalski Antolji Ivanovich, Leading Researcher, MD.
Tel.: 8 (495) 334-88-20. E-mail: ipuran@yandex.ru*

² *Tsurko Varvara Vladimirovna, graduate student.
Tel.: 8 (495) 334-88-20. E-mail: v.tsurko@gmail.com*

The relation of cause of death and human diseases later in life. On the basis of data on causes of death and associated diseases, collected in the U.S. in 2008, allocated 10 classes of diseases – causes of death in more than 96% of cases. Showing comorbidities, most commonly associated with different caus-

es of death in different age groups. Established nonmonotonic increase in chronic diseases among all comorbidity with increasing age of the patient at the time of death.

CARING FOR THE ELDERLY IN THE DEPARTMENTS OF TEMPORARY STAY: NECESSITY AND REALITY

I.A. Trubnikova, Y.V. Konev¹

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov

¹ *Konev Yuri Vladimirovich, MD, Professor, Department of Therapy, Geriatrics and Prevention MSMSU. E-mail: ukonev@yandex.ru*

Complete care for persons at high risk may provide network expansion and improvement of facilities and services that provide seniors complex vital services targeted at the medical and social terms, such as separation of temporary stay, medico-social and rehabilitative care in health care settings outpatient care.

THE MECHANISM OF DEVELOPMENT OF PANCREATIC INSUFFICIENCY IN CHRONIC PANCREATITIS

L.V. Vinokurova¹, I.E. Trubitsina, E.A. Dubtsova, M.A. Agafonov, I.S. Shulyat'ev

Central Research Institute of Gastroenterology, Moscow

¹ *Vinokurova Ludmila Vasilevna, Tel.: 8 (495) 304-95-51. E-mail: vinokurova52@mail.ru*

Described in detail the complex mechanism of self-regulation of the pancreas and intestine in different conditions of chronic inflammation of gland.

IATROGENY EXACERBATES POLYMORBIDITY, ESPECIALLY IN GERIATRICS

L.B. Lazebnik, Y.V. Konev¹, L.I. Efremov

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov

¹ *Konev Yuri Vladimirovich, MD, Professor, Department of Therapy, Geriatrics and Prevention MSMSU. E-mail: ukonev@yandex.ru*

Examines the impact of iatrogenic disorders on polymorbidity, especially in older people. Defined situations where iatrogeny must necessarily be placed on the first place. Considered iatrogeny and hypertension, iatrogeny and cognitive disorders. Side effects of some drugs as one of the causes of iatrogenic disorders.

NUTRITION IN OLDER AGE GROUPS

Y.V. Konev¹, L.I. Efremov, E.D. Li, I.A. Trubnikova

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov

¹ *Konev Yuri Vladimirovich, MD, Professor, Department of Therapy, Geriatrics and Prevention MSMSU. E-mail: ukonev@yandex.ru*

Aging is accompanied by various changes in metabolism and functions, which necessitates adequate supply adjustment. Basic principles of nutritioj of elderly: energy balance supply with the actual energy consumption of the body; pre-

ventive its orientation in relation to atherosclerosis, obesity, diabetes, hypertension, cancer, etc., corresponding to the chemical composition of food age-related changes and metabolic functions, balanced diets for all indispensable supply factors, primarily micronutrient having geroprotective properties; nutraceutical products normalize intestinal microflora; rationalization of diet, the use of food, enough to easily subjected to the action of digestive enzymes.

VISUALIZATION OF EPIDEMIC SITUATION ON TUBERCULOSIS AS A MEANS OF HELPING THE PRECINCT TUBERCULOSIS AND THERAPISTS IN CARRYING OUT ANTI AND PREVENTIVE MEASURES

A.E. Dityakov, N.N. Guseva¹

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov

¹ *Guseva Natalia Nikolaevna, postgraduate student of Phthisiopneumology Department of MSMSU named after A.I. Evdokimov. Tel.: 8 (499) 187-96-90. E-mail: info@plkd12.mosgorzdrav.ru*

The article analyzes the results of applying the mapping method of observation in working with foci of tuberculosis infection in the period from 2005 to 2012. Cartographic method allowed us to visualize the epidemiological situation of tuberculosis in the territory of one city clinics Administrative District of Moscow. Introduction to practical work GP phthisiatrician mapping method will conduct epidemiological monitoring service on the territory of the detection of TB patients, to determine the contingent surveyed contact persons in each case, in order to detect latent tuberculosis infection foci.

FEATURES OF THE FREQUENCY SPECTRUM OF DISEASES AND POLYMORBIDITY ELDERLY AND CENTENARIANS

B.A. Kaurov¹, E.B. Matyukhina²

Branch of Medical University RNIMU named after N.I. Pirogov Russian Ministry of Health «NCC of Gerontology», Moscow

¹ *Kaurov Boris, PhD, Main Researcher of RNIMU chapter named after N.I. Pirogov of Ministry of Health of Russia. «NCC of Gerontology». E-mail: bokar@mail.ru*

² *Matyukhina Elena, Researcher of RNIMU chapter named after N.I. Pirogov of Ministry of Health of Russia. «NCC of Gerontology». E-mail: 5409316@mail.ru*

Studied gender and frequency spectra diseases polymorbidity in 4 age groups (65–74, 75–84, 85–89 and 90 years and older) patients from NCC of Gerontology. Study showed that only 4 diagnosis (hypertension, chronic cerebral ischemia, angina and low back pain) are found in all groups of women and men with a frequency of more than 50%. Gender differences both intra- and inter-group are marked. Graphic age changes the frequency of certain diseases and polymorbidity have a linear or arcuate shape of varying severity and direction, as well as gender-specific. Patients aged 65–89 years significantly increases the number of different diagnoses (more prominent in women) and significantly decreased in centenarians. Frequency spectrum in the group 85–89 years and 90 years and older should be studied. Rates of incidence of certain diseases and polymorbidity have only a relative value.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ГЕРИАТРИИ

Л.Б. Лазебник 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ЧАСТОТА ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ
МЕЖЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ
У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ
НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

К.С. Данилина, О.В. Головина, Д.А. Сычев 14

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
И ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТАИ.В. Маев, А.А. Самсонов, С.А. Караулов,
И.Н. Никушкина, В.А. Шестаков 18ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.В. Левченко 22

АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ
У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ

Н.П. Чернусь, А.И. Шатихин 27

ЯТРОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

П.П. Пырков 31

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИЧИН СМЕРТИ
И СОПУТСТВУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ

А.И. Михальский, В.В. Цурко 35

ЛЕКЦИЯ

УХОД ЗА ПОЖИЛЫМ В ОТДЕЛЕНИЯХ ВРЕМЕННОГО
ПРЕБЫВАНИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ И РЕАЛЬНОСТЬ

И.А. Трубникова, Ю.В. Конев 41

EDITORIAL

ETHICS AND DEONTOLOGY IN GERIATRICS

L.B. Lazebnik 3

ORIGINAL ARTICLES

FREQUENCY OF POTENTIALLY
SIGNIFICANT DRUG-DRUG INTERACTIONS
IN ELDERLY PATIENTS.
WHO ARE HOSPITALIZED AT THERAPEUTIC
DEPARTMENT

K.S. Danilina, O.V. Golovina, D.A. Sychev 14

CLINICAL FEATURES
AND TREATMENT
OF DUODENAL ULCER DISEASE
IN ELDERLY PATIENTSI.V. Maev, A.A. Samsonov, S.A. Karaulov,
I.N. Nikushkina, V.A. Shestakov 18CLINICAL FEATURES AND TREATMENT
OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON
IN ELDERLY PATIENTS

S.V. Levchenko 22

ADAPTIVE AND COMPENSATORY MECHANISMS
IN ELDERLY PATIENTS WITH PATHOLOGY
OF THE DIGESTIVE SYSTEM

N.P. Chernus, A.I. Shatihin 27

IATROGENIC DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS
IN GENERAL HOSPITAL

P.P. Pyrkov 31

AGE FEATURES OF CAUSES OF DEATH
AND ASSOCIATED DISEASES

A.I. Michalski, V.B. Tsurko 35

LECTURE

CARING FOR THE ELDERLY IN THE DEPARTMENTS
OF TEMPORARY STAY: NECESSITY AND REALITY

I.A. Trubnikova, Y.V. Konev 41

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ

Л.В. Винокурова, И.Е. Трубицина, Е.А. Дубцова,
М.А. Агафонов, И.С. Шулятьев 46

THE MECHANISM OF DEVELOPMENT
OF PANCREATIC INSUFFICIENCY
IN CHRONIC PANCREATITIS

L.V. Vinokurova, I.E. Trubitsina, E.A. Dubtsova,
M.A. Agafonov, I.S. Shulyat'ev 46

ЯТРОГЕНИЯ УСУГУБЛЯЕТ ПОЛИМОРБИДНОСТЬ,
ОСОБЕННО В ГЕРИАТРИИ

Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев, Л.И. Ефремов 50

IATROGENY EXACERBATES POLYMORBIDITY,
ESPECIALLY IN GERIATRICS

L.B. Lazebnik, Y.V. Konev, L.I. Efremov 50

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ПИТАНИЕ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ю.В. Конев, Л.И. Ефремов, Е.Д. Ли,
И.А. Трубникова 56

PRACTITIONERS ASSISTANCE

NUTRITION IN OLDER AGE GROUPS

Y.V. Konev, L.I. Efremov, E.D. Li,
I.A. Trubnikova 56

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

К 25-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ГЕРОНТОЛОГИИ И
ГЕРИАТРИИ МОСКОВСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА, НЫНЕ КАФЕДРА ТЕРАПИИ,
ГЕРИАТРИИ И ПРОФИЛАКТИКИ МОСКОВСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 61

ANNIVERSARIES

FOR THE 25th ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT
OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS MOSCOW
DENTAL INSTITUTE, ONE DAY DEPARTMENT
OF THERAPY, GERIATRICS AND PREVENTION
OF MOSCOW STATE MEDICAL AND DENTAL
UNIVERSITY 61

СРОЧНО В НОМЕР

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ
ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ КАК СРЕДСТВО ПОМОЩИ
УЧАСТКОВЫМ ФТИЗИАТРУ И ТЕРАПЕВТУ
В ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

А.Е. Дитятков, Н.Н. Гусева 63

URGENT ISSUE

VISUALIZATION OF THE EPIDEMIC SITUATION
OF TUBERCULOSIS AS A MEANS OF HELPING
THE DISTRICT TB SPECIALIST AND THERAPIST
IN CONDUCTING EPIDEMIOLOGICAL
AND PREVENTIVE MEASURES

A.E. Dityatkov N.N. Guseva 63

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНОГО СПЕКТРА
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОЛИМОРБИДНОСТИ
У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Б.А. Кауров, Е.Б. Матюхина 66

FEATURES OF THE FREQUENCY SPECTRUM
OF DISEASES AND POLYMORBIDITY ELDERLY
AND CENTENARIANS

B.A. Kaurov, E.B. Matyukhina 66

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2013 ГОД 72

INDEX OF ARTICLES PUBLISHED IN THE JOURNAL
IN 2013 72

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2013 ГОД 76

ALPHABETICAL INDEX OF AUTHORS OF ARTICLES
PUBLISHED IN THE JOURNAL IN 2013 76

SUMMARY 77

SUMMARY 77