

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

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

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция февраль 2011 года)

Издательство НЬЮДИАМЕД

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 НЬЮДИАМЕД*

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 19

7-8-2013

(Июль-Август)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© *Издательство НЬЮДИАМЕД*

При оформлении обложки

использована работа А. Дюрера

Формат 60x90/8

Печ. листов 9. Заказ № КС07-0813

Отпечатано в ООО «Авансед солнцыз»

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,

Р.И. Данилова,

И.Н. Денисов,

Л.М. Горилковский,

Ю.В. Конев,

Л.Б. Лазебник,

А.И. Мартынов,

Е.Л. Насонов,

Н.И. Некрасова,

В.Е. Ноников,

А.Д. Пальман,

В.А. Парфенов,

Т.А. Федорова,

В.В. Цурко

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 НЬЮДИАМЕД, Москва, 2013

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: Вадосанидзе 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 616.233 – 002:615.232

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

А.А. Зайцев¹, А.В. Безлепко²

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Подробно представлены все аспекты обострения хронической обструктивной болезни легких: причины и критерии обострения, выбор места лечения, алгоритм ведения пациентов (как правило пожилого возраста и особенно фармакотерапия)

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, обострение, лечение

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, treatment

Под обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) принято понимать ухудшение в состоянии пациента, возникающее остро, с усилением кашля, увеличением объема отделяемой мокроты и (или) изменением ее цвета, появ-

лением или нарастанием одышки, которое выходит за рамки ежедневных колебаний и служит основанием для модификации терапии [1–3].

Установлено, что пациенты с ХОБЛ переносят от 1 до 4 и более ее обострений в течение года,

¹ Зайцев Андрей Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, начальник пульмонологического отделения ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Тел.: 8 (499) 263-56-97.

² Безлепко Александр Викторович, канд. мед. наук, заведующий пульмонологическим отделением. Тел.: 8 (499) 263-56-97.

и именно частота обострений является одним из наиболее важных факторов, определяющих качество их жизни, темпы прогрессирования заболевания и экономические потери [4,5].

Этиология обострений. Выделяют обострение инфекционной и неинфекционной природы, оно имеет неодинаковый прогноз и требует различной терапевтической тактики.

В числе неинфекционных факторов обострения ХОБЛ стоит отметить пренебрежение врачами предписаниями (низкая комплаентность пациентов). В ряде случаев обострение вызывают пребывание в районах с загрязненным воздухом (промышленные объекты, задымление и др.), декомпенсация сопутствующих болезней внутренних органов, ятрогения (неадекватное использование седативных препаратов, β -блокаторов), травмы грудной клетки. Достаточно частой причиной обострения является тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Однако большинство обострений ХОБЛ (75–80%) инфекционной природы (50% бактериальные патогены и 30% вирусы).

Доминирующими микроорганизмами в мокроте у больных с обострением ХОБЛ являются *Haemophilus influenzae*, а также *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis*, удельный вес которых, по данным различных исследователей, составляет 13–46, 7–26 и 9–20 соответственно [6,7]. Реже выделяются *Haemophilus parainfluenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* и представители семейства *Enterobacteriaceae*. Удельный вес *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamidia pneumoniae* в обострении составляет около 5%, однако точная распространенность данных инфекций не известна ввиду трудностей диагностики [8]. До 30% случаев обострений ХОБЛ имеют вирусную природу. Как правило, речь идет о риновирусной и гриппозной инфекции. Следует учитывать и тот факт, что вирусная инфекция служит неким «проводником» бактериального обострения ХОБЛ [9].

Этиология инфекционного обострения ХОБЛ в зависимости от нарушения бронхиальной проходимости (%)

Возбудитель	ОФВ ₁ > 50%	ОФВ ₁ < 50%
<i>H. influenzae</i>	16,3	39,4
<i>S. pneumoniae</i>	25,6	12,7
<i>M. catarrhalis</i>	25,6	11,3
<i>P. aeruginosa</i>	7,0	28,2
<i>Enterobacteriaceae</i>	25,6	8,4

Результаты исследований свидетельствуют, что степень тяжести ХОБЛ коррелирует с типом возбудителя. Так, у пациентов с легкой ХОБЛ обострение чаще всего обусловлено *S. pneumoniae*, по мере прогрессирования болезни (снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду – ОФВ₁, частые обострения) высевают *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и *Enterobacteriaceae* (таблица) [10].

В случае тяжелого обострения нередко обнаруживают *P. aeruginosa*. Факторами риска синегнойной инфекции являются:

- выраженная бронхиальная обструкция (ОФВ₁ < 35%);
- бронхоэктатическая болезнь;
- хроническое гнойное отделяемое;
- предшествующее выделение *P. aeruginosa* из мокроты;
- недавняя госпитализация (продолжительностью 2 дня и более в течение прошлых 90 дней);
- частое применение антибиотиков (4 курса и более в течение года).

Критерии обострения ХОБЛ. Классическими признаками обострения заболевания являются критерии, предложенные N. Anthonisen в 1987 г. [11]: появление или усиление одышки; увеличение объема отделяемой мокроты и усиление гнойности мокроты. Наличие всех трех критериев – это I тип, двух из них – II тип, одного – III тип обострения. Эта рубрификация больных наиболее важна для определения необходимости антибактериальной терапии, которая показана в случае обострения ХОБЛ I и II типа, если одним из критериев обострения является наличие гнойной мокроты. Другими клиническими симптомами при обострении ХОБЛ могут быть повышение температуры тела, общая слабость, физические симптомы обострения (свистящие хрипы в них).

Оценка тяжести обострения базируется на анализе его клинических симптомов, анамнезе больного. Признаками тяжелого обострения ХОБЛ являются: участие в дыхании вспомогательных дыхательных мышц; парадоксальные движения грудной клетки; усугубление или появление центрального цианоза; наличие периферических отеков; гемодинамическая нестабильность; изменение ментального статуса.

Для оценки тяжести обострений и определения лечебной тактики могут применяться: пульсоксиметрия; измерение газов артериальной крови при тяжелом обострении ХОБЛ; рентге-

нография грудной клетки – для исключения пневмонии (дифференциальная диагностика), ЭКГ; общий анализ крови; общий и бактериологический анализ мокроты; биохимический анализ крови, спирометрия.

Выбор места лечения. Целью лечения обострений ХОБЛ является минимизация воздействия текущего обострения и предотвращение обострений в будущем. В зависимости от тяжести обострения и/или тяжести заболевания лечение может проводиться амбулаторно или в стационаре. Более чем в 80% случаев лечить обострение можно амбулаторно.

Показания для госпитализации больных с обострением ХОБЛ:

- Значительное увеличение интенсивности симптомов, таких как внезапная одышка в покое.
- Плохой ответ на амбулаторную терапию.
- Тяжелая форма ХОБЛ.
- Возникновение новых клинических проявлений (например, цианоза, периферических отеков).
- Нарастающая гипоксемия.
- Изменения ментального статуса.
- Серьезные сопутствующие заболевания (например, сердечная недостаточность или недавно развившиеся аритмии).
- Частые обострения ХОБЛ.
- Пожилой возраст.
- Недостаточная помощь дома.

Показания для направления в ОИТ:

- Тяжелая одышка с неадекватным ответом на начальную экстренную терапию.
- Изменения ментального статуса (спутанное сознание, заторможенность, кома).
- Персистирующая или усугубляющаяся гипоксемия ($\text{PaO}_2 < 5,3$ кПа, или 40 мм рт. ст.) и (или) тяжелый/ухудшающийся респираторный ацидоз ($\text{pH} < 7,25$), несмотря на кислородотерапию и неинвазивную вентиляцию легких.
- Необходимость в искусственной вентиляции легких.
- Гемодинамическая нестабильность – потребность в вазопрессорах.

Фармакотерапия. *Бронхолитическая терапия.* В настоящее время наиболее предпочтительными бронхолитиками для лечения обострений ХОБЛ остаются короткодействующие ингаляционные β_2 -агонисты в комбинации с короткодействующими антихолинергическими препаратами или без них [1,2]. Метилксантины

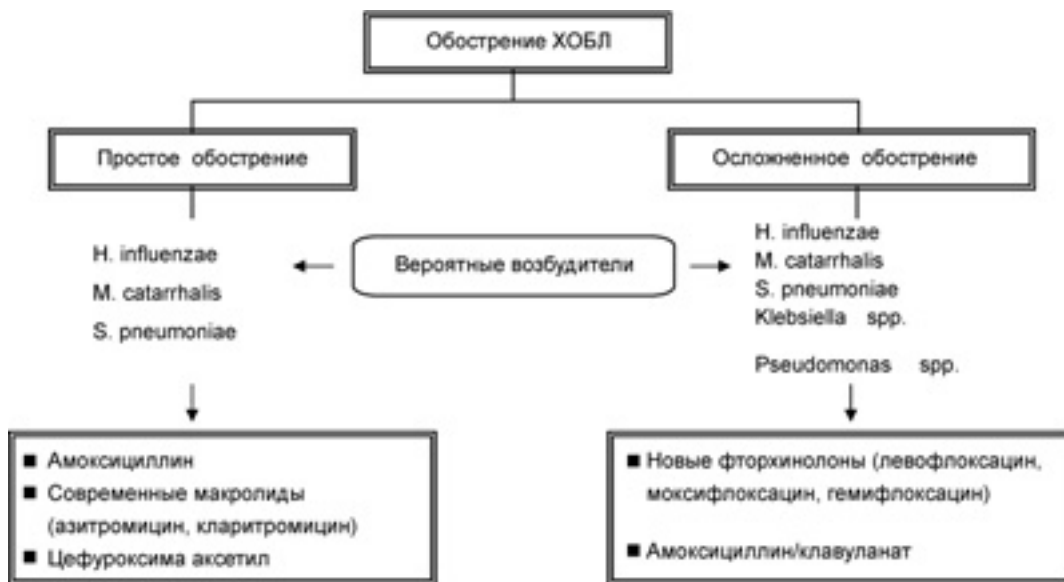
(теофиллин, аминофиллин) для внутривенного введения используются как препараты второй линии, т. е. при недостаточной эффективности ингаляционных бронхолитиков. Эта позиция обусловлена исследованиями, показавшими, что добавление аминофиллина к стандартной терапии (ингаляционные β_2 -агонисты) не приводит к дальнейшему улучшению состояния больного и спирометрических показателей, но вызывает больше побочных эффектов. Более выраженный эффект может быть достигнут при комбинированной терапии: ипратропий + β_2 -агонист.

Оптимальной ингаляционной техникой доставки препарата при тяжелом обострении ХОБЛ являются небулайзеры, так как их использование не зависит от возможностей ингаляционного усилия больного.

Глюкокортикостероиды (ГКС). Значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов (IL-6) и увеличение числа эозинофилов в слизистой оболочке дыхательных путей при обострении ХОБЛ создают предпосылки к применению ГКС. При этом отсутствие адекватной доставки ингаляционных ГКС при обострении ХОБЛ вследствие отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты делает малоэффективным их применение. Напротив, пероральные или внутривенные формы кортикостероидов обеспечивают выраженный противовоспалительный эффект и в настоящее время рекомендуются наряду с бронхолитической терапией для лечения обострений ХОБЛ в стационаре [12–14]. Системные кортикостероиды следует принимать курсами не более 14 дней, предпочтительны средние дозы (эквивалент 30 мг/сут преднизолона внутрь) препаратов. В настоящее время появляются свидетельства того, что небулайзерная терапия будесонидом при обострении ХОБЛ может быть альтернативой системным ГКС, но экономическая составляющая лечения значительно возрастает.

Антибактериальная терапия оправдана у пациентов с обострением ХОБЛ I типа (в данном случае наиболее вероятна инфекционная природа обострения), II типа (при наличии гнойной мокроты), а также тяжелом обострении с признаками острой дыхательной недостаточности [1,3,15].

Эмпирическая антибиотикотерапия инфекционного обострения ХОБЛ предусматривает выбор препаратов, активных в отношении наиболее вероятных бактериальных возбудителей



Эмпирическая антибактериальная терапия инфекционного обострения ХОБЛ [3, 16].

с учетом распространенности механизмов приобретенной устойчивости к различным классам антибиотиков. С успехом применяются β -лактамы, макролиды и «респираторные» фторхинолоны.

В настоящее время предлагается следующий подход к ведению пациентов с инфекционным обострением ХОБЛ (схема) [3, 16]. Антибиотиками выбора у пациентов с простым (неосложненным) обострением ХОБЛ (нечастые, менее 4, обострения в течение 12 мес, возраст до 60 лет, отсутствие серьезной сопутствующей патологии, незначительные или умеренные нарушения бронхиальной проходимости – ОФВ₁ 50% и более должного) являются амоксициллин, современные макролиды (азитромицин, кларитромицин) и цефуроксима аксетил.

Пациентам с осложненным обострением ХОБЛ (возраст пациента 60 лет и старше и (или) выраженные нарушения вентиляционной функции легких – ОФВ₁ менее 50% должного, и (или) наличие серьезных сопутствующих заболеваний – сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, заболевания печени и почек с нарушениями их функции и др. и (или) 4 обострения и более в течение 12 мес, и (или) госпитализация по поводу обострения в предшествующие 12 мес, и (или) использование системных глюкокортикостероидов или антибиотиков в предшествующие 3 мес) рекомендуются «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) или ингибиторзащищенные пенициллины. Присутс-

твие же факторов риска синегнойной инфекции (ОФВ₁ < 35% должного, хроническое отделение гнойной мокроты, наличие бронхоэктазов, предшествующее выделение *P. aeruginosa* из мокроты) определяет выбор в пользу левофлоксацина в дозе 750 мг в сутки. Оптимальная продолжительность терапии составляет 5–7 сут.

Дыхательная поддержка. Кислородотерапия является приоритетным направлением в стационарном лечении больных с обострением ХОБЛ. Дополнительное поступление кислорода следует титровать для коррекции у пациента гипоксемии с целевым уровнем сатурации 88–92%. Газы артериальной крови рекомендуется измерять через 30–60 мин после начала кислородотерапии, для того чтобы убедиться в адекватной оксигенации без накопления CO₂, однако в большинстве стационаров РФ эта процедура невыполнима.

Маска Вентури (высокопоточное устройство) – более приемлемое устройство для контролируемой подачи кислорода по сравнению с назальной канюлей, однако она чаще плохо переносится больными.

Вентиляционное пособие при обострении возможно либо методом неинвазивной (с помощью носовой или лицевой маски) вентиляции, либо искусственной вентиляцией легких (с помощью оротрахеальной трубки или через трахеостому). Применение дыхательных стимуляторов при острой дыхательной недостаточности не рекомендуется.

Показания к неинвазивной вентиляции легких (НВЛ):

- респираторный ацидоз ($\text{pH} \leq 7,35$ и/или $\text{PaCO}_2 \geq 6,0$ кПа или 45 мм рт. ст.),
- тяжелая одышка с клиническими признаками усталости дыхательных мышц и/или повышенной нагрузки на дыхательные мышцы (участие вспомогательных дыхательных мышц, парадоксальное движение живота или втяжение межреберных промежутков).

Относительные противопоказания к неинвазивной вентиляции легких:

- остановка дыхания,
- сердечно-сосудистая патология (гипотензия, аритмия, инфаркт миокарда),
- спутанное сознание, отсутствие контакта с пациентом,
- высокий риск аспирации, большое количество вязкой мокроты,
- челюстно-лицевые или гастроэзофагеальные оперативные вмешательства в последнее время,
- черепно-мозговая травма, назофарингеальная патология,
- выраженное ожирение.

Показания к искусственной вентиляции легких:

- непереносимость или неэффективность НВЛ,
- остановка дыхания или сердечной деятельности,
- дыхательные паузы с потерей сознания или ощущением удушья,
- нарушение сознания, психомоторное возбуждение, неадекватно контролируемое седативными средствами,
- массивная аспирация,
- персистирующая неспособность к эвакуации бронхиального секрета,
- частота сердечных сокращений менее 50 в минуту – I с потерей активности,
- тяжелая гемодинамическая нестабильность с отсутствием ответа на инфузию и вазоактивные препараты,
- тяжелые желудочковые аритмии,
- жизнеугрожающая гипоксемия у пациентов, которым невозможна НВЛ.

Гепаринотерапия. Всем госпитализированным пациентам с обострением ХОБЛ, особенно с наличием в анамнезе эпизодов венозного тромбоза, при отсутствии противопоказаний, проводится профилактическая терапия низкими дозами нефракционированного гепарина или, что наиболее предпочтительно, низкомолекулярными гепаринами.

Алгоритм ведения больных с обострением ХОБЛ

Уровень I: лечение обострения в амбулаторных условиях

1. Обучение пациента

- проверка техники ингаляции;
- применение дозирующих аэрозольных ингаляторов с использованием спейсера или небулайзерная терапия.

2. Бронхолитики

- короткодействующие β_2 -агонисты (альбутерол (сальбутамол), тербуталин) и (или) ипратропий в форме дозирующего аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером или через небулайзер по потребности;

- возможно добавление длительно действующих бронхолитиков, если пациент не принимал их ранее.

3. ГКС (в случае выраженной одышки; $\text{ОФВ}_1 < 50\%$)

- ингаляционные глюкокортикостероиды через небулайзер,
- преднизолон внутрь по 30 мг в сутки в течение 10 дней.

4. Антибиотики при наличии показаний

Стандарты лабораторно-инструментального контроля и мониторинга в стационаре

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мокроты.
3. Бактериоскопическое исследование мокроты.
4. Бактериологическое исследование мокроты.
5. ЭКГ.
6. Рентгенография органов грудной клетки.
7. Мониторирование водно-электролитного баланса.
8. Общий белок крови.
9. Исследование газов артериальной крови и КОС.
10. Пульсоксиметрия.
11. Спирометрия.

Уровень II: лечение в условиях стационара

1. Бронхолитики

- короткодействующие β_2 -агонисты (альбутерол (сальбутамол), беродуал, беротек) и (или) ипратропий в виде дозирующего аэрозольного ингалятора через спейсер или небулайзер.

2. Кислородотерапия (если насыщение крови кислородом $< 90\%$).

3. Глюкокортикостероиды

- преднизолон внутрь по 30 мг в сутки в течение 10–14 дней или эквивалентные дозы в/в;

- ингаляционные кортикостероиды с помощью небулайзера.

4. Антибиотики при наличии показаний.

Уровень III: лечение больных, требующих специальных методов лечения или госпитализации в отделение интенсивной терапии

1. Кислородотерапия.

2. Вентиляционная поддержка.

3. Бронхолитики:

- короткодействующие β_2 -агонисты (альбутерол (сальбутамол), беродуал, беротек) и ипратропий в форме дозирующего аэрозольного ингалятора) через спейсер или небулайзер каждые 2–4 ч.

4. Глюкокортикостероиды:

- преднизолон внутрь по 30 мг в сутки в течение 10–14 дней или эквивалентные дозы в/в;
- ингаляционные кортикостероиды с помощью небулайзера.

5. Антибиотики: «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) либо амоксициллин/клавуланат.

Условия выписки из стационара:

- Симптомы возвратились к исходному уровню.
- Гемодинамическая стабильность.
- Оксигенация возвратилась к исходным значениям.
- Снизилась частота применения ингаляционных β_2 -агонистов (потребность в их применении не более чем через 4–6 ч).
- Пациент в состоянии продолжать лечение в амбулаторных условиях.
- Способность передвигаться в пределах палаты, отделения, самостоятельно принимать пищу и спать без частых пробуждений из-за одышки.
- Отсутствие парентеральной терапии в течение 12–24 ч.
- Осознание и возможность соблюдения всех рекомендаций врача, касающихся режима фармакотерапии.
- Организовано амбулаторное наблюдение (например, возможно посещение медицинской сестры, кислородотерапия в домашних условиях и др.).

Перед выпиской пациента обязательно обсуждаются дальнейшие меры по предупреждению обострений заболевания – четкое выполнение рекомендаций по ингаляционной терапии, правильная техника выполнения ингаляций, возможность и умение использовать небулайзерную терапию в домашних условиях, необходимость кислородотерапии, профилактическая вак-

цинация противогриппозной и антипневмококковой вакцинами, меры по отказу от курения. При сохраняющейся нетрудоспособности обсуждаются вопросы медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы. Пациенту необходимо рекомендовать мониторинг спирометрических показателей для оценки эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Available from: <http://www.goldcopd.org/>
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007). Пер. с англ. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008.
3. Синопальников А.И., Козлов Р.С., Романовских А.Г., Рачина С.А. Инфекционное обострение ХОБЛ: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Российские Медицинские Вести. 2006. XI (№ 1). С. 4-18.
4. Fein A., Fein A.M. Management of acute exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease // Curr Opin Pulm Med. 2000. Vol. 6. № 2. P. 122-126.
5. Donaldson G.C., Seemungal T., Bhowmik A., et al. The relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease // Thorax. 2002. Vol. 5. P. 847-852.
6. Sethi S. Bacteria in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // The Proceedings of the American Thoracic Society. 2004. Vol. 1. P. 109-114.
7. Sethi S., Murphy T. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. New Engl. J. Med. 2008. Vol. 359. P. 2355.
8. Diederens B., van der Valk P., Kluytmans J. et al. The role of atypical respiratory pathogens in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. 2007. Vol. 30. P. 240-244.
9. Kherad O., Rutschmann O. Viral Infections as a Cause of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Exacerbation // Praxis. 2010. Vol. 99. № 4. P. 235-240.
10. Lode H., Allewelt M., Balk S. et al. A prediction model for bacterial etiology in acute exacerbations of COPD // Infection. 2007. Vol. 35. P. 143-149.
11. Anthonisen N., Manfreda J., Warren C., et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // Ann Intern. Med. 1987. Vol. 106. P. 196-204.
12. Aaron S.D., Vandemheen K.L., Hebert P. et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease // New Engl. J. Med. 2003. Vol. 348. P. 2618-2625.
13. De Jong Y.P. et al. // CHEST. 2007. Vol. 132. P. 1741-1747.
14. Quon B.S. et al. // CHEST. 2008. Vol. 133. P. 756-766.
15. Ram F., Rodriguez-Roisin R., Granados-Navarrete A., et al. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // Cochrane Database Syst Rev. 2006. Vol. 2. CD004403.
16. Синопальников А.И., Зайцев А.А. «Респираторные» фторхинолоны в лечении инфекционного обострения ХОБЛ. Справочник поликлинического врача. 2010. № 4. P. 52-55.

Поступила 15.05.2013

УДК 616.24 – 002

ПНЕВМОНИЯ, «НЕ ОТВЕЧАЮЩАЯ НА ЛЕЧЕНИЕ»А.А. Зайцев¹, А.И. Синопальников²*Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко,
Российская медицинская академия последипломного образования*

В клинической практике известно, что почти 18% пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией, лечатся амбулаторно, и 6–15% госпитализированных больных не «отвечают» на лечение должным образом. А при тяжелом течении пневмонии состояние пациентов ухудшается в 40% случаев на фоне адекватной терапии. Подробно освещены все аспекты этой ситуации, трудной в клиническом и организационном плане.

Ключевые слова: пневмония, отсутствие эффекта лечения
Key words: treatment failure in community acquired pneumonia

Большинство больных внебольничной пневмонией удовлетворительно «отвечают» на антибактериальную терапию. Однако известно, что порядка 17,7% пациентов с этой нетяжелой пневмонией, получающих лечение в амбулаторных условиях, и 6–15% госпитализированных больных не отвечают должным образом на лечение с сохранением либо прогрессированием клинико-рентгенологических симптомов [1,2]. А среди больных с тяжелым течением пневмонии, исходно направленных в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), ухудшение состояния на фоне адекватной терапии наблюдается в 40% случаев [3].

¹ Зайцев Андрей Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, начальник пульмонологического отделения ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Тел.: 8 (499) 263-10-47. E-mail: a-zaicev@yandex.ru.

² Синопальников Александр Игоревич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пульмонологии РМАПО. Тел.: 8 (499) 252-21-04.

Очевидно, что неэффективность лечения напрямую сопряжена с риском неблагоприятного исхода пневмонии. Летальность больных, не ответивших на лечение, значительно выше, чем у пациентов с адекватным ответом на антибиотикотерапию. По некоторым данным, у госпитализированных больных с внебольничной пневмонией, не ответивших на лечение, общая летальность достигает 49% [4,5], а в случае ранней неэффективности терапии сообщается о 27% летальных исходов [6]. Другой проблемой при неэффективности антибактериальной терапии пневмонии является увеличение срока госпитализации пациента, привлечение целого ряда диагностических исследований, модификация антимикробной терапии и др., что ведет к значительному росту экономической составляющей лечения.

Термином пневмония, «не отвечающая на лечение», описываются клинические ситуации, при которых, несмотря на проводимую антибак-



Схема 1. Различные варианты течения внебольничной пневмонии.

териальную терапию, не наблюдается адекватный клинический ответ. Общепринятым сроком оценки эффективности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии (далее пневмонии) являются первые 48–72 ч от начала лечения. На основании этого критического для больных временного интервала (72 ч от начала лечения) определяют раннюю или позднюю неэффективность антибактериальной терапии. Помимо этого, у госпитализированных пациентов выделяют две разновидности неэффективного лечения – прогрессирующую и персистирующую пневмонию – схема 1 [3]. Под прогрессирующей пневмонией понимают истинное клиническое ухудшение, сопровождающееся, как правило, в первые 72 ч от момента поступления больного в стационар острой дыхательной недостаточностью, требующей вентиляционной поддержки, и (или) септическим шоком [2,7].

Ухудшение состояния пациента чаще всего связано с неэффективной терапией, осложнением пневмонии, формированием внелегочных оча-

гов инфекции [1,3,8,9] (схема 2). Здесь важно подчеркнуть, что около 50% больных пневмонией, находящихся в ОРИТ, первоначально поступают в отделение общего профиля (терапевтическое, пульмонологическое), откуда в последующем ввиду прогрессирующего течения заболевания переводятся в ОРИТ. В этом контексте особый интерес представляют данные, свидетельствующие о генетической предрасположенности к генерализованному воспалительному ответу при пневмонии и даже летальному исходу. Так, известно, в частности, что степень тяжести пневмонии ассоциируется с генетическими изменениями локуса IL-10 (1082) [10–11]. Другое генетическое отклонение, связываемое с модификацией белка теплового шока 70-2, – возрастание риска септического шока при пневмонии.

Позднее прогрессирующее ухудшение состояния больных (спустя 72 ч от начала лечения) чаще всего обуславливается присоединением нозокомиальной суперинфекции или обострением/декомпенсацией сопутствующих болезней внутренних органов [3].

Ко второй разновидности неэффективности лечения больных пневмонией в стационаре относят персистирующую пневмонию или пневмонию, «не отвечающую» должным образом на антибиотикотерапию. В данном случае имеет место замедленное обратное развитие клинических симптомов заболевания в 15–25% случаев [12–13]. Лихорадка на фоне адекватного лечения регрессирует на 2–4-е сутки. К числу других критических точек, определяющих эффективность тера-



Схема 2. Причины неэффективности лечения больных с внебольничной пневмонией [2–3].

пии, относят частоту сердечных сокращений и дыхательных движений, показатели систолического артериального давления, сатурации гемоглобина кислородом и др. (так называемые критерии клинической стабильности¹).

При адекватном «ответе» среднее время достижения соответствующих значений вышеуказанных критериев составляет 3 сут; напротив, для пациентов с персистирующей пневмонией этот временной отрезок составляет 6 дней и более. Причинами неэффективности лечения в случаях персистирующей пневмонии могут служить обострение/декомпенсация сопутствующих заболеваний, присоединение нозокомиальной суперинфекции, а также многочисленные неинфекционные заболевания, нередко ошибочно принимаемые за пневмонию, а именно тромбоз ветвей легочной артерии, системные васкулиты, сердечная недостаточность, лекарственная пневмопатия, легочная эозинофилия и др. В значительной части случаев (>40%) неэффективность терапии как прогрессирующей, так и персистирующей пневмонии обуславливается инфекционными причинами; при этом может иметь место как первичная инфекция, вызванная, в частности, лекарственно-устойчивыми штаммами возбудителей, так и нозокомиальная суперинфекция. В ряду наиболее частых микробиологических находок фигурируют *Streptococcus pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Выделение представленных разновидностей неэффективности лечения пневмонии имеет важное практическое значение, так как определяет дальнейшую тактику ведения пациента. Очевидно, что модификация антибактериальной терапии оправдана только при «прогрессирующей» пневмонии, при наличии данных микробиологических исследований, указывающих на выделе-

ние культуры микроорганизмов с природной или приобретенной устойчивостью к назначавшимся antimicrobialным препаратам или при открывшихся эпидемиологических данных, позволяющих предполагать альтернативную этиологию заболевания.

В настоящее время известен целый ряд факторов/предикторов риска неэффективности лечения: исходно тяжелое течение заболевания, наличие осложнений (абсцедирование, плевральный выпот), проживание в домах престарелых, сопутствующие болезни печени и желудочно-кишечного тракта; лейкопения и гипонатриемия; мультилобарное поражение легочной ткани, пневмония, вызываемая *Legionella* spp. и грам-отрицательными микроорганизмами и др., что позволяет прогнозировать течение заболевания и модифицировать антибактериальную терапию [1–3,6]. Одним из важных факторов риска неэффективности лечения является применение antimicrobialных препаратов, не соответствующих современным клиническим рекомендациям. В то же время имеются доказательства более высокой эффективности терапии у пациентов с факторами риска при применении «респираторных» фторхинолонов [24]. Предшествующая вакцинация антипневмококковой вакциной также снижает риск общей неэффективности лечения.

Другой проблемой, характерной в большей степени для амбулаторной практики лечения пневмонии и обуславливающей значительное число случаев неэффективности терапии, является низкая комплаентность пациентов. Безусловно, что более широкое применение антибиотиков с оптимальной фармакологической характеристикой (кратность приема 1–2 раза в сутки, высокий профиль безопасности и др.) в реальной клинической практике позволит снизить число случаев неэффективности терапии.

Важнейшим моментом ведения больных пневмонией является адекватная оценка тяжести состояния больного и прогноза заболевания, определяющая выбор места лечения (на дому, в отделении общего профиля, в ОРИТ) и тактику антибактериальной терапии. С этой целью в настоящее время используются различные шкалы прогноза пневмонии. Однако стоит помнить, что эти шкалы имеют свои ограничения. Так, например, получившая широкое распространение шкала PORT (Pneumonia Outcomes Research Team),

¹ Критерии клинической стабильности: температура тела 37,8 °C и ниже; частота сердечных сокращений 100 в минуту и менее; частота дыхания 24 в минуту и менее; систолическое артериальное давление 90 мм рт. ст. и выше.; сатурация гемоглобина кислородом (SaO₂) 90% и более или парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO₂) 60 мм рт. ст.; возможность приема лекарств внутрь; отсутствие нарушений сознания [2].

Таблица 1
Шкалы SMART-COP и SMRT-CO
для оценки тяжести пневмонии [2,16,17]

Показатель	Балл
Систолическое АД <90 мм рт. ст.	2
Мультилобарные инфильтраты на рентгенограмме легких	1
Содержание альбумина в плазме* <3,5 г/л	1
Частота дыхательных движений (ЧДД) при возрасте ≤50 лет ≥25/мин ≥50 лет ≥30/мин	1
Частота сердечных сокращений (ЧСС) ≥125 уд/мин	1
Наличие признаков нарушения сознания	1
Оксигенация при возрасте ≤50 лет — SaO ₂ <94%, > 50 лет — SaO ₂ <90%, ≤50 лет PaO ₂ <70%, > 50 лет — PaO ₂ <60%	2
pH артериальной крови* <7,35	2

Примечание.* отсутствуют в шкале SMRT-CO.

предполагающая определение 20 клинических и лабораторных параметров, на основании которых устанавливается так называемый индекс тяжести пневмонии (PSI — pneumonia severity index) [14], не может быть использована у молодых пациентов, так как в ее основе лежит определение возраста больного. Широко популяризируемые прогностические шкалы CURB-65² и CRB-65³ [15] не учитывают наличие сопутствующей патологии. Перспективными для оценки тяжести состояния госпитализированных больных пневмонией представляются и шкалы SMART-COP и SMRT-CO, разработанные группой австралийских и американских ученых [16] (табл. 1). «Облегченный» вариант шкалы (без определения альбуминемии и pH крови) обладает сравнимой ценностью со SMART-COP. Пациенты, набравшие 1–2 балла, могут наблюдаться в отделении общего профиля, а 3 балла и более требуют неотложной госпитализации в ОРИТ.

² C — Confusion (нарушения сознания); U — Urea (азот мочевины > 7,0 ммоль/л); R — Respiratory rate (частота дыхания ≥ 30/мин); B — Blood pressure (диастолическое или систолическое артериальное давление ≤ 60 и <90 мм рт. ст. соответственно); 65 — (возраст ≥ 65 лет).

³ В шкале CRB-65 отсутствует оценка уровня азота мочевины (U — Urea).

Хотелось бы отметить, что внедрение описанных выше прогностических шкал при внебольничной пневмонии, безусловно, полезно, так как позволяет сократить частоту необоснованных госпитализаций пациентов с низким риском неблагоприятного прогноза, а также выделить категорию лиц, нуждающихся в интенсивной терапии. Однако прогностические шкалы не рассматривают такие факторы, как декомпенсация сопутствующих хронических болезней [21,22], вариабельность клинической картины и возможность быстрого прогрессирования заболевания, немедицинские показания к госпитализации [17]. В этой связи количественные значения шкал могут играть только вспомогательную роль при выборе места лечения, и в каждом конкретном случае этот вопрос должен решаться лечащим врачом пациента индивидуально.

При решении вопроса о ведении пациента с ВП в условиях стационара следует учитывать следующие показания к госпитализации [17], озвученные на страницах национальных рекомендаций:

- Данные физического обследования: частота дыхания 30/мин и более; диастолическое артериальное давление 60 мм рт. ст. и ниже; систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст.; частота сердечных сокращений 125/мин и более; температура ниже 35°С или 40°С и выше; нарушение сознания.
- Лабораторные и рентгенологические данные: количество лейкоцитов периферической крови менее 4×10^9 /л или более 25×10^9 /л; SaO₂ менее 92% (по данным пульсоксиметрии), PaO₂ < 60 мм рт. ст. и/или PaCO₂ выше 50 мм рт. ст. при дыхании комнатным воздухом; креатинин сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или азот мочевины более 7,0 ммоль/л; пневмоническая инфильтрация более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации более 50% в течение ближайших 2 сут); гематокрит менее 30% или гемоглобин менее 90 г/л; внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.); сепсис или полиорганная недостаточность, проявляющаяся метаболическим ацидозом (pH менее 7,35), коагулопатией.

- Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях.

В ряде случаев может стоять вопрос о предпочтительности стационарного лечения пациента: возраст старше 60 лет; наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит/ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания); неэффективность стартовой антибактериальной терапии; желание больного и/или членов его семьи.

Задержка с началом антибиотикотерапии более чем на 4–8 ч также является важным фактором риска неэффективности лечения [18]. Другим важным шагом, способным повысить эффективность лечения, является оценка клинико-эпидемиологических данных, позволяющих актуализировать этиологию пневмонии (табл. 2) и

соответственно проводить целенаправленную антибактериальную терапию. Так, для пневмококковой пневмонии характерны острое начало, потрясающий озноб, высокая лихорадка, боль в грудной клетке, кровохарканье, для легионеллезной пневмонии – тяжелое течение, диарея, неврологическая симптоматика, нарушения функции печени; для микоплазменной – мышечная и головная боль, симптомы инфекции верхних дыхательных путей. Образование полостей деструкции в легких не характерно для пневмококковой, микоплазменной и хламидийной пневмонии, но может свидетельствовать в пользу стафилококковой инфекции, аэробных грамотрицательных энтеробактерий и анаэробов.

Частой причиной неэффективности лечения являются недооценка региональной ситуации по лекарственной устойчивости ключевых возбудителей пневмонии и отсутствие какой-либо настороженности в вопросах выявления факторов риска антибиотикорезистентных/проблемных микроорганизмов. Следует отметить, что в послед-

Таблица 2

Эпидемиология и факторы риска пневмонии известной этиологии [2, 17]

Условия возникновения	Вероятные возбудители
Алкоголизм	<i>S. pneumoniae</i> , анаэробы, аэробные грам (–) бактерии (чаще <i>K. pneumoniae</i>)
ХОБЛ/курение	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>Legionella</i> spp.
Декомпенсированный сахарный диабет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i>
Пребывание в домах престарелых	<i>S. pneumoniae</i> , представители семейства <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>C. pneumoniae</i> , анаэробы
Несанированная полость рта	Анаэробы
Гнойничковые заболевания кожи	<i>S. aureus</i>
Эпидемия гриппа	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i> реже первичное вирусное поражение легких*
Предполагаемая массивная аспирация	Анаэробы
Развитие пневмонии на фоне бронхоэктазов, муковисцидоза	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>
Внутривенные наркоманы	<i>S. aureus</i> , анаэробы
Локальная бронхиальная обструкция (например, бронхогенная карцинома)	Анаэробы
Иммуносупрессия (например, ВИЧ)	<i>Pneumocystis jiroveci</i>
Контакт с увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды	<i>L. pneumophila</i>
Вспышка пневмонии среди проживающих вместе родственников	<i>C. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i>
Вспышка заболевания в закрытом организованном коллективе (например, школьники, военнослужащие)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. Pneumoniae</i>

Примечание. В период пандемии гриппа А/Н1N1/California доминировала первичная вирусная пневмония [38].

нее время наблюдается рост числа пневмоний, вызываемых внебольничными штаммами MRSA (метициллинрезистентные стафилококки).

Продукция данным возбудителем лейкоцидина Panton-Valentine и других токсинов обуславливает развитие осложнений пневмонии (деструкция/абсцедирование легочной ткани, эмпиема плевры, шок, дыхательная недостаточность). Предположение о внебольничном MRSA следует допускать у больных с абсцедированием легочных инфильтратов при отсутствии факторов риска аспирационной пневмонии (злоупотребление алкоголем, нарушение моторики пищевода, нарушения сознания, инсульт, заболевания десен).

Ведение пациентов с пневмонией, «не отвечающей» на лечение, предполагает следующий алгоритм действий:

1) перевод больного на более высокий уровень лечения (госпитализация, перевод больного из отделения общего профиля в ОРИТ);

2) пересмотр тактики антибактериальной терапии;

3) целенаправленный диагностический поиск.

Очевидно, что первым врачебным действием при лечении пневмонии у госпитализированных больных является тщательный пересмотр анамнестических, эпидемиологических и клинических данных, позволяющих определить альтернативную этиологию пневмонии, анализ факторов риска инфицирования полирезистентными штаммами микроорганизмов, полноценное микробиологическое обследование и последующее модифицирование антибактериальной терапии с учетом выявленных причин неэффективности лечения. Безусловным подспорьем в обсуждаемой клинической ситуации могут оказаться данные микробиологической диагностики и оценки чувствительности выделенного микроорганизма к антибиотикам, которые чаще всего доступны на 2–3-и сутки от начала лечения. Экспресс-метод определения пневмококкового антигена в моче позволяет уточнить этиологию заболевания и прекратить или, напротив, при отрицательном результате теста актуализировать поиск иных причин неэффективности лечения. Кроме того, положительный результат теста позволит помочь в интерпретации данных последующей микробиологической диагностики, которые могут указать на раннюю суперинфекцию. Перспективно ис-

пользование иммунохроматографического экспресс-метода диагностики для определения в моче специфичного растворимого антигена *L. pneumophila* серогруппы I, что позволяет в кратчайшие сроки изменить тактику лечения в пользу «респираторных» фторхинолонов (левофлоксацин) или макролидов. Несомненным преимуществом определения антигенурии *S. pneumoniae* и *L. pneumophila* является сохранение положительного результата исследования несмотря на продолжающуюся антибактериальную терапию. Решение о дальнейшем системном диагностическом поиске (компьютерная томография высокого разрешения, инструментальные и лабораторные методы) позволит исключить либо, напротив, подтвердить альтернативный диагноз.

При ухудшении состояния больного и прогрессировании симптомов заболевания необходимы повторные посевы крови, так как в данном случае возникает риск вторичной бактериемии. Несмотря на предшествующую антибиотикотерапию, данное исследование имеет большую диагностическую ценность, так как в случае положительного результата гемокультуры на фоне адекватной антибактериальной терапии можно сделать вывод о наличии антибиотикорезистентных штаммов возбудителей либо о появлении других очагов инфекции (например, эндокардит). В последние годы все большее внимание привлекает исследование сывороточного уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина. Показано, в частности, что наиболее высокая концентрация СРБ отмечается у пациентов с тяжелой пневмококковой или легионеллезной пневмонией, а также может рассматриваться как самостоятельный фактор неэффективности антибактериальной терапии [19]. Уровень прокальцитонина также коррелирует с тяжестью состояния больных и может быть предиктором осложнений и неблагоприятного исхода заболевания [20].

Важный момент – выявление возможных иммунологических нарушений и последующая их коррекция (наряду с пересмотром тактики антибактериальной терапии). В настоящее время в общетерапевтической и пульмонологической практике нередкими стали случаи пневмоцистной пневмонии (возбудитель – *Pneumocystis jiroveci*) – едва ли не основного клинического проявления у больных СПИДом. В этой связи

всем поступающим в стационар больным показан иммуноферментный анализ для обнаружения антител к ВИЧ.

В числе альтернативных патологических процессов, протекающих под маской пневмонии, стоит выделить: тромбоз ветвей легочной артерии, инфекционный эндокардит правых отделов сердца, острую интерстициальную пневмонию, острую эозинофильную пневмонию, облитерирующий бронхиолит с организуемой пневмонией, системные васкулиты и пр.

В числе необходимых методов диагностики, применяемых при ведении пациентов с внебольничной пневмонией, «не отвечающей на лечение», следует, прежде всего, упомянуть КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопию и торакоцентез, результаты которых дают возможность заподозрить, а порой и диагностировать альтернативное пневмонии заболевание. КТ органов грудной клетки помимо исключения неинфекционных заболеваний (например, бронхиолит с организуемой пневмонией) позволяет диагностировать целый ряд других причин неэффективности лечения пневмонии — осложненный плеврит/эмпиему, абсцесс легкого и пр. Применение КТ целесообразно у пациентов с выявленными ранее при рентгенографии нетипичными для пневмонии изменениями (обтурационный ателектаз, инфаркт легкого на почве ТЭЛА и пр.), при рецидивирующей пневмонии (повторно возникающие инфильтративные изменения в одной и той же доле/сегменте), а также в случае затяжной пневмонии.

Бронхоскопия позволяет диагностировать ряд патологических процессов (мукоидная закупорка бронха, бронхогенная карцинома и др.), а микробиологическое исследование жидкости БАЛ/материала щеточной биопсии обладает большей ценностью, чем рутинное культуральное исследование мокроты. При наличии плеврального выпота с толщиной слоя свободно смещаемой жидкости на латерограмме > 10 мм показан торакоцентез с последующим исследованием плевральной жидкости (окрашивание мазков по Граму и на кислотоустойчивые бациллы; посев на аэробы, анаэробы, микобактерии; подсчет лейкоцитов с лейкоцитарной формулой; определение рН, активности ЛДГ, содержание белка и пр.). Так, например, лимфоцитарный плевральный

выпот позволяет заподозрить наличие у пациента туберкулеза легких.

Пересмотр анамнестических, клинических и лабораторных данных, свидетельствующий о наличии факторов риска потенциально неохваченных назначенными антибиотиками возбудителей пневмонии требует расширения эмпирической антибактериальной терапии до получения результатов диагностических исследований. Так, например, возможное инфицирование «атипичными» микроорганизмами (*S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *Legionella* spp.) требует пересмотра тактики лечения в пользу макролидов либо «респираторных» фторхинолонов. Очевидно, что выявление таких осложнений пневмонии, как абсцесс легкого и эмпиема плевры диктует пересмотр тактики антимикробной терапии в пользу препаратов, активных в отношении предсказуемых этиологических агентов. При подозрении на аспирацию — амоксициллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам, карбапенемы (меропенем, имипенем).

При получении данных микробиологической диагностики, свидетельствующих о ключевой роли того или иного микроорганизма в развитии пневмонии, проводится целенаправленная терапия. Так, при подозрении или обнаружении MRSA к стандартной антибактериальной терапии следует добавить линезолид. При обнаружении *Pseudomonas aeruginosa* препаратами выбора являются цефтазидим, цефепим, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам, карбапенемы (меропенем, имипенем), цiproфлоксацин, левофлоксацин (750 мг в сутки). Все вышеуказанные препараты можно применять в монотерапии или комбинации с аминогликозидами II—III поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Menendez R., Torres A., Zalacain R. et al. Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome // *Thorax* 2004. Vol. 59. С. 960-965.
2. Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Доступно на: <http://www.thoracic.org/sections/publications/statements/pages/mtpi/idsaats-cap.html>

3. Arancibia F., Ewig S., Martinez J.A., et al. Antimicrobial treatment failures in patients with community-acquired pneumonia: causes and prognostic implications // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000. Vol. 162. P. 154-160.
4. Menendez R., Torres A., Rodriguez de Castro F., et al. Reaching stability in community-acquired pneumonia: the effects of the severity of disease, treatment, and the characteristics of patients // *Clin. Infect. Dis.* 2004. Vol. 39. P. 1783-1790.
5. Ewig S., de Roux A., Bauer T., et al. Validation of predictive rules and indices of severity for community acquired pneumonia // *Thorax.* 2004. Vol. 59. P. 421-427.
6. Roson B., Carratala J., Fernandez-Sabe N., Tubau F., Manresa F., Gudiol F. Causes and factors associated with early failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia // *Arch. Intern. Med.* 2004. Vol. 164. P. 502-508.
7. Menendez R., Torres A. Treatment Failure in Community-Acquired Pneumonia // *Chest.* 2007. Vol. 4. № 132. P. 1348-1355.
8. Menéndez R., Cavalcanti M., Reyes S. Markers of treatment failure in hospitalized community acquired pneumonia // *Thorax.* 2008. Vol. 63. P. 447-452.
9. Hoogewerf M., Oosterheert J., Hak E. et al. Prognostic factors for early clinical failure in patients with severe community-acquired pneumonia // *Clin. Microb. Infect.* 2006. Vol. 12. P. 1097-1104.
10. Schaaf B., Boehmke F., Esnaashari H. et al. Pneumococcal septic shock is associated with the interleukin-10-1082 gene promoter polymorphism. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003. Vol. 168. P. 476-480.
11. Gallagher P., Lowe G., Fitzgerald T., et al. Association of IL-10 polymorphism with severity of illness in community acquired pneumonia // *Thorax.* 2003. Vol. 58. P. 154-156.
12. Halm E., Fine M., Marrie T. et al. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines // *JAMA.* 1998. Vol. 279. P. 1452-1457.
13. Daifuku R., Movahhed H., Fotheringham N. et al. Time to resolution of morbidity: an endpoint for assessing the clinical cure of community-acquired pneumonia // *Respir. Med.* 1996. Vol. 90. P. 587-592.
14. Fine M., Auble T., Yealy D. et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia // *New Engl. J. Med.* 1997. Vol. P. 336: 243-250.
15. Lim W., van der Eerden M., Laing R. et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study // *Thorax.* 2003. Vol. 58: P. 377-382.
16. Charles P., Fine M., Ramirez J. et al. Validation of SMART-COP: a pneumoniae severity assessment tool for predicting with patients will need intensive respiratory or inotropic support (IRIS). 47th ICAAC, Chicago, 2007 Abstr.: L1156a.
17. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов П.С., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М., 2010. 82 с.
18. Houck P., Bratzler D., Nisa W., Ma A., Bartlett J.G. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia // *Arch. Intern. Med.* 2004. Vol. 164. P. 637-644.
19. Smith R., Lipworth B., Cree I., Spiers E., Winter J. C-reactive protein: a clinical marker in community-acquired pneumonia // *Chest.* 1995. Vol. 108. P. 1288-1291.
20. Boussekey N., Leroy O., Alfandari S. et al. Procalcitonin kinetics in the prognosis of severe community-acquired pneumonia // *Intensive Care Med.* 2006. Vol. 32. P. 469-472.
21. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Бронхолитическая терапия у пациентов старших возрастных групп // *Клин. геронтол.* 2005. Т. 11. С. 3-11.
22. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония в пожилом возрасте // *Клин. геронтол.* 2004. Т. 10. С. 32-40.

Поступила 06.06.2013

УДК 616.233 – 002:616.7

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БЕКЛОМЕТАЗОНОМ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СКЕЛЕТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.В. Зиц¹, А.В. Максимова, Б.И. Гутник*ФГБОУ ВПО Государственная классическая академия им. Маймонида,
Москва*

Исследовано влияние на костную ткань ингаляционных глюкокортикоидов, в частности в виде дозирующего аэрозольного ингалятора беклометазона, у пациентов с бронхиальной астмой пожилого возраста. По данным исследования, нарушение минеральной плотности костной ткани несколько чаще отмечено у женщин и обнаружено почти у 50% практически здоровых лиц среднего и пожилого возраста. Не наблюдалось различий в распространенности остеопении у пациентов с астмой, получавших базисную противовоспалительную терапию как средними, так и высокими дозами беклометазона независимо от длительности лечения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, костная ткань, пожилой возраст, кортикостероиды
Key words: corticosteroids, treatment of persistent asthma, aged

Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма (далее астма), как правило, ассоциированы со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) [14]. Не вызывает сомнений, что усиление резорбции костной ткани при энтеральном или парентеральном применении глюкокортикоидов у больных астмой имеет ятрогенный характер [11,17]. Сис-

темный прием глюкокортикоидов более 3 мес является одним из ключевых факторов риска остеопороза [12]. Ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС) вызывают значительно меньше побочных эффектов по сравнению с системными в силу своего локального действия, а также благодаря быстрому метаболизму в печени [2,28].

Данные литературы о глюкокортикоид-индуцированном снижении плотности костной ткани при лечении ингаляционными кортикостероидами больных астмой весьма противоречивы. Многие авторы рассматривают остеопению или осте-

¹ Зиц Сергей Владимирович, д-р мед наук, профессор, проректор ГКА им. Маймонида. Тел.: 8 (495) 951-54-97. E-mail: gka@list.ru.

опороз в числе основных факторов опасности при длительном применении указанной группы препаратов [9,13,15,20,30,31].

Другие, напротив, не находят при этом четкой взаимосвязи [16,18,22,24,26]. Есть основания полагать, что негативно влияют на МПКТ у больных с астмой только высокие дозы этих средств [27]. Отсутствие единой точки зрения об их влиянии на костную ткань находит свое отражение в рекомендациях по профилактике остеопороза у больных астмой. Согласно GINA (2002), применение ингаляционных кортикостероидов не требует медикаментозной профилактики остеопороза [19]. Однако, учитывая их возможное отрицательное влияние на МПКТ, для профилактики остеопороза у больных астмой, получающих высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов, рассматривается вопрос о снижении дозы [2,20] либо дополнительном назначении препаратов кальция, бифосфонатов, витамина D [31]. Таким образом, исследования, посвященные влиянию ингаляционных глюкокортикостероидов на костную ткань, сохраняют свою актуальность.

Лидером на рынке этих препаратов остается беклометазон, что совершенно справедливо, учитывая соотношение цена/эффективность [8].

Целью настоящей работы была скрининговая оценка влияния длительного применения средних и высоких доз беклометазона на МПКТ периферического скелета на модели пяточной кости у больных астмой среднего и пожилого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 73 пациента, наблюдающихся в городской поликлинике № 195 Москвы. Основную группу составили 47 больных астмой средней и тяжелой степени, из них 8 мужчин и 39 женщин в возрасте 48–74 ($61,4 \pm 1,64$) лет. Давность заболевания – $10,4 \pm 1,09$ года, длительность базисной терапии 1–12 ($5,8 \pm 0,52$ года) лет. Все пациенты указанной группы получали базисную противовоспалительную терапию беклометазоном (беклазон эко или беклазон эко легкое дыхание) в дозах, рекомендованных GINA (2006) [3]. Дозы беклометазона подбирали на основании данных общеклинического обследования, спирометрии и стандартного теста по контролю астмы – АСТ (Asthma Control Test) [25]. 8 больных получали беклометазон по 600–800 мкг/сут, 39 – высокие дозы препарата (1000–1500 мкг/сут). В контроль-

ную группу вошли 15 больных астмой легкой и средней степени тяжести, не получавших регулярной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами, из них 2 мужчин и 13 женщин возрасте 46–75 ($62,1 \pm 2,6$) лет. Давность заболевания составляла $4,5 \pm 1,14$ года. Для сравнения были обследованы 11 практически здоровых лиц – 6 женщин и 5 мужчин в возрасте 54–70 ($61,7 \pm 1,61$) лет.

Всем пациентам выполнялась ультразвуковая денситометрия (УЗД) правой пяточной кости на диагностическом сканере «Алока AOS-100» (Япония). При выборе участка скелета для исследования учитывалось, что стероидный остеопороз характеризуется, прежде всего, поражением губчатого (трабекулярного) вещества кости: к преимущественно трабекулярным костям скелета относят позвонки, дистальный регион костей предплечья и пяточную кость. Последняя на 90% представлена губчатым веществом [7]. Для оценки МПКТ определялось усредненное значение Т-критерия, рассчитываемого как стандартное отклонение от пиковой костной массы лиц соответствующего пола [4]. Согласно рекомендациям рабочей группы ВОЗ, референсным значением МПКТ считали величины Т-критерия более -1 SD (стандартного отклонения), значения SD от -1 до $-2,5$ расценивали как остеопению, а менее $-2,5$ SD – как остеопороз [6].

В исследование не включались пациенты с индексом массы тела менее 20 кг/м^2 , больные с анамнестическим указанием на длительные курсы лечения системными глюкокортикостероидами, больные сахарным диабетом (в связи с возможностью диабетической остеоартропатии), пациенты, занимающиеся интенсивными физическими тренировками (поскольку минеральная плотность пяточной кости может изменяться в процессе адаптации к условиям напряженной мышечной деятельности [1]). Все обследованные женщины находились в постменопаузе.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с помощью программы «Statistica» 6,0 («StatSoft Inc.», США). Рассчитывались средние величины (M), ошибки средних величин (m). Для оценки различий дискретных признаков в группах применялся анализ таблиц сопряженности с расчетом критерия соответствия (χ^2) по Пирсону. Достоверными считались различия при $p < 0,05$ [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе обследования установлено, что у больных астмой, получавших лечение дозирующим аэрозольным ингалятором беклометазона, деминерализация пяточных костей наблюдается у 79,5% женщин (остеопения обнаружена в 27,

остеопороз в 4 случаях) и у 62,5% мужчин (остеопения в 5 случаях). Аналогичные результаты наблюдались и у больных астмой из контрольной группы, не леченных ингаляционными глюкокортикостероидами: нарушения МПКТ обнаружены у 84,6% женщин (в 7 случаях остеопения, в 4 — остеопороз), а также у обоих включенных в нее мужчин (таблица). В целом среди лиц обоего пола в основной группе больных астмой нарушения МПКТ в виде остеопении или остеопороза установлены в 76,6%, а в контрольной группе — в 86,7% случаев. Достоверных различий в частоте случаев деминерализации костной ткани между группами больных астмой не выявлено ($\chi^2 = 0,08$, $p = 0,783$).

Известно, что в среднем и пожилом возрасте астма чаще наблюдается у женщин [3]. Обращает на себя внимание, что и среди обследованных нами больных астмой также преобладали женщины. Распространенность остеопении и остеопороза среди больных женщин в основной и контрольной группах была практически одинакова ($\chi^2 = 0,17$, $p = 0,684$). У здоровых лиц частота нарушений МПКТ составила 50% среди женщин и 40% среди мужчин (по группе в целом 45,4%), что достоверно ниже, чем в основной ($\chi^2 = 4,17$, $p = 0,041$) и контрольной ($\chi^2 = 5,06$, $p = 0,024$) группах больных.

Оценка взаимосвязи продолжительности применения ДАИ беклометазона — до 2 ($1,62 \pm \pm 0,13$) лет ($n = 13$) и 2 лет и более ($7,41 \pm 0,49$) ($n = 34$) и частоты случаев снижения МПКТ в основной группе больных не выявила достоверных различий ($\chi^2 = 0,54$, $p = 0,461$). Распространенность остеопении и остеопороза среди пациентов, применяющих беклометазон как в

средних (600–800 мкг/сут., $n = 8$), так и в высоких дозах (1000–1500 мкг/сут., $n = 39$), была практически одинакова: $\chi^2 = 1,07$, $p = 0,301$.

Таким образом, нами не обнаружено различий в распространенности остеопенического синдрома среди больных астмой, не леченных ингаляционными глюкокортикостероидами, и пациентов, получающих базисную противовоспалительную терапию дозирующим аэрозольным ингалятором беклометазона независимо от длительности лечения, в том числе высокими суточными дозами препарата. Вместе с тем у больных астмой показатели МПКТ оказались ниже, чем в группе практически здоровых лиц. Полученные данные согласуются с современными представлениями о широком распространении нарушений МПКТ у больных астмой, в том числе не леченных глюкокортикоидами [14,32].

На фоне лечения дозирующим аэрозольным ингалятором беклометазона удовлетворительного контроля над астмой (данные АСТ-теста — 20 баллов и более) удалось достичь лишь у 19 больных (40,4%), у остальных пациентов наблюдалось неконтролируемое течение заболевания. Полученные нами данные соответствуют представлениям об эффективности современной базисной терапии ингаляционными кортикостероидами [3]. В этой связи изучение безопасности продолжительного использования их высоких доз сохраняет актуальность.

Следует отметить, что для деминерализации костной ткани характерна тенденция постепенного распространения остеопороза от осевого скелета (прежде всего позвонков), где проявляются первые признаки остеопороза, к периферическому [7]. В этой связи выбор для диагностики

Показатели остеоденситометрии у обследованных лиц

Т-критерий	Больные, не получавшие ингаляционные глюкокортикостероиды, $n = 15$ (контрольная группа)		Больные, леченные беклометазоном, $n = 47$ (основная группа)		Практически здоровые лица, $n = 11$		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Более -1 SD	—	2	3	8	3	3	19
От -1 до $-2,5$ SD	2	7	5	27	2	2	45
Менее $-2,5$ SD	—	4	—	4	—	1	9
Всего:	2	13	8	39	5	6	73

Примечание. М — мужчины, Ж — женщины.

остеопенического синдрома денситометрии пяточной кости — несомненно удобного, простого, дешевого и безопасного для пациента метода является предметом непрекращающихся дискуссий. Вместе с тем в ряде работ установлена целесообразность использования данной методики для скрининга состояния костной ткани. Так, результаты, полученные в многоцентровом проспективном исследовании (the EPIDOS prospective study), включающем 5703 женщины старше 75 лет, позволяют утверждать, что ультразвуковая денситометрия пяточной кости не уступает по информативной ценности радиографии бедренной кости для стратификации риска перелома шейки бедра [21,29]. При обследовании 96 пожилых мужчин F.R. Barra и соавт. (2012) обнаружили корреляцию данных ультразвуковой денситометрии пяточной кости и данных радиографии грудных и поясничных позвонков, бедренной и лучевой костей ($p < 0,01$) [10]. Таким образом, адекватность использования ультразвуковой денситометрии пяточной кости для скрининговых исследований с целью выявления лиц с вероятностью костной патологии, в частности у пациентов с астмой старших возрастных групп, в течение многих лет применяющих дозирующий аэрозольный ингалятор беклометазона и представляющих группу риска по остеопорозу, не вызывает сомнений.

ВЫВОДЫ

1. Деминерализация пяточной кости у обследованных лиц проявлялась, как правило, в виде остеопении. Нарушения МПКТ несколько чаще встречались у женщин и обнаружены почти у 56% практически здоровых лиц среднего и пожилого возраста. У больных с астмой, в том числе не применявших дозирующий аэрозольный ингалятор беклометазона, частота остеопении и остеопороза была достоверно выше, чем в группе здоровых лиц.

2. Не обнаружено различий в распространенности остеопенического синдрома у больных с астмой среднего и пожилого возраста, получавших базисную противовоспалительную терапию как средними, так и высокими дозами дозирующего аэрозольного ингалятора беклометазона независимо от длительности лечения (менее 2 лет или в течение ряда лет), что, по-видимому, является

отражением высокого профиля безопасности современного дозирующего аэрозольного ингалятора беклометазона. Открытые вопросы данной проблемы, в частности детальная оценка состояния костной ткани, включая осевой скелет, у больных с астмой на фоне лечения ингаляционными кортикостероидами, имеют практическое значение и требуют дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Никитина К.И. Минеральная плотность пяточной кости в условиях напряженной мышечной деятельности // Вестник спортивной науки. 2010. Т. 1. С. 19-24.
2. Баранова И.А. Современное представление о глюкокортикоид-индуцированном остеопорозе при бронхиальной астме и пути его профилактики и лечения // РМЖ. 2004. Т. 4. С. 216-221.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007: 104 с.
4. Зятцкая А.Л. Проблема диагностики снижения костной прочности у детей (Обзор) // Бюллетень сибирской медицины. 2009. Т. 2. С. 76-85.
5. Мамаев А.Н. Основы медицинской статистики. М.: Практическая медицина, 201. 128 с.
6. Рекомендации рабочей группы ВОЗ по обследованию и лечению больных с остеопорозом // Остеопороз и остеопатии. 1999. Т. 4. С. 2-6.
7. Чечурин Р.Е., Рубин М.П. Врачу о денситометрии. 03.03.2010. <http://www.rheumo.ru/content/31-text.html>.
8. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма: воспалительная концепция // Consilium medicum. 2009. Экстравыпуск. С. 2-4.
9. Barnes P.J., Pedersen S., Busse W.W. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids. New Developments // Am. J. Respir Care Med. 1998. Vol. 157. № 3. Part 2 (Suppl.). S. 1-53.
10. Barra F.R., Leite A.F., Souza P.T. et. al. Quantitative ultrasound of the calcaneus, bone densitometry and vertebral morphometry in men over the age of 60 years // Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. 2012. Aug. Vol. 56. № 6. P. 370-375.
11. Bijlsma J.W., Duursma S.A., Bosch R., Raymakers J.A., Huber-Bruning O. Acute changes in calcium and bone metabolism during methylprednisolone pulse therapy in rheumatoid arthritis // Br. J. Rheumatol. 1988. Jun. Vol. 27. № 3. P. 215-219.
12. Brown J.P., Josse R.G. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada // CMAJ. 2002. Vol. 167 (10 Suppl.). S. 1-34.
13. Civitelli R., Ziambaras K. Epidemiology of glucocorticoid-induced osteoporosis. J. Endocrinol. Invest. 2008. Jul. Vol. 31 (7 Suppl.). P. 2-6. Review.
14. Dam T.T., Harrison S., Fink H.A., Ramsdell J., Barrett-Connor E; for the Osteoporotic Fractures in Men (MrOS)

- Research Group. Bone mineral density and fractures in older men with chronic obstructive pulmonary disease or asthma // *Osteoporos. Int.* 2010. Aug. Vol. 21. № 8. P. 1341-1349.
15. Derendorf H., Nave R., Drollmann A., Cerasoli F., Wurst W. Relevance of pharmacokinetics and pharmacodynamics of inhaled corticosteroids to asthma (Review) // *Eur. Respir. J.* 2006 Nov. Vol. 28. № 5. P. 1042-1050.
16. Egan J.J., Maden C., Kalra S., et al A randomized, double-blind study comparing the effects of beclomethasone and fluticasone on bone density over two years // *Eur. Respir. J.* 1999. Vol. 13. P. 1267-1275.
17. Fuhlbrigge A.L., Bae S.J., Weiss S.T., Kuntz K.M., Palliel A.D. Cost-effectiveness of inhaled steroids in asthma: impact of effect on bone mineral density. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006. Feb. Vol. 117. № 2. P. 359-366.
18. Galván Fernández C., Oliva Hernández, Suárez López de Vergara R.S. et al. Inhaled corticosteroid therapy and bone metabolism in asthmatic children // *An Pediatr (Bare)*. 2007. May. Vol. 66. № 5. P. 468-474.
19. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NIH 2002. 176 p.
20. Han E.R., Choi I.S., Kim H.K., et al. Inhaled corticosteroid-related tooth problems in asthmatics // *J. Asthma*. 2009. Mar. Vol. 46. № 2. P. 160-164.
21. Hans D., Dargent-Molina P., Schott A.M. et al. Ultrasonographic heel measurements to predict hip fracture in elderly women: the EPIDOS prospective study // *Lancet*. 1996. Vol. 348. P. 511-514.
22. Harmanci E., Colak O., Metintas M. et al. Fluticasone propionate and budesonide do not influence bone metabolism in the long term treatment of asthma // *Allergol. Immunopathol.* 2001. Vol. 29. № 1. P. 22-27.
23. Kuna P., Joubert J.R., Greefhorst L.A., Magnussen H. A randomized, double-blind, double-dummy, parallel-group, multicenter, dose-reduction trial of the minimal effective doses of budesonide and fluticasone dry-powder inhalers in adults with mild to moderate asthma. *Clin. Ther.* 2003. Aug. Vol. 25. № 8. P. 2182-2197.
24. Luengo M., del Rio L., Pons F. et al. Bone mineral density in asthmatic patients treated with inhaled corticosteroids: a case-control study // *Eur. Respir. J.* 1997. Vol. 10. P. 2110-2113.
25. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M., Schatz M., Li J.T., Marcus P. et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. Vol. 113. № 1. P. 59-65.
26. Pauwels R.A., Lofdahl C., Laitinen L.A. et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking // *New Engl. J. Med.* 1999. Vol. 340. P. 1948-1953.
27. Pauwels R.A., Yernault J.C., Demedts M.G., Geusens P. Safety and efficacy of fluticasone and beclomethasone in moderate to severe asthma. Belgian Multicenter Study Group // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998. Vol. 157. № 3. Pt. 1. P. 827-832.
28. Peters S.P. Safety of inhaled corticosteroids in the treatment of persistent asthma // *J. Natl. Med. Assoc.* 2006. Jun. Vol. 98. № 6. P. 851-861. Review.
29. Schott A.M., Hans D., Duboeuf F., et al. Quantitative ultrasound parameters as well as bone mineral density are better predictors of trochanteric than cervical hip fractures in elderly women. Results from the EPIDOS study// *Bone*. 2005. Dec. Vol. 37. № 6. P. 858-863.
30. The Lung Health Study Research Group. Effect of inhaled triamcinolone on the decline in pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease // *New Engl. J. Med.* 2000. Vol. 343. P. 1902-1909.
31. Weldon D. The effects of corticosteroids on bone growth and bone density // *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2009. Jul. Vol. 103. № 1. P. 3-11; quiz 11-13, 50. Review.
32. Yanik B., Ayrim A., Ozol D. et al. Influence of obesity on bone mineral density in postmenopausal asthma patients undergoing treatment with inhaled corticosteroids // *Clinics (Sao Paulo)*. 2009. Vol. 64. № 4. P. 313-318.

Поступила 09.04.12013

КООПЕРАТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

И.П. Евсеева¹, К.Е. Воронцов², А.А. Пунин³

*ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия
Минздравоохранения России,
ГКБ № 1, г. Брянск*

Обсуждены вопросы кооперативности больных пожилого и старческого возраста при лечении бронхиальной астмы. Подчеркивается важность сотрудничества врача и пожилого пациента в достижении контроля астмы. Определены индексы кооперации пожилых и факторы, оказывающие на него влияние. Оценен контроль бронхиальной астмы в сравнении с лицами молодого и среднего возраста.

Ключевые слова: бронхиальная астма, кооперативность, контроль, пожилой больной
Key words: bronchial asthma, cooperation, control, the elderly patient

Процесс старения населения в настоящее время набирает все возрастающий темп. По прогнозу ООН, к 2050 г. число пожилых людей в мире впервые в истории человечества превысит число молодых людей [10]. В своей практике врачи все чаще встречаются с проблемой лечения пожилого больного. Более 50% пациентов участкового терапевта, узких специалистов – лица пожилого и старческого возраста. У пожилого больного, как правило, имеется сочетание нескольких хронических заболеваний, что затрудняет их диагностику и оказывает влияние на безопасность

медикаментозной терапии. Проблемы комплаентности пожилых лиц усугубляются при необходимости приема нескольких препаратов. Увеличение частоты назначений препарата неизбежно ведет к неумышленному пропуску приема лекарства. Автор, ссылаясь на данные мета-анализа более 100 исследований, показал, что при однократном приеме средняя комплаентность составляет 73%, при двукратном – 70%, трехкратном – 52%, четырехкратном – 42% [6]. Кроме того, возрастные инволюционные процессы в организме ведут к личностным изменениям. Пожилые люди становятся интровертны, уходят в себя, появляются чувства тревоги и депрессии, что отягощает течение болезни. Старческая память приобретает свои особенности: пожилые с трудом запоминают даты, номера телефонов, названия и время приема препаратов. Особенности метаболизма лекарственных препаратов у пожилых изменяют фармакокинетические и фармакодинамические механизмы действия лекарств, порой

¹ Евсеева Ирина Петровна, очный аспирант кафедры факультетской терапии СГМА. Тел.: (4812) 39-76-48. E-mail: evseevaip@mail.ru.

² Воронцов Константин Евгеньевич, канд. мед. наук, главный врач ГКБ № 1 г. Брянска. Тел.: (0832) 55-15-65. E-mail: hp1bryansk@mail.ru.

³ Пунин Александр Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии СГМА. Тел. (4812) 27-11-06. E-mail: factherapy@mail.ru.

увеличивая риск побочных эффектов. Существенное значение имеет и доступность терапии, так как при выходе на пенсию появляются финансовые проблемы, ограничивающие возможность пожилого человека в обеспечении себя дорогостоящей терапией.

Среди хронических заболеваний пожилого возраста важное место занимает бронхиальная астма, требующая соблюдения ряда ограничений в повседневной деятельности. Необходим постоянный прием лекарственных средств, астма осложняет течение сопутствующих болезней и ограничивает возможность их лечения вследствие лекарственного взаимодействия, затраты на лечение являются тяжелым финансовым бременем при скудном бюджете пожилого человека. В этих условиях достаточно непросто добиться высокой приверженности к лечению, необходимой для достижения контроля над астмой. Для оценки соблюдения рекомендаций врача пациентом в литературе используются такие понятия, как комплаентность, приверженность, индекс кооперации. Индекс кооперации — это более актуальное и многогранное понятие, позволяющее оценить степень желания и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме [5]. Несмотря на высокую актуальность проблемы, вопрос приверженности больных лечению, кооперации врача и пожилого пациента изучены недостаточно.

Цель настоящего исследования — изучение кооперативности больных бронхиальной астмой в гериатрической практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 83 пациента с бронхиальной астмой, наблюдавшиеся в ОГБУЗ поликлинике № 6 г. Смоленска и ГКБ № 1 г. Брянска. Согласно принятой в 1963 г. классификации возрастных периодов ВОЗ [4], пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 42 человека пожилого и старческого возраста 60–80 лет (средний возраст $67 \pm 0,89$ года), находящиеся на диспансерном наблюдении врача-пульмонолога. В качестве 2-й группы — сравнения — выступил 41 пациент молодого и среднего возраста 23–53 лет (средний возраст $41 \pm 1,58$ года) с верифицированным диагнозом астмы. Диагноз астмы выставлен в соответствии с критериями GINA, 2009 [7]. Все пациенты во вре-

мя включения в исследование получали базисную антиастматическую терапию в соответствии со степенью тяжести и уровнем достижения контроля (GINA, 2009).

Пациентам проведено общеклиническое обследование в соответствии со стандартом ведения больных астмой, включая общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, общий анализ мокроты (при продуктивном кашле), рентгенографию (флюорографию) органов грудной клетки, электрокардиографию.

Исследование функции внешнего дыхания выполнено в день анкетирования больных на спирографе Super Spiro, Micro Medical, Великобритания. Анализировали показатели: $ОФВ_1$, модифицированный индекс Тиффно ($ОФВ_1/ФЖЕЛ$). В расчет принимали исследование с максимальным значением показателей $ОФВ_1$. Показатели выражали в процентах по отношению к должным величинам. Качественная оценка уровня контроля над симптомами астмы проведена на основе тестов для контроля АСТ и ACQ-5 [8,9].

Уровень тревоги и депрессии оценивался по шкале госпитального опросника тревоги и депрессии (ГОТД) (A.S. Zigmont, 1983).

Для оценки кооперативности использовался опросник НИИ пульмонологии МЗ РФ «Индекс кооперации при БА» [5]. Пациенты ответили на 102 вопроса, позволяющих количественно оценить 9 психологических и экономических составляющих кооперативности: исходная КП (ИХКП); осознание опасности (ОО); потребность в безопасности (ПБ); информированность (ИНФ); доступность средств реализации (ДС); текущая КП (ТКП); удовлетворение от кооперации (УК); общий индекс кооперации (ОИК) и искренность (ИС). Расчет проводился методом суммирования рейтингов по шкале от 0 до 100%.

Полученные данные обработаны с помощью стандартных статистических методов (С.М. Бородачев, 2006; Г.И. Абдрахманова, 2008). Качественные признаки представлены в виде абсолютных и относительных значений (%) от общего числа случаев. Описание количественных признаков, при нормальном распределении, представлено в виде среднего значения \pm ошибка среднего значения. Для проверки гипотезы о нормальности распределения вариационных рядов использовался критерий Пирсона. При распределении, отличном от нормального, все численные данные представлены как *mediana* (Me) с 25–75 интерквартильным размахом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из табл. 1, в основной группе преобладали женщины ($p < 0,05$), не состоящие в браке, длительно страдающие астмой, что объяснимо их большей продолжительностью жизни. Так, по данным Росстата, у женщин она составляет 76,5 лет, у мужчин – 65 лет [2]. Кроме того, пожилые пациенты имели небольшую семью, жили одни или вдвоем, в отличие от лиц молодого и среднего возраста. Среди участников опроса доля больных с низким доходом преобладала в основной группе – пенсионеры с низким финансовым статусом. Во 2-й группе преобладали работающие респонденты. Пациенты обеих групп пользовались лекарственным обеспечением за счет средств муниципальной или федеральной льготы. Достоверных различий не выявлено ($p < 0,05$).

При оценке уровня контроля по стандартам GINA в основной группе преобладали пациенты с частично (35,7%) и неконтролируемой астмой (45,2%, $p = 0,03$); во 2-й группе доля неконтролируемой, частично и контролируемой астмы примерно одинакова (43,1; 31,7; 43,1%, $p > 0,05$). Низкий уровень достижения контроля в пожилом возрасте, вероятно, связан с сочетанием нескольких взаимоотягощающих заболеваний. Анализ субъективного восприятия пациентами контроля по АСТ- и АСQ-5 тестам (табл. 2) показал, что достоверных различий в представленных

Таблица 2

Распределение больных астмой в зависимости от уровня контроля и шкал АСТ и АСQ-5

GINA-контроль	Основная группа		Группа сравнения	
	АСТ	АСQ-5	АСТ	АСQ-5
Контролируемая	21 (19; 24)	0,4 (0,2; 1,2)	23 (19; 24)	0,2 (0; 0,6)
Частично контролируемая	17 (14; 18)	1,6 (1,2; 3)	20 (16; 22)	1,0 (0,4; 2)
Неконтролируемая	14 (9,5; 16)	3,3 (2,4; 3,9)	12 (11; 15)	2,7 (2,4; 3)

Примечание.* $p > 0,05$.

группах не найдено. Однако результаты шкалы АСQ-5 наиболее точно совпадали с оценкой контроля по критериям GINA. Анкетирование по АСТ выявило склонность больных независимо от возраста к занижению уровня своего контроля. Схожие данные были получены и в работе Ю.В. Захаровой, А.А. Пунина, 2010 [3].

ОФV₁ при неконтролируемом течении астмы у пожилых составил $50\% \pm 5,58$ и оказался значительно ниже, чем у лиц молодого и среднего возраста – $68\% \pm 4,54$ ($p = 0,03$). Вероятно, более низкие функциональные легочные показатели у пожилых обусловлены возрастными изменениями в организме, ремоделированием стенки бронхов из-за частых обострений в анамнезе и длительным течением болезни.

У пожилых пациентов определен субклинический уровень тревожности 8,0 (2;10) и депрессии 8,0 (3;10). В группе сравнения – без отклонения от нормальных значений.

По данным исследования кооперативности (табл. 3), общий индекс кооперативности у пожилых составляет 62,5% и не отличается от такового у лиц молодого, среднего возраста ($p > 0,05$), что сопоставимо с данными исследований, выполненных у больных астмой Москвы 65,66% [1]. Однако сравнительный анализ составляющих кооперации показывает, что пожилые пациенты изначально имеют несколько меньшее желание к сотрудничеству с доктором, чем молодые ($p > 0,05$), и с увеличением возраста растет тенденция к снижению исходной кооперативности ($r = -0,34$; $p = 0,03$). Это может быть связано с длительным, недостаточно хорошо контролируемым течением заболевания, влиянием тревожно-

Таблица 1

Общая характеристика пациентов

Характеристика	1-я группа	2-я группа	Пояснения
Возраст, годы	67 ± 0,89	41 ± 1,58	
Пол	1,9 ± 0,05	1,5 ± 0,07	1 – мужской, 2 – женский
Семейное положение	Me 2 (1;2)	Me 1 (1;2)	1 – состоит в браке, 2 – не состоит в браке (вдова, разведена)
Численность семьи	Me 2 (2;4)	Me 3 (2;4)	
Доход семьи (субъективная оценка)	Me 2 (1;3)	Me 3 (2;3)	1 – низкий, 2 – н/среднего, 3 – средний
Длительность астмы/годы	Me 7,5 (4;15)	Me 4 (1;13)	

депрессивных расстройств на контроль в данной возрастной группе (обратная связь заметной силы между Т, Д и АСТ ($r = -0,57$; $p = 0,0002$)). По мере достижения контроля над астмой в обеих группах увеличивается удовлетворенность врачом, что подтверждает корреляционная связь удовлетворения от кооперации (УК) с АСТ ($r = 0,51$; $p = 0,001$); УК и АСQ-5 ($r = -0,55$; $p < 0,001$). Одновременно с удовлетворением потребностей пациента врачом улучшается текущая кооперативность ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Больной старается более тщательно выполнять предписания врача. Астма у пациентов старшей возрастной группы представляет большую опасность для жизни, чем у лиц молодого возраста, но при этом они в меньшей степени испытывают субъективную необходимость в защите от нее. Такой неоднозначный результат у пожилых можно объяснить их личностными изменениями, увеличивающимся безразличием к окружающему миру, покорностью перед неизбежным будущим, одиночеством вследствие утраты близких, ограничением возможности к самообслуживанию. У пожилых лиц отмечается снижение доступности средств для лечения астмы, что обусловлено низким материальным достатком, возможным нерегулярным лекарственным обеспечением. В обеих группах отмечено влияние на общий индекс кооперации ($r = 0,47$; $p = 0,002$), информиро-

ванности и ОФВ₁ ($r = 0,31$; $p = 0,04$), хотя информированность пациентов о заболевании, способах его лечения не превышает 30%, в отличие от больных, обучающихся в астма-школах [1].

ВЫВОДЫ

1. Общий индекс кооперации у больных бронхиальной астмой составляет в среднем 62,5%, не имеет различий среди пожилых пациентов и лиц среднего возраста.

2. С увеличением возраста у пожилых больных 60–80 лет отмечается снижение индекса исходной кооперативности.

3. Индивидуальная работа врача с пожилыми больными астмой позволяет повысить индекс текущей кооперативности до 85%.

4. На информативность анкетирования больных по специальным опросникам для оценки контроля астмы оказывает влияние текущий уровень тревоги и депрессии пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулова М.Н. Контроль течения бронхиальной астмы — клинические, психосоматические соотношения и расстройства личности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
2. Антонова О.И., Архангельский В.Н., Воробьева О.Д. и др. Демографический ежегодник России. Стат. сб. М.: Росстат, 2010. 525 с.
3. Захарова Ю.В. Оценка уровня достижения контроля у больных бронхиальной астмой в клинической практике. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2010.
4. Резолюция симпозиума // Механизмы старения. К., 1963. С. 489-493.
5. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой. Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2000.
6. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Комплаентность пациентов с инфекциями дыхательных путей // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. 2008. Т. 10, № 1. С. 50-58.
7. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Available from www.ginasthma.org. Date last updated, 2009.
8. Juniper E.F., O'Byrne P.M., Guyatt G.H. et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control // Eur. Respir. J. 1999. № 14. P. 902-907.
9. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M. et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control // J. Allergy Clin. Immunol. 2004. № 113. P. 59-65.
10. URL: <http://www.un.org/russian/conferen/ageing/index.html>.

Таблица 3

Сравнение групп пациентов по медианам с 25—75% интерквартильным размахом шкал КИ

Шкалы:	1-я группа	2-я группа
ИХКП	53 (48,3;61,7)	56,7 (51,7;59,2)
ОО	42,3 (34,6;57,7)*	38,5 (26,9;48,1)*
ПБ	66,7 (48,5;75,7)*	75,8 (69,7;81,8)*
ИНФ	30,3 (17,9;39,3)	28,6 (17,9;39)
ДС	93,3 (90;100)*	98,3 (91,7;100)*
ТК	85,5 (83,3;88,6)	85,0 (82,4;88,6)
УК	91,4 (87,8;95,1)	92,7 (85,4;95,1)
ИС	41,7 (16,7;50)	58,3 (41,7;75)
ОИК	62,26 (58,1;66,3)	62,7 (60,5;64,9)

Примечание. * $p < 0,05$. ИХКП — исходная КИ, ОО — осознание опасности, ПБ — потребность в безопасности, ИНФ — информированность, ДС — доступность средств реализации, УК — удовлетворение от кооперации, ИС — искренность, ОИК — общий индекс кооперации, ТК — текущая кооперативность.

Поступила 15.11.2012

ПНЕВМОНИЯ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ – ПНЕВМОНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Г. Лычев¹, Е.Б. Клестер²

КГБУЗ Городская больница № 4, г. Барнаул

Представлены данные распространенности пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, у пациентов пожилого и старческого возраста. Персонифицированный подход к ведению пациентов с этой пневмонией с обязательным учетом и коррекцией сочетанной патологии у них позволит сократить срок госпитализации и улучшить прогноз.

Ключевые слова: пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, гериатрия

Key words: health care-associated pneumonia, geriatrics

Среди наиболее важных и неотложных задач медицинского сообщества в настоящее время особое значение приобретает решение комплекса проблем, связанных с увеличением числа граждан пожилого и старческого возраста в общей структуре населения. По прогнозу ООН, к 2025 г. число лиц старше 60 лет превысит 1,2 млрд и составит 15% населения планеты [1]. Уже в настоящее время в возрастной структуре РФ доля лиц старше 60 лет приближается к 17% [2].

Пневмония относится к наиболее распространенным болезням у человека. Истинная заболе-

ваемость пневмонией в России, согласно расчетам, достигает 14–15‰, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн человек [3]. В настоящее время, согласно классификации пневмонии с учетом условий ее возникновения, помимо пневмоний внебольничных и нозокомиальных, выделяют пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи [4,5].

Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, HCAP (healthcare-associated pneumonia) – новая категория пневмонии, что представляется весьма важным, поскольку для ее успешного предотвращения необходимы действия, предпринимаемые на различном уровне. Это понятие относится к пациентам с частым контактом со здравоохранением: проживание в домах престарелых, пребывание в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения – 14 сут и более, хронический диализ в течение 30 сут и более, предшествующее стационарное лечение (не менее 2 дней в течение 90 дней перед возникновением этой пневмонии, в том числе случаи оказания неотложной помо-

¹ Лычев Валерий Германович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ. Тел.: (3852) 40-56-57.

² Клестер Елена Борисовна, д-р мед. наук, доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ. Тел.: (3852) 40-56-57. E-mail: klester@bk.ru.

щи), амбулаторное наблюдение и лечение, в том числе инфузионная, химиотерапия, антибактериальная терапия (использование любого антибиотика более 48 ч) в течение 30 предшествующих дней, хирургические вмешательства (в том числе обработка раневой поверхности в домашних условиях), иммунодефицитные состояния/заболевания, что формирует высокий риск устойчивых инфекционных агентов [6, 7].

По данным National Center for Health Statistics, заболеваемость внебольничной пневмонией пожилых людей в 2 раза выше, чем лиц молодого возраста; летальность при пневмонии больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах. Не случайно известный канадский врач конца XIX – начала XX столетия Уильям Ослер назвал пневмонию «другом стариков» [8].

Цель исследования: изучить у больных пожилого и старческого возраста распространенность, этиологию, особенности клиники, течения, лечения и исход пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, в интересах оптимизации лечебно-диагностического обеспечения этих больных в условиях терапевтического отделения многопрофильного стационара.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в 70-кочном терапевтическом отделении КГБУЗ Городская больница № 4 г. Барнаула с диагнозом «пневмония» за период с сентября 2011 по декабрь 2012 гг. Вид пневмонии определялся согласно Российским национальным рекомендациям по внебольничной пневмонии (2010), ATS/IDSA (2005, 2007 гг.) [3,4]. Критерием исключения были пациенты с нозокомиальной пневмонией (Российские национальные рекомендации по нозокомиальной пневмонии, 2009) [9].

Объем исследований включал общепринятые клиничко-рентгенологические исследования: клинические признаки поражения верхних и нижних отделов дыхательных путей (по жалобам, самочувствию и физикальным данным), лабораторные показатели крови (в том числе биохимические: определение в плазме крови уровня К; Na; Cl; мочевины, креатинина, билирубина, глюкозы, активности АСТ и АЛТ), исследование системы гемостаза и мочи, рентгенограмма легких в 2 проекциях (на 3–4-й день заболевания). По показаниям – микроскопическое исследование мокроты, окрашенной по Граму, посев мокроты с определением концентрации возбудителя

(диагностически значимая концентрация 10^6 микроорганизмов в 1 мл мокроты и более, грибы – в титре 10^3 КОЕ/мл и более); методы функциональной диагностики: ЭКГ, спирография (Spiroanalyzer ST-95 Fucuda-Sangyo), эходоплерокардиография («ViVid – 7» GE, США) по стандартным методикам. У пациентов с клиническими проявлениями дыхательной недостаточности определяли газы артериальной крови. В случае летального исхода анализировались данные протоколов патологоанатомического исследования.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета программ «Excel-4». Статистическую значимость различия средних определяли по критерию Стьюдента, при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Под наблюдением находились 1089 больных пневмонией, которые включались в исследование по мере поступления. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, диагностирована у 251 (23%) больного (I группа), внебольничная пневмония – у 838 (77%) (II группа) ($p < 0,001$).

В основу клинической группировки больных по возрасту положена периодизация возраста человека, принятая на Международном симпозиуме геронтологов (1963). Больные были распределены на 5 групп. К группе лиц молодого возраста были отнесены пациенты в возрасте 18–44 лет, к группе среднего возраста – 45–59 лет, пожилые – 60–74 лет, старческого – 75–89 лет, долгожители – 90 лет и более (табл. 1).

При группировке по полу (см. табл. 1) группы составили преимущественно больные мужского пола (61,4–53,1%). Преобладающее число больных I группы (88,4%) составили лица пожилого и старческого возраста, контингент больных II группы был представлен в основном лицами молодого и среднего возраста (56,2%).

Основу сочетанной легочной патологии составила хроническая обструктивная болезнь легких, кардиальной – нарушения ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность и артериальная гипертензия, болезней мочеполовой системы – аденома предстательной железы, пиелонефрит и киста почек, болезней органов пищеварения – хронический гастрит. На фоне пневмонии хронические заболевания легких обострились в 3/4 наблюдений, удлинняя срок разрешения пнев-

Таблица 1

Распределение анализируемых групп больных по полу и возрасту

Группы	Пол		Возраст, годы				
	муж	жен	18—44	45—59	60—74	74—90	старше 90
I, n, %	154 61,4	97 38,6	8 3,2	21 8,4	108 43,0	107 42,6	7 2,8
II, n, %	445* 53,1	393* 46,9	200* 23,9	271* 32,3	194* 23,2	173* 20,6	

Примечание. * — статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами I и II.

монии и стационарного лечения больных; обострение сердечно-сосудистой патологии на фоне пневмонии отмечено у каждого 3-го больного, однако именно с ней связана большая часть неотложных клинических состояний и трудности дифференциальной диагностики пневмонии (табл. 2).

При изучении анамнеза установлено, что 138 (55%) пациентов I группы принимали антибактериальные препараты в среднем $5,1 \pm 1,3$ дня в течение 30 дней, предшествующих госпитализации: по поводу обострения хронических бронхолегочных заболеваний — 45 (32,6%) больных, хронических воспалительных заболеваний мочеполовой системы — 60 (43,5%), обострения и/или возникновения носоглоточных инфекций — 21 (15,2%), в связи с эрадикационной терапией в амбулаторных условиях — 12 (8,7%). Находились на стационарном лечении более 2 сут в течение предшествующих 90 дней — 129 (51,4%) пациентов I группы (по поводу обострения хронических бронхолегочных болезней — 49 (38%), ухудшения в течение сердечно-сосудистых заболеваний — 75 (58,1%), травм — 5 (3,9%)), хирургические вмешательства (в том числе обработка раневой поверхности в амбулаторных условиях) — 19 (7,6%), проживали в доме престарелых — 4 (1,6%). Обращает внимание, что у каждого 5-го больного выявлено два классификационного критерия пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, и более.

Длительность заболевания до обращения за врачебной помощью составила $4,8 \pm 0,12$ дня у больных I группы и $3,3 \pm 0,11$ дня у пациентов II ($p < 0,05$). По-видимому, поздняя обращаемость и госпитализация пациентов I группы связаны как с атипичной клинической картиной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста, так и с неадекватной оценкой своего со-

стояния больными с полиморбидной патологией. У каждого 3-го больного I группы одышка была одним из основных (а иногда и единственным) проявлений пневмонии. У 212 (84,5%) больных клинические симптомы пневмонии при наличии легочного инфильтрата по физикальным, рентгенологическим и лабораторным данным были смазаны и замаскированы клиникой основного заболевания, выраженностью дыхательной и сердечной недостаточности. У этих пациентов определялась диссоциация между наличием выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома и отсутствием характерных симптомов пневмонии, так кашель отсутствовал у 47 (18,7%) больных, а у 63 (25,1%) он был мало продуктивным, боль в груди отмечалась у 33% пациентов,

Таблица 2

Сопутствующая патология в группах больных

Сопутствующая патология	I группа			II группа		
	абс. число	%		абс. число	%	
		p	$\pm m$		p	$\pm m$
Болезни органов дыхания (искл. пневмонию)	155	61,7	3,07	286	34,1	1,64*
Нарушения ритма сердца	139	55,4	3,14	161	19,2	1,36*
Хроническая сердечная недостаточность	219	87,3	2,10	229	27,3	1,54*
Артериальная гипертензия	141	56,2	3,13	331	39,5	1,69*
Болезни органов пищеварения	132	52,6	3,15	347	41,4	1,70*
Болезни органов мочеполовой системы	121	48,2	3,15	215	25,7	1,51*

Примечание. * — статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами I и II.

учащение дыхания в покое — у 135 (53,8%). Низкочастотные хрипы выслушивались у 74 (29,5%) пациентов, высокочастотные — у 96 (38,2%), их сочетание — у 81 (32,3%), крепитация, шум трения плевры — у 59 (23,5%).

При рентгенологическом исследовании у 104 (41,4%) больных I группы определялась двусторонняя инфильтрация нижних долей, у 92 (36,7%) пациентов инфильтрация была справа, в том числе у 73 — в пределах одной доли, у 16 — в пределах двух долей, у 3 пациентов — тотальная инфильтрация; реже пневмония возникала в левом легком — у 55 (у 43 — в нижней доле).

Клиническая картина пневмонии у пациентов II группы характеризовалась наличием ее типичных клинико-лабораторных симптомов: кашель с отделением гнойной или слизисто-гнойной мокроты, боль в груди, физикальные признаки легочного инфильтрата (ослабленное голосовое дрожание, укороченный перкуторный звук, ослабленное дыхание, крепитация), лихорадка, наличие белков острой фазы воспаления в крови, уровень которых соответствовал объему поражения.

При определении тяжести внебольничной пневмонии, согласно модифицированной шкале Британского торакального общества CURB-65, у больных I группы она чаще имела 3 балла и более (у 99—39,4%), у больных II группы — 2 балла (у 526—62,6%; $p < 0,05$). Таким образом, у пациентов I группы чаще возникала необходимость неотложной госпитализации в отделение интенсивной терапии (ОИТ).

Аналогичные данные получены при использовании шкалы PORT (Pneumonia Outcomes Research Team) — определяли 20 клинических и лабораторных параметров, на основании которых устанавливался индекс тяжести пневмонии (PSI — pneumonia severity index), согласно которому прогнозировался риск летального исхода и рекомендовалось место лечения.

Сохранялась тенденция к увеличению риска летального исхода у пациентов I группы — больные с риском V класса (т. е. максимальная вероятность летального исхода) составляли 23,5%, во II группе таких больных было лишь 8,9% ($p < 0,05$). В то же время среди пациентов II группы число больных, нуждающихся в амбулаторном наблюдении (риск I и II класса), было больше (30,8 против 12,7%; $p < 0,05$).

Степень дыхательной недостаточности оценивали по показателям PaO_2 (мм рт. ст.) и SaO_2 (%). Острая дыхательная недостаточность (ОДН) диагностирована у 135 (53,8%) больных I группы и у 303 (36,2%) пациентов II ($p < 0,05$). Дыхательная недостаточность III степени чаще отмечалась у больных I группы — у 49 (36,3%; $p < 0,05$), I степени — у больных II группы (14,5%; $p < 0,05$). У больных с ОДН II степени не было статистически значимых различий в группах.

Признаки синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) [10], к критериям которого относили 2 параметра и более: а) температура тела 38°C и выше или 36°C и ниже; б) ЧСС — 90 в минуту и более; в) частота дыхания более 20 в 1 минуту или $PaCO_2$ — 32 мм рт. ст. и менее; г) лейкоциты более 12 000 или менее 4000, палочкоядерные более 10% отмечены у 197 (78,5%) больных I группы и у 361 (43,1%) пациента II. Тяжесть синдрома определяли числом имеющихся признаков нарушения функции органов у данного пациента. Среди пациентов I группы тяжелая степень диагностирована у 57,3%, среди пациентов II группы чаще определялась умеренная и средняя степень тяжести SIRS (43,1 и 31,6% соответственно; $p < 0,05$).

Отклонение от нормы лейкоцитов, лимфоцитов, СОЭ, С-реактивного белка, фибриногена при воспалении легких у пожилых пациентов меньше выражено, чем у пациентов моложе 60 лет. В то же время повышение уровня мочевины в крови было более характерно для пожилых пациентов.

Возбудителями пневмонии у больных I группы были грамотрицательные бактерии: синегнойная палочка — у 27 (10,7%) и грибы рода *Candida* — у 18 (7,2%), у 206 (82,1%) пациентов возбудителя определить не удалось.

В мокроте у больных II группы преобладал рост грамположительной микрофлоры (*Str. pneumoniae* — у 114 (13,6%), *Staph. aureus* — у 34 (4,1%)), грамотрицательная микрофлора (бактерии рода *Klebsiella pneumoniae* — у 23 (2,7%), грибы рода *Candida albicans* были у 11 (1,3%)). У 656 (78,3%) пациентов возбудителя определить не удалось.

Из легочных осложнений у больных I группы чаще обнаруживались экссудативный плеврит — у 67 (26,7%) и деструкция легочной ткани — у 21 (8,4%).

Антибактериальная терапия у пациентов I группы проводилась эмпирически с использованием сочетаний антибиотиков (полусинтетические пенициллины, макролиды). При безуспешности изначальной эмпирической терапии в последующем были назначены у 137 (54,6%) респираторные фторхинолоны в/в + цефтриаксон в/в, у 49 (19,5%) – цефтриаксон в/в + макролиды в/в.

В лечении пациентов II группы наиболее эффективными антибактериальными препаратами оказались амоксициллин/клавуланат в/в, цефтриаксон в/м в комбинации с макролидами. Смена антибактериальной терапии по причине неэффективности потребовалась у 116 (13,8%) пациентов.

Летальный исход наступил у 3 (1,2%) больных I группы при наличии сопутствующей патологии в стадии декомпенсации (СД + ХСН). При патологоанатомическом исследовании обнаружено наличие грамотрицательной флоры (*Pseudomonas aeruginosa*).

Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов составила в I группе $16,7 \pm 2,6$ дня, во II – $14,2 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ позволяет выделить пневмонию, связанную со здравоохранением, как категорию пневмонии, которая диагностируется преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста. Условия возникновения формируют структуру возбудителей с преобладанием грамотрицательной флоры при распространенности лекарственно-устойчивых штаммов, что влияет на прогноз. Более тяжелое течение пневмонии при увеличении длительности госпитализации требует внимания к данной категории пациентов и адекватной антибактериальной терапии. Персонифицированный подход к

ведению пациентов с пневмонией, связанной с оказанием медицинской помощи, пожилого и старческого возраста с обязательным учетом и коррекцией сочетанной патологии позволит сократить срок пребывания на госпитальной койке и улучшить прогноз у них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Population Ageing and Development 2012 /Wallchart. (ST/ESA/SER.A/323 Sales No. E.12.XIII.6). http://www.un.org/esa/population/publications/2012PopAgeingDev_Chart/2012AgeingWallchart.html.
2. Горшунова Н. Старение без старости // Медицинская газета. 2012. № 96.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / Пособие для врачей. М., 2010. 83 с.
4. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005. Vol. 171, № 4. P. 388-416.
5. Kollef M.H., Zilberberg M.D., Shorr A.F., Vo L., Schein J., Micek S.T., Kim M. Epidemiology, microbiology and outcomes of healthcare-associated and community-acquired bacteremia: a multicenter cohort study // J. Infect. 2011. Vol. 62, № 2. P. 130-135.
6. Seymann G.B., Di Francesco L., Sharpe B., Rohde J., Fedullo P., Schneir A., Fee C., Chan K.M., Fatehi P., Dam T.T. The HCAP gap: differences between self-reported practice patterns and published guidelines for health care-associated pneumonia // Clin. Infect. Dis. 2009. Vol. 49, № 12. P. 1868-1874.
7. Chalmers J.D., Taylor J.K., Singanayagam A., Fleming G.B., Akram A.R., Mandal P., Choudhury G., Hill A.T. Epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes in health care-associated pneumonia: a UK cohort study // Clin. Infect Dis. 2011. Vol. 53, № 2. P. 107-113.
8. Derek A.C. Is Pneumonia Still the Old Man's Friend? Reply // Arch. Intern. Med. 2003. Vol. 163. P. 1492.
9. Нозокомиальные пневмонии у взрослых. Российские национальные рекомендации / Под ред. А.Г. Чучалина, Б.П. Гельфанд. М., 2009. 91 с.
10. Bone R.C. Toward an Epidemiology and Natural History of SIRS // JAMA. 1992. Vol. 268, № 24. P. 3452-3455.

Поступила 18.02.2013

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФОРСИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ

И.Б. Исупов, Е.Ю. Надежкина¹, О.С. Филимонова

Волгоградский государственный педагогический университет

Проведено исследование возрастных изменений показателей форсированной спирометрии у людей пожилого, старческого возраста и долгожителей в сравнении с лицами 18–22 лет. По данным исследования, показатели форсированной спирометрии информативны у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей за двухсекундный интервал фазы выдоха, параметры дифференциальной спирометрии уменьшаются по мере старения человека.

Ключевые слова: внешнее дыхание, дифференциальная спирометрия, возрастные изменения
Key words: external respiration, biological age

Дыхательная система обеспечивает нормальную жизнедеятельность человека. Органам дыхания принадлежит особая роль по обеспечению организма кислородом для поддержания соответствующего уровня окислительно-восстановительных процессов и кислотно-основного состояния. Как правило, при поражении одного отдела дыхательного аппарата нарушается функция всей системы дыхания: в результате ухудшается вентиляция легких и в той или иной степени вся система газообмена. Эти патологические изменения неблагоприятно сказываются на функциональных возможностях всего организма [6,7]. Показатели одной физиологической системы – дыхания могут быть критерием определения темпов старения человека [2].

Исследование функции внешнего дыхания при дифференциальной спирометрии является неинвазивным, информативным методом исследования проходимости воздухоносных путей человека на разных этапах онтогенеза [5]. Данные дифференциальной спирометрии могут быть

критерием косвенной оценки здоровья человека, а следовательно, служить индикатором скорости инволюционных процессов в организме человека по мере его биологического старения.

В комплексе геронтологических исследований важное место занимает изучение возрастных особенностей системы внешнего дыхания. Это обусловлено, прежде всего, значением аппарата внешнего дыхания в обеспечении организма кислородом и существенной ролью гипоксии в генезе возрастных изменений ряда органов и систем, особенно при преждевременном старении, а также необходимостью выяснения причин и механизмов, определяющих развитие ряда болезней органов дыхания при старении, и поиска целенаправленного их лечения. Установление возрастных критериев дыхательной системы на поздних этапах дает возможность разграничивать собственно возрастные изменения от изменений, вызванных патологическим процессом.

Однако в литературе вопрос об изменениях показателей форсированной спирометрии в процессе старения человека освещен недостаточно, что не позволяет объективно оценить информативность данных показателей у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей.

¹ Надежкина Елена Юрьевна, канд. биол. наук, ст. преподаватель кафедры морфологии, физиологии человека и медико-педагогических дисциплин ВГПУ
Тел.: 8-903-316-08-02. E-mail: gurinae@mail.ru.

В связи с изложенным целью настоящего исследования был комплексный анализ изменений показателей форсированной спирометрии у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей в сравнении с лицами в возрасте 18–22 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 52 человека в возрасте 61–96 лет без заболеваний системы дыхания. Обследуемые проживают в ГССУ СО ГПВИ «Волгоградский областной геронтологический центр». В качестве контрольной группы были студенты Волгоградского государственного педагогического университета (возраст 18–22 года), у которых развитие дыхательной система закончено и легочные объемы соответствуют взрослому человеку (30 человек).

Исследование выполнялось утром, в одно и то же время. Положение обследуемых стандартное для спирометрии – сидя на стуле. Измеряли легочные объемы в состоянии физического и эмоционального покоя после предварительного 10-минутного отдыха. Для исследования использовался «Дифференциальный электронный спирометр «ДЭС» – модификация спирометра «ССП», позволяющий оперативно измерять секундные и 2-секундные фракции форсированной жизненной емкости легких. Данный прибор является авторской разработкой профессора ВГПУ И.Б. Исупова [4].

Определяли следующие параметры: экспираторную форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), л/с; форсированную ЖЕЛ в 1-ю секунду выдоха (ФЖЕЛ₁), л/с; форсированную ЖЕЛ в первые 2 секунды выдоха (ФЖЕЛ₂), л/с; форсированный резервный объем выдоха в 1-ю секунду (ФРОВыд₁), л/с; форсированный резервный объем выдоха в первые 2 секунды (ФРОВыд₂), л/с.

Методы статистического анализа включали вычисление средних арифметических значений (M), ошибку выборки (m) каждого показателя. Проводился корреляционный анализ показателей форсированного выдоха и хронологического возраста. Использовался метод множественной линейной регрессии, позволивший создать математическую модель определения функционального состояния дыхательной системы [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Численные значения показателей форсированного дыхания представлены в табл. 1.

При измерении форсированной экспирации в 1-ю секунду у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей в большинстве случаев не наблюдалось ее существенных изменений. Информативны оказались значения параметров дыхания в 2-секундный промежуток времени форсированного выдоха. У лиц 17–22 лет информативны все показатели форсированного выдоха. Данное явление связано со снижением скорости сокращения мышц грудной клетки, участвующих в форсированном выдохе у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей, поскольку по мере старения особенно быстро регрессирует скорость сокращения дыхательных мышц.

Таким образом, у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей максимальное сокращение мышц грудной клетки, участвующих в форсированном выдохе, происходит медленно, в течение 2 секунд фазы экспирации. В гериатрии индивидуальное исследование функционального состояния дыхательной системы целесообразно проводить за 2 секунды форсированного выдоха.

Анализ первичной информации позволил получить следующие данные.

У молодых людей 17–22 лет ФЖЕЛ составляет 3,75 л/с, ФЖЕЛ₂ – 3,45 л/с, ФРОВыд₂ – 1,57 л/с. У лиц 61–70 лет показатели форсированного дыхания значительно уменьшаются. ФЖЕЛ ниже на 37,06%, ФЖЕЛ₂ – на 44,06%, ФРОВыд₂ – на 59,87%. При достижении возраста 71–80 лет наблюдается снижение всех показателей более чем на 50% по сравнению с группой молодых людей. Соответственно ФЖЕЛ у пожилых лиц ниже на 57,33%, ФЖЕЛ₂ – на 70,72%, ФРОВыд₂ – на 81,53%. Уменьшение показателей наблюдается при дальнейшем увеличении возраста обследуемых. Наименьшие показатели форсированного дыхания у долгожителей. ФЖЕЛ – 1,18 л/с, ФЖЕЛ₂ – 0,76 л/с, ФРОВыд₂ – 0,16 л/с в возрасте 91 года и старше.

Таблица 1

Легочные объемы при форсированном выдохе у обследованных лиц (M ± m)

Возраст, годы	n	ФЖЕЛ, л/с	ФЖЕЛ ₁ , л/с	ФЖЕЛ ₂ , л/с	ФРОВыд ₁ , л/с	ФРОВыд ₂ , л/с
17–22	30	3,75 ± 0,13	2,38 ± 0,15	3,45 ± 0,14	1,23 ± 0,06	1,57 ± 0,07
61–70	9	2,36 ± 0,18	—	1,93 ± 0,23	—	0,63 ± 0,09
71–80	16	1,60 ± 0,11	—	1,01 ± 0,09	—	0,29 ± 0,04
81–90	12	1,49 ± 0,17	—	0,94 ± 0,11	—	0,33 ± 0,04
91 и старше	5	1,18 ± 0,10	—	0,76 ± 0,12	—	0,16 ± 0,02

Таблица 2
Параметры взаимосвязи возраста с показателями внешнего дыхания у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей

Показатели	Коэффициент множественной корреляции (r)
ФЖЕЛ	-0,46
ФЖЕЛ ₂	-0,52
ФРОВыд ₂	-0,58

Снижение показателей форсированной экспирации у людей пожилого, старческого возраста и долгожителей может быть обусловлено снижением проходимости воздухоносных путей, уменьшением скорости сокращения мышц грудной клетки, участвующих в форсированном выдохе.

В последующем для определения взаимосвязи хронологического возраста обследованных лиц с показателями форсированного дыхания проведен корреляционный анализ (парная линейная корреляция) (табл. 2).

Четко установлен факт, что хронологический, или календарный, возраст обратно коррелирует с показателями форсированной экспирации. Наиболее значима данная закономерность по отношению к параметру ФЖЕЛ₂, отражающему скоростные характеристики вспомогательной дыхательной мускулатуры. При старении организма показатели дифференциальной спирометрии уменьшаются. Инволюция показателей внешнего дыхания происходит по мере старения неравномерно. Быстрое снижение ФЖЕЛ и ФЖЕЛ₂ происходит в период 61–70 и 71–80 лет. В дальнейшем темп возрастного уменьшения параметров снижается, что наглядно представлено на рисунке.

На основании метода множественной линейной регрессии, используя данные корреляционного анализа, разработана формула для определения биологического возраста (БВ) по показателям форсированной спирометрии у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей:

$$\text{БВ} = 87,22 - 2,96 \cdot \text{ФЖЕЛ}_2 - 17,60 \cdot \text{ФРОВыд}_2.$$

Коэффициент множественной корреляции – 0,59; достоверность по критерию Фишера – $p < 0,001$.

Уравнение имеет достоверный коэффициент множественной корреляции с хронологическим возрастом, что свидетельствует о возможности использования информации, включенной в данную модель биологического возраста, для оценки скорости возрастных изменений в период старе-

ния. Данная формула может быть использована для оценки функционального состояния дыхательной системы.

Показатели форсированной спирометрии, используемые в модели биологического возраста, отвечают требованиям, которые установлены Л.М. Белозеровой [1]. Показатели дифференциальной спирометрии имеют строгую направленность (увеличиваются в период созревания, снижаются в период зрелости и старения); отражают адаптационные возможности организма человека. Методика измерения показателей дифференциальной спирометрии обладает строгим порядком исполнения.

Учитывая широкое применение спирометрии в медицине, формула может быть рекомендована для скрининговых исследований в диагностике темпов биологического старения [2].

ВЫВОДЫ

1. У лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей наиболее информативны показатели форсированного выдоха, определяемые в его 2-секундный интервал. Это обусловлено значительным снижением скорости сокращения вспомогательной дыхательной мускулатуры по мере старения человека. У лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей максимальное сокращение дыхательных мышц грудной клетки происходит на 2-й секунде выдоха.

2. С возрастом параметры дифференциальной спирометрии уменьшаются. Темп снижения показателей особенно высок в возрастном интервале 61–70 и 71–80 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерова Л.М. Онтогенетический метод определения биологического возраста человека // Успехи геронтологии. 1999. № 3. С. 143-149.
2. Белозерова Л.М., Одегова Т.В. Метод определения биологического возраста по спирографии // Клиническая геронтология. 2006. № 3. С. 53-56.
3. Дубина Т.Л., Разумович А.Н. Введение в экспериментальную геронтологию. Минск: Наука и техника, 1975. 168 с.
4. Исупов И.Б., Гурина Е.Ю., Новикова Е.И., Алешина Е.А. Показатели внешнего дыхания у студентов, имеющих различную двигательную активность // XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Патриотическое воспитание в канун 65-й годовщины Великой Победы». Волгоград: Лицей, 2009. С. 150-154.
5. Уэст Д. Физиология дыхания. Основа. М.: Мир, 1988. 196 с.
6. Физиология человека: Учебник / под. ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. М.: Медицина, 2003. 656 с.
7. Физиология человека Учебник / под. ред. В.М. Смирнова. М.: Медицина, 2002. 608 с.

Поступила 15.01.2013

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Х-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева¹, М.С. Саидов, Г.М. Газиев,
А.Н. Джалилова, Д.Н. Джалилова, Б.М. Саидова

*Дагестанская государственная медицинская академия,
Гериатрический центр, г. Махачкала*

В статье отражен современный подход к терапии хронического бактериального простатита у пациентов пожилого и старческого возраста. Предложен фторхинолон III поколения левофлоксацин. Установлено, что данный антибиотик является высокоэффективным и безопасным препаратом.

Ключевые слова: хронический бактериальный простатит, пожилой и старческий возраст, левофлоксацин, ципрофлоксацин
Key words: chronic bacterial prostatitis (CBP), elderly and senile age, Levofloxacin

Оптимизация лечения больных пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом (далее простатитом) относится к актуальным проблемам современной медицины. Различные условно-патогенные микроорганизмы являются этиологическим фактором простатита, и важное значение придается разработке принципов рациональной антибактериальной терапии [1,2].

В настоящее время предложено достаточно большое число специфических антибактериальных препаратов, выбор которых проводят в соответствии с действующими инструкциями и схемами лечения, которые представлены в стандартах лечения.

Требования ВОЗ, предъявляемые к антибактериальным препаратам для лечения урогенитальных инфекций (низкая токсичность и хо-

рошая переносимость, медленное развитие резистентности к уропатогенам), удовлетворяют фторхинолоны III поколения.

Целью исследования стало изучение сравнительной клинической и микробиологической эффективности, безопасности и переносимости фторхинолона III поколения левофлоксацина при лечении простатита у лиц пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (2000 г.). Материалом исследования служили данные, полученные при обследовании, лечении и наблюдении 80 мужчин в возрасте 65–80 лет.

Для этого мы оценили влияние вышеуказанных антибиотиков на динамику симптомов заболевания по шкалам NIH-CPSI, частоты и выраженности симптомов, I-PSS, QOL, объем предстательной железы и максимальную скорость потока мочи (Q_{max}). Определяли активность воспаления до и после лечения

¹ Царуева Тамара Велиевна, Республика Дагестан. Тел.: 8-928-567-24-23.

по числу лейкоцитов в секрете предстательной железы. Безопасность препарата оценивалась на основании анализа частоты нежелательных и побочных явлений.

В исследование были включены 80 стационарных и амбулаторных пациентов пожилого и старческого возраста с простатитом, доказанным клинико-лабораторными исследованиями и его длительностью не менее 6–8 мес.

Важным критерием включения в исследование была выраженность симптомов простатита до начала лечения.

Критерии включения и невключения. Начальные характеристики пациентов, включаемых в исследование, сопоставлены во всех группах. Критерии включения:

- согласие пациента;
- удовлетворительное физическое и умственное состояние;
- симптомный простатит, подтвержденный трансректальной диагностикой – I-PSS > 6;
- максимальный диурез: 4–15 мл/с при объеме мочеиспускания 15 мл и более;
- объем предстательной железы более 25 мл;
- простатспецифический антиген (ПСА) более 10 нг/мл при объеме простаты 60 мл и менее, а также менее 15 нг/мл при объеме простаты более 60 мл.

Критерии невключения:

- подозрение на рак и аденому предстательной железы при трансректальном обследовании;
- предшествующие хирургические вмешательства на предстательной железе или мочевом пузыре;
- нарушение мочеиспускания по другим причинам;
- максимальный диурез более 15 мл/с;
- объем остаточной мочи более 150 мл.

При наличии письменного согласия пациента приступали к первичному обследованию, предполагавшему установить инфекционный характер заболевания: мазок из уретры на наличие хламидий, микоплазм, уреоплазм, трихомонад, гарднерелл, а также посев мочи (средняя порция), определение чувствительности к антибиотикам, клиническое обследование, пальцевое ректальное исследование простаты, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы, при необходимости ее биопсия и определение ПСА.

Стандартизованная оценка симптомов проводилась по шкалам NIH-CPSI, IPSS, качества жизни (QOL).

Если пациент соответствовал всем критериям включения без единого критерия исключения, то его считали участником исследования.

При рандомизации все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (42 пациента) должна была принимать левофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней в составе комплексного лечения.

2-я группа пациентов (38 человек) – цiproфлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки также 10 дней.

Обе исследуемые группы оказались симметричными по основным клиническим параметрам. Пациенты были информированы о необходимости правильного и регулярного приема препарата.

Через 3 мес назначался второй визит. Обследование включало стандартизованную оценку симптомов качества жизни, анализ мочи, трансректальное УЗИ, пальцевое исследование простаты, определение микрофлоры гениталий. При исследовании учитывались нежелательные явления и побочные реакции.

Заключительный визит проводился через 6 мес. Обследование включало стандартизованную оценку симптомов заболевания, качества жизни, ТРУЗИ, пальцевое исследование, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи, анализ мочи и секрета простаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные клинико-лабораторных исследований показали, что комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с простатитом левофлоксацином и цiproфлоксацином было эффективным у пациентов в обеих группах, однако срок наступления клинического эффекта различался. Так, у пациентов 1-й группы выделения из уретры прекращались через 10–12 сут, 2-й – через 16–18 сут ($p < 0,05$); боль и дискомфорт в области промежности исчезали соответственно через 24–28 и 32–38 сут после начала терапии ($p < 0,01$). Данные бактериоскопического исследования мазков из уретры, средней порции мочи, а также секрета предстательной железы через 1 мес после начала комплексной терапии указывают на значительную элиминацию возбудителей у 48 больных, у 32 пациентов отмечалась частичная элиминация уропатогенов. Очевидно, это обусловлено тем, что обследованный контингент пациентов – это лица пожилого и старческого возраста с целым комплексом хронических соматических и урогенитальных инфекций.

В результате применения фторхинолонов III поколения левофлоксацина и ципрофлоксацина у пациентов 1-й и 2-й группы был зарегистрирован выраженный симптомный эффект. Так, отмечено уменьшение общего балла шкалы NIH-CPSI в 1-й группе на 3-м визите по сравнению с 1-м визитом – на 58% ($p < 0,001$), тогда как во 2-й группе – на 51% ($p < 0,001$). При сравнении 1-й и 2-й группы по шкале NIH-CPSI при 3-м визите выявлена достоверная разница ($p < 0,001$) в пользу 1-й группы – у больных этой группы отмечено уменьшение числа баллов по сравнению с 1-м визитом на 82% ($p < 0,001$), а у пациентов 2-й группы – на 76% ($p < 0,001$).

На фоне применения препаратов левофлоксацина и ципрофлоксацина отмечен выраженный эффект по шкале частоты симптомов. В 1-й группе зарегистрировано уменьшение числа баллов при 3-м визите по сравнению с 1-м на 52% ($p < 0,001$), тогда как во 2-й группе – лишь на 36% ($p < 0,001$).

Следует отметить, что улучшение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста – это важный контрольный показатель оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов. Лечение простатита у пациентов пожилого и старческого возраста фторхинолоном III поколения приводит к значительному и достоверному улучшению их качества жизни. В 1-й группе уменьшение числа баллов при 3-м визите по сравнению с 1-м составило 62% ($p < 0,001$), а во 2-й – на 59% ($p < 0,001$). Достигнутый эффект характеризуется стабильностью.

Антибактериальный эффект указанных фторхинолонов оценивали по динамике числа лейкоцитов в секрете простаты у пациентов как 1-й группы, так и 2-й группы.

В ходе исследования отмечены достоверные изменения ряда объективных показателей. Так, если в начале лечения средний объем Q_{max} составил 26,8 и 27,1 мл/с, а объем предстательной железы соответственно в пределах 26,6 и 27,8 мл, то в конце лечения эти показатели в обеих группах заметно улучшились.

На фоне приема антибиотиков левофлоксацина и ципрофлоксацина у больных обеих групп побочных эффектов и существенных нежелательных явлений не зарегистрировано.

ВЫВОДЫ

1. Данные проведенного клинико-лабораторного исследования позволяют рекомендовать левофлоксацин в терапии хронического бактериального простатита, обусловленного как грамположительными, так и грамотрицательными бактериями у больных пожилого и старческого возраста с различными клиническими проявлениями заболевания.

2. Антибиотик левофлоксацин способствует выраженному уменьшению симптоматики простатита в целом и болевого синдрома в частности.

3. Препарат обеспечивает выраженный противовоспалительный и симптомный эффект, который сохраняется как минимум 6–7 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аковбян В.А., Нестеренко В.Г. Рациональная терапия инфекций, передаваемых половым путем: основные принципы и реальность // Клиническая дерматология и венерология. 2005. Т. 4. С. 151-155.
2. Деревянко И.И., Нефедова Л.В. Применение новых фторхинолонов в урологии // Урология. 2004. С. 27-32.

Поступила 18.02.2013

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 614.2:612.67

ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.А. Гехт¹, Г.Б. Артемьева²

*Самарский государственный медицинский университет,
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Рязанской области*

Современные демографические тенденции в стране должны обязательно учитываться при модернизации здравоохранения. И одной из таких важных проблем является старение населения, требующее реализации не только проектов социального развития, но и мероприятий медико-экономического характера, являющихся составной частью программы модернизации организации медицинской помощи.

Ключевые слова: старение, модернизация здравоохранения, гериатрическая направленность, подготовка медицинских кадров
Key words: ageing population, modernization of the health

При модернизации здравоохранения в России следует учитывать продолжающийся процесс старения населения, в связи с чем становятся актуальными такие направления деятельности, как:

1) **социально-экономические** (совершенствование пенсионного обеспечения, стабилизация цен на основные продукты и квартплату, организация досуга, прирост социальных учреждений, расширение социальной помощи на дому, привлечение к трудовой деятельности, стабилизация

нагрузки на трудовой возраст (сохранение трудовых ресурсов);

2) **медико-экономические** (необходимость учета при всех видах планирования в здравоохранении увеличения потребности в медицинской помощи, особенно специализированной, объективная необходимость в планировании увеличения ресурсного обеспечения здравоохранения, гериатрическая направленность в деятельности поликлиник и стационаров, создание амбулаторных гериатрических центров, расширение системы стационарной медико-социальной помощи, совершенствование системы лекарственного обеспечения лиц старших возрастов: внедрение страхового принципа для льготного лекарственного обеспечения всех пенсионеров, открытие гериатрических аптек (отделов в аптеках) с консультативной службой, введение курса гериатрической фармакологии в высших меди-

¹ Гехт Игорь Абрамович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского страхования СГМУ, заслуженный врач РФ. Тел.: 8-917-159-30-36. E-mail: gehit@samtfoms.ru.

² Артемьева Галина Борисовна, канд. мед. наук, исполнительный директор Рязанского областного фонда обязательного медицинского страхования. Тел.: 8-903-641-78-44. E-mail: agb@rofoms.ryazan.ru.

цинских учреждениях, обучение по вопросам гериатрии и геронтологии на всех кафедрах институтов последипломного образования, реструктуризация сети сельских ЛПУ с созданием межрайонных лечебно-диагностических центров и больниц для долечивания, реабилитации, медико-социальной помощи и хосписов, дальнейшее развитие сети врачей общей практики с одновременным улучшением доступности для пожилых консультативной помощи врачей-специалистов, обучение пожилых людей в лечебных учреждениях по вопросам само- и взаимопомощи, издание разнообразной справочной литературы по медицинским и социальным вопросам.

Перечисленные мероприятия ведут к более рациональному и эффективному расходованию средств, выделяемых на здравоохранение.

Вместе с тем в связи с увеличением потребности в специализированной помощи лиц старших возрастов представляют интерес вопросы обеспеченности кадрами врачей-специалистов и больничными койками по профилю. При этом складывается сложная ситуация, особенно в сельской местности. Следует заметить, что рост численности врачей общей практики не может восполнить нехватку врачей-специалистов. Скорее наоборот: чем больше врачей общей практики, тем чаще им требуются консультации врачей узких специальностей.

Дефицит кадров приводит к тому, что больные не всегда получают качественную медицинскую помощь на своем уровне в муниципальных учреждениях здравоохранения, возрастает количество внешних медицинских услуг, то есть услуг, оказываемых не по месту жительства, при этом увеличивается их стоимость, так как отсутствие должного ухода заставляет выписывать их

при восстановлении способности к самообслуживанию, что удлиняет пребывание в стационаре. В больницах клинического уровня растет число пациентов второго и третьего уровня, то есть с патологией с меньшей стоимостью услуг, увеличивается число госпитализаций по экстренным показаниям. Проблема для сельской местности осложнилась еще и тем, что в последние годы стала затруднительной подготовка специалистов из врачей, желающих овладеть смежными специальностями. Если раньше такая первичная подготовка проходила на базах медицинского университета в течение 4 мес, то в настоящее время для этого требуется годичная интернатура, что создает определенные трудности, в том числе и в материальном плане, а в дальнейшем подготовка специалистов еще больше усложнится.

Таким образом, само по себе предусматриваемое программой модернизации увеличение оплаты труда врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений может не принести ожидаемого результата, если не будут приняты меры к обеспечению врачебными кадрами медицинских организаций села. В какой-то мере проблему поможет решить создание на базе хорошо оснащенных и укомплектованных кадрами больниц межмуниципальных учреждений и подразделений с обеспечением высокой доступности помощи в них для пожилых людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галанова Г.И. // Менеджер здравоохранения. 2011. № 3. С. 32-42.
2. Султанаева З.М. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 5. С. 3-6.

Поступила 14.01.2012

ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР: ИСТОРИЯ И НАСТОЯЩЕЕ

И.В. Архипов, Т.И. Грекова, В.А. Костенко¹, В.И. Донцов

*ФГБУ «Всероссийский научно-методический геронтологический центр», Москва,
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет», лаборатория геронтологии*

История Дома ветеранов в Переделкино всегда была интересна. Почти 20 лет – это Геронтологический центр, а с 2011 г. – Всероссийский научно-методический геронтологический центр с функцией головного учреждения страны по организации, распространению опыта, предоставления стационарных услуг лицам пожилого и старческого возраста.

*Ключевые слова: геронтологический центр, история, функции
Key words: gerontological centre, history*

Прошлое и настоящее геронтологического центра. Всероссийский научно-методический геронтологический центр переступил порог долголетия – в 2012 г. ему исполнилось 90 лет. Идея организации социального пансионата для политкаторжан и ветеранов революции была реализована Постановлением оргбюро РКП(б) в апреле 1922 г. по инициативе В.И. Ленина.

В 1922 г. Дом политкаторжан был переименован в Дом ветеранов революции имени Ильича – Интернат для ответственных работников партии на Шаболовке (Москва). Учреждение было предназначено для проживания в нем политкаторжан, вернувшихся с каторги после революции 1917 г., и для ответственных работников партии.

С началом Великой Отечественной войны Дом ветеранов в 1941 г. был эвакуирован в Подольский район Московской области, а затем в Ивановскую область.

В 1945 г. Дом ветеранов вернулся из эвакуации в Переделкино – на территорию бывшего имения бояр Колычевых-Боды в ближнем Подмосковье. Здесь было здание постройки 1935 г. В нем ранее располагался опытно-показательный детский дом НКВД, а в годы войны – госпиталь № 2912. В этом помещении после войны и расположился наш интернат для персональных пенсионеров – старых коммунистов.

В 1980 г. учреждение переименовано в Дом ветеранов партии. Врачи начали проходить специализацию по геронтологии в Киеве – в НИИ геронтологии АМН СССР (директор – академик АМН СССР Д.Ф. Чеботарев). Действовал Совет НОТ – научной организации труда. Дом в целом имел хорошее материально-техническое обеспечение, считался элитным. В 1966 г. построено два трехэтажных корпуса. В 1978 г. сдали пятиэтажный комфортабельный корпус из трех блоков. Корпуса сооружены по проекту лечебно-курортного типа. Пенсионеры стали проживать в комфортных условиях, в одноместных номерах с лоджией. Корпуса соединялись переходами с об-

¹ Костенко Вера Александровна, д-р мед. наук.
Тел.: 8 (495) 435-02-88. E-mail: peredelkino-gc.ru.

щественным центром и столовой, которые расположились в красивом 2-этажном здании круглой формы с окнами-стенами.

В 1991 г. — Дом ветеранов войны и труда «Переделкино» (Москва).

В 1994 г. — ФГУ Геронтологический центр «Переделкино».

В 2011 г. — ФГБУ «Всероссийский научно-методический геронтологический центр». Учреждение рассчитано на 251 проживающего.

Геронтологический центр (далее по тексту — центр) расположен в красивейшей зоне Переделкино, на окраине Москвы. «Неземная цивилизация» — так иногда говорят о «старом» Переделкино — исторической, экологически чистой части Западного административного округа Москвы. Зона находится в 10 км от МКАД, в 18 км от Киевского вокзала — по правую сторону от Киевской ветви железной дороги у платформы «Переделкино». До революции 1917 г. платформа называлась «16-я верста». Сам центр иногда называют «раем для пожилых». Это неслучайно, и не только потому, что здесь много зелени и птиц.

Стоит отметить: вокруг «старого» Переделкино — почти кругом лес и дышится здесь, действительно, легко и свободно. Определенную духовную и творческую атмосферу создает соседство центра с древними церквями, резиденцией Патриарха, Домом творчества и городком писателей. Здесь жили Борис Пастернак, Корней Чуковский, Валентин Катаев, Константин Федин и другие. Сам геронтологический центр — это территория ухоженная, обустроенная и адаптированная к пребыванию и отдыху пожилого человека: парк с зелеными насаждениями, прогулочные площадки, фонтан, дорожки для терренкура. В 70-е годы посажена аллея, названная аллеей имени И.А. Петровского, члена КПСС с 1902 г. Он проживал в центре.

На территории центра есть два памятника В.И. Ленину — инициатору создания Дома политкаторжан. Старожилы центра рассказывают, что в 60-е годы памятники были приобретены в мастерской скульптора Томского. Центр был создан коммунистами — политическим руководством государства для старых коммунистов. Ленин тогда был партийным руководителем, круто изменившим ход истории в 1917 г. В центре жили известные политики, политкаторжане, участ-

ники Гражданской и Великой Отечественной войн.

В послевоенные и в последующие годы в центре проживали ветераны войны и труда, имевшие высокие правительственные награды, руководители крупных заводов и фабрик, а в последние годы граждане льготных категорий: ветераны и инвалиды ВОВ, жители блокадного Ленинграда, узники концлагерей.

Научно-практическая работа в Геронтологическом центре в 2001–2012 гг. и ранее. Геронтологический центр на протяжении ряда лет сотрудничал по научной работе со следующими учреждениями:

— Московским государственным медико-стоматологическим университетом (проф. В.И. Донцов, проф. Т.И. Грекова). В результате совместной работы были написаны статьи, опубликованные в журнале «Клиническая геронтология» [4,5,7], представленные в юбилейном сборнике научно-практических работ нашего центра [3]. Более 40 тезисов докладов по геронтологии представлены на ежегодно проводимой конференции «Пожилой больной. Качество жизни» и в других изданиях;

— Национальным геронтологическим центром (проф. В.Н. Крутько);

— Воронежским областным геронтологическим центром (директор О.Я. Синицина, психологи Н.В. Клевцова, И.В. Сакоренко, проф. Т.И. Грекова). Итогом сотрудничества стали публикации по новой позитивной психологии и издание методических рекомендаций по данной тематике [2];

— НИИ семьи и воспитания, Москва (доц. А.Б. Синельников) [7];

— Московским обществом естествоиспытателей природы (Л.В. Комаров, Т.Ф. Белова, С.Е. Борисов и др.).

Со времени создания нашего центра его неоднократно посещали представители регионов, где создавались территориальные геронтологические центры. Им были представлены разработанные у нас документы, организационно обеспечивающие деятельность Центра: положение о геронтологических отделениях; функциональная нагрузка сотрудников врачебных и диагностических кабинетов; расчет оплаты труда при совмещении и замещении; положение о бригадном подряде и др.

Сотрудниками центра налажены контакты по обмену опытом социальной работы с рядом геронтологических учреждений России. Периодически в наш адрес поступают методические разработки по новой технологии в работе учреждений геронтологического профиля из Волгоградского, Смоленского, Омского, Воронежского геронтологических центров.

С 2009 г. одним из успешных и перспективных направлений научной работы в ГЦ стала позитивная геронтопсихология и изучение особенностей психологии долгожителей. Данное геронтопсихологическое научное направление выбрано как наиболее доступное для разработки применительно к условиям ГЦ, наличию оборудования, научных кадров. В 2012 г. формировались новые направления научной работы по геронтологии. Это стало возможно в связи с преобразованием нашего учреждения во Всероссийский научно-методический геронтологический центр и приходом новых научных кадров, созданием условий для научной работы.

Новая позитивная психология, которой мы занимаемся в центре около 4 лет, возникла по инициативе американских психологов М. Селигмана и М. Чиксентмихайи в конце 1990-х годов [6]. Авторы полагали, что парадигма современной психологии должна быть изменена: от негативности — к позитивности, от концепции болезни — к концепции здоровья. Данными авторами был создан ряд методик позитивной психологии, которые, однако, не были адаптированы к лицам пожилого возраста, ранее в центре не применялись.

Традиционно в России для психотерапии пожилых людей использовали методы аутогенной тренировки, психокоррекции в процессе беседы и методы, повышающие адаптацию. В то же время недостаточно внимания уделялось позитивным аспектам жизни пожилых людей.

Профессор Р.М. Грановская [1] выделяет 4 конструктивные стратегии совладения со старостью, включающие элементы позитивной психологии. С помощью данных стратегий пожилые люди могут положительнее воспринимать окружающий мир. Однако эти стратегии не охватывают весь спектр «освоения старости». Сотрудниками научной лаборатории центра эти стратегии дополнены на основании материалов собственной разработки по новой позитивной

психологии, а также инновационных предложений психолога Н.В. Клевцовой (Воронежский ГЦ).

Вариант стратегий, разработанный в ГЦ, предлагается рассматривать следующим образом.

Шесть стратегий совладения со старостью в соответствии с новой позитивной психологией

1. *Быть позитивным и адекватным, сказать жизни «ДА».* Несмотря на трудности старения, проявить волю к жизни. Работа в данном направлении поможет избежать самодискриминации и даровать самосознание. Она дает возможность пожилым людям избежать ловушки комфорта с неадекватной претензией к жизни.

2. *Единство с собой, другими и миром* — выстраивание дружеских отношений, позитивного общения с собой, адекватного миропонимания. Классик психологии Э. Эриксон считал тему единства основной в психологии пожилого возраста.

3. *Не жить только прошлым, а создать новую личную модель мира.*

4. *Поиск актуального позитивного смысла, уменьшение страха смерти и разрешение других экзистенциальных вопросов.* Важно, чтобы пожилой человек разобрался с восприятием имеющегося и оценил то хорошее, что есть в жизни центра и вообще.

5. *Коррекция возрастного снижения накала эмоций против депрессии и ипохондри.* Данная стратегия преодолевает 3 фактора снижения жизненных сил в старости, а именно: помешательство на молодости, лечение вместо фитнеса и самодискриминация вместо самосознания.

6. *Тренировки мозга — фитнес для мозга как основа долголетия.* Прекрасно сочетание зрелости, мудрости суждений с юношеской любознательностью.

Основные идеи новой позитивной психологии мы стремимся донести до пожилых людей, живущих в нашем центре. Главную из них можно свести к нескольким словам: счастье на 40% зависит от нас самих! Счастье = 50% генов + 10% обстоятельств + 40% нас самих. Эта формула счастья выведена позитивным психологом проф. М. Селигманом [6]. Наши научные исследования в центре согласуются с ее сутью.

Создание и деятельность Всероссийского научно-методического геронтологического

центра. В сентябре 2011 г. приказом № 1061 Минздравсоцразвития России геронтологический центр «Переделкино» реорганизован во Всероссийский научно-методический геронтологический центр. Внесены изменения в устав учреждения. С этого времени на Центр возлагаются функции головного учреждения страны по организации, распространению передового опыта по предоставлению стационарных услуг лицам пожилого и старческого возраста. Этим обусловлены новые задачи:

– участие в разработке научных основ совершенствования геронтологической помощи населению;

– совершенствование мероприятий по социальному уходу, медико-социальное сопровождение и реабилитация граждан пожилого возраста;

– научно-консультативная, организационно-методическая, экспертная помощь организациям в сфере социального обслуживания граждан со всеми вытекающими из этого мероприятия – обобщение и распространение опыта, научных разработок, современных технических и медицинских изделий, издательская деятельность, проведение конференций, съездов, симпозиумов.

Для выполнения данных задач учреждение обладает соответствующей лечебно-диагностической и реабилитационной базой, жилыми площадями для проживания лиц пожилого возраста в новых благоустроенных корпусах. Важным является наличие доступной среды для всех категорий граждан (пандусы, лифты, галереи, веранды, поручни, ходунки, каталки и др.).

В настоящее время в Центре работает подготовленный персонал. Нароботан многолетний опыт работы, связанной с обслуживанием лиц пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грановская Р.М. Психологическая защита. СПб.: Речь, 2007. 476 с.
2. Грекова Т.И., Н.В. Клевцова, В.А. Костенко. Опросники и подходы к клинической оценке факторов старения. Усовершенствованная медицинская технология. Воронеж: ВОЦ, 2011. 35 с.
3. Костенко В.А., Грекова Т.И., Архангельская А.А. История, этапы становления и удовлетворенность качеством жизни в Геронтологическом центре «Переделкино». 90 лет Геронтологическому центру «Переделкино», Москва. Сборник научно-практических работ сотрудников Геронтологического центра за 2001–2012 годы. М.: Ньюдиамед, 2012. С. 86-95.
4. Сакоренко И.В., Клевцова Н.В., Зуйков Г.Л. и др. Субъективное качество жизни пожилых людей геронтологических центров «Переделкино», г. Москва и г. Воронежа // Клин. геронтол. 2011. № 12. С. 53-58.
5. Сакоренко И.В., Костенко В.А., Донцов В.И. и др. Пациенты геронтологического центра «Переделкино»: отношение к старению, смерти, удовлетворенность жизнью и оптимизм // Клин. геронтол. 2009. № 12. С. 37-40.
6. Селигман М. Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006. 368 с.
7. Синельникова А.Б., Костенко В.А. Донцов В.И. и др. Продолжительность жизни в элитном геронтологическом центре «Переделкино» // Клин. геронтол. 2008. № 5. С. 45-48.

Поступила 18.01.2013

УДК: 616.24-002.5-084

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВШИХ В СЕМЕЙНЫХ ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА

Н.Н. Гусева¹, А.Е. Дитятков, В.Ю. Мишин

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова,
Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом,
филиал по СВАО*

Проведено ретроспективное исследование: изучены семейные очаги туберкулезной инфекции, медико-социальные особенности заболевших, выявлена зависимость заболевания туберкулезом у контактных лиц от профилактического лечения, а также неблагоприятные факторы в этих семьях. По результатам исследования показана опасность семейных очагов, в 5 случаях рядом с квартирой семейного очага заболел туберкулезом сосед ($12,8 \pm 5,3\%$), что обуславливает необходимость расширения спектра обследуемых контактных лиц. Полученные данные позволят адекватно планировать противотуберкулезные мероприятия в очаге.

Ключевые слова: туберкулез, семейные очаги
Keywords: tuberculosis, family centers

Показатель заболеваемости лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом, является высоко информативным в оценке эпидемической обстановки по туберкулезу. Он один из первых подал сигнал о наступающем неблагополучии в Российской Федерации еще с середины 80-х годов, превышая территориальную заболеваемость многократно (1982 г. – 258,4, 1986 г. – 258,5, 1991 г. – 358,1, 2000 г. – 865,4, 2006 г. – 805,3,

2007 г. – 774,1, 2008 – 777,5, 2009 г. – 568,9, 2010 г. – 529,1 на 100 тыс. контактов) [3–6]. Многочисленные авторы подчеркивают эпидемическую опасность семейных очагов [1,2,7–11,12], однако в этой проблеме остается много нерешенных вопросов.

Цель исследования: повысить эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование на территории Противотуберкулезного клинического диспансера № 12 г. Москвы с 2005 по 2011 гг. За этот

¹ Гусева Наталия Николаевна, аспирант III курса МГМСУ им. А.И. Евдокимова, участковый врач фтизиатр Противотуберкулезного клинического диспансера № 12. Тел.: 8-916-415-40-79. E-mail: mandren@rambler.ru.

период взято на учет 1512 взрослых пациентов с туберкулезом органов дыхания, постоянных жителей (впервые выявленные и рецидивы). Разработана адресная книга, куда по адресам фактического проживания внесены данные больных: адрес, номер квартиры, ФИО, возраст, пол, дата начала заболевания, бактериовыделение, клиническая форма болезни. Выявлено и проанализировано 56 очагов ($4 \pm 0,5\%$), где зарегистрировано более одного заболевшего. Объектом исследования были 115 взрослых, заболевших в одной квартире (56 источников инфекции, 59 контактных). Использовались сведения, скопированные из медицинской документации: медицинская карта амбулаторного больного – форма № 025/у, карта диспансерного наблюдения – форма № 30/у, карта стационарного больного – форма № 003/у, рентгенологический архив. После чего проведена статистическая обработка полученных данных, при помощи статистического анализа. При анализе данных использованы методы математической статистики с подсчетом критерия Стьюдента и χ^2 (Хи-квадрат) Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего в очагах проживали 175 человек: источников инфекции – 56 ($32 \pm 3,5\%$), в контакте находились 119 взрослых родственников ($68 \pm 3,5\%$) и 13 детей. Число контактных на одного больного – 2,1. При выявлении случая туберкулеза в семье все контактные приглашены на обследование в диспансер.

Одновременно с источником туберкулез диагностирован у родственника в 19 семьях ($32,2 \pm 6\%$). Остальные контактные лица чаще наблюдались в диспансере в IV группе диспансерного учета – 57 ($57 \pm 4,9\%$), игнорировали посещение диспансера и не обследовались – 43 человека ($43 \pm 4,9\%$) ($p < 0,05$). Большинство контактных, которые пришли на обследование в диспансер, получили профилактический курс лечения (согласно Приказу МЗ РФ № 109 от 21.03.2003) – 41 ($71,9 \pm 5,9\%$), непролеченных оказалось – 16 ($28,1 \pm 5,9\%$) ($p < 0,001$). Контактные лица, получившие профилактический курс лечения в диспансере, заболели в 14 случаях ($34,1 \pm 7,4\%$), чаще после снятия с диспансерного учета – 10 ($71,4 \pm 12\%$) ($p < 0,05$). Не пролеченные в диспансере заболели в 26 случаях ($44 \pm 6,4\%$), одинаково часто в срок до 2 лет – 8 ($50 \pm 9,8\%$) и через 2 года после выявле-

ния туберкулеза у родственника – 8 ($50 \pm 9,8\%$). У игнорирующих посещение диспансера контактных чаще диагностируют распространенные процессы – 13 ($81,25 \pm 9,7\%$), чем ограниченные – 3 ($18,75 \pm 9,7\%$) ($p < 0,001$), с бактериовыделением – 12 ($75 \pm 10,8\%$) ($p < 0,001$). Это скрытые источники туберкулеза заражают окружающих людей, привлекать их к обследованию в диспансер участковому фтизиатру непросто из-за отсутствия у них желания обследоваться.

Таким образом, в семейных очагах заболел каждый второй взрослый родственник – 59 ($49,5 \pm 5\%$), в трех семьях заболели трое взрослых ($5,3 \pm 2,9\%$). Ранее известны случаи туберкулеза у родственников в 12 семьях ($21,4 \pm 5,4\%$). В очагах проживали 13 детей, в 2 семьях ($3,5 \pm 2,4\%$) заболели 2 детей ($15,3 \pm 9,9\%$). В 5 случаях рядом с квартирой семейного очага заболел сосед ($12,8 \pm 5,3\%$). Контактные лица, ранее получившие профилактический курс лечения, после снятия с учета в диспансере заболевают достоверно чаще распространенными формами туберкулеза с бактериовыделением – 8 ($80 \pm 12,6\%$) ($p < 0,01$). После снятия с учета снижается настороженность к болезни, ведь они уже обследовались и пролечились, и поэтому угрозу заболеть туберкулезом не видят. Лица из групп риска не всегда ежегодно обследуются в поликлиниках, и туберкулез у них выявляют несвоевременно. Каждый третий контактный, проживающий в семье с больным туберкулезом, по разным причинам игнорирует посещение диспансера. Необследованные контактные лица – наиболее опасные источники туберкулезной инфекции, у них чаще диагностируют распространенный процесс с бактериовыделением – это скрытый источник инфекции, который заражает окружающих его людей.

Не отмечено у контактных лиц отличия по срокам диагностики заболевания: одновременно туберкулез у родственников диагностирован в 19 семьях ($32,2 \pm 6\%$), до 2 лет наблюдения заболели – 17 человек ($28,7 \pm 5,8\%$), позднее 2 лет контактные заболели в 23 случаях ($38,9 \pm 6,3\%$) ($p > 0,1$). При выявлении больного в семьях все госпитализированы, заключительная дезинфекция проведена в 54 очагах ($96 \pm 2,6\%$).

Не всегда просто определить источник и контактное лицо в семьях, кто заболел и заразил дру-

того, можно только предполагать. В нашей работе условно обозначен источником инфекции человек, у которого туберкулез диагностирован раньше или выявлен распространенный процесс, а контактным — выявленный позднее, с ограниченным процессом.

Случаи семейного туберкулеза выявляют в бациллярных очагах чаще — 49 ($87,5 \pm 4,4\%$), чем в очагах, где выявлен больной без установленного бактериовыделения — 7 ($12,5 \pm 4,4\%$) ($p < 0,001$). По степени опасности преобладают очаги II ст. — 32 ($57,1 \pm 6,6\%$), где проживают только взрослые, очагов I ст. — 11 ($19,6 \pm 5,2\%$) и IV ст. — 6 ($10,7 \pm 4,1\%$) ($p < 0,001$). В очагах III ст. не отмечено случаев заболевания. Показана опасность «благополучных» очагов, где выявлен больной без установленного бактериовыделения в мокроте и в окружении проживают только взрослые, которые не оцениваются как опасные в приказе № 109 от 21.03.03. В «благополучных» очагах проживали 22 контактных родственника, они игнорировали посещение диспансера, вероятно, по причине, как обыватель называет, «закрытой» формы туберкулеза или по другим причинам; позже туберкулез диагностирован у 17 контактных ($77,2 \pm 8,9\%$) ($p < 0,001$). Это свидетельствует о наличии источника инфекции рядом с выявленным заболевшим без установленного бактериовыделения. Поэтому необходимо обследовать все очаги туберкулеза независимо от клинической формы и бактериовыделения у заболевшего.

Из 72 ($62,6 \pm 4,5\%$) больных с бактериовыделением множественная лекарственная устойчивость отмечена у 13 заболевших ($18 \pm 4,5\%$), полирезистентность — у 12 ($16,6 \pm 4,3\%$), монорезистентность — у 7 ($9,7 \pm 3,4\%$), сохранена чувствительность ко всем противотуберкулезным препаратам — у 5 ($6,9 \pm 2,9\%$), отсутствуют данные о лекарственной устойчивости — у 18 ($25 \pm 5,1\%$). Таким образом, в семейных очагах, где проживает больной с бактериовыделением, в мокроте обнаружен штамм *Micobacterium tuberculosis* с лекарственной устойчивостью у 32 заболевших ($44,3 \pm 5,8\%$), что делает семейные очаги туберкулеза наиболее опасными. Больные, проживая в квартире, обсеменяют друг друга лекарственно-устойчивыми штаммами, с большей вероятностью мутации этих штаммов в дальней-

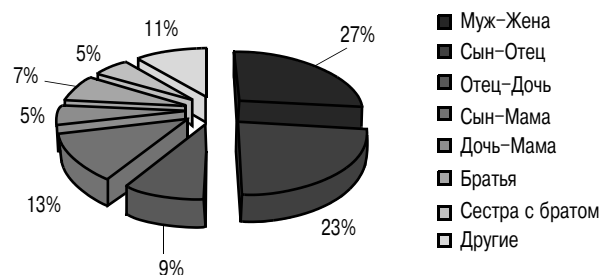


Рис. 1. Семейно-родственные отношения заболевших.

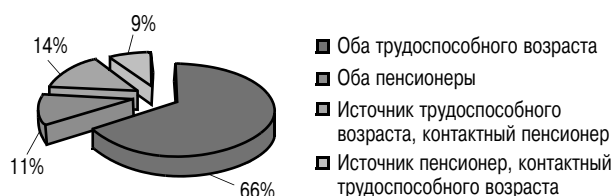


Рис. 2. Возраст заболевших.

шем в *Micobacterium tuberculosis* с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ), с устойчивостью не только к препаратам первой линии, но и к резервным препаратам второй линии.

Родственные отношения у заболевших разнообразны, чаще заболевают родители (отец, мать) и взрослый ребенок (сын, дочь) — 30 ($53,5 \pm 6,6\%$) ($p < 0,001$), причем одновременное выявление только в 5 случаях ($16,6 \pm 6,8\%$), что свидетельствует о невнимательном отношении друг к другу в этих семьях и низкой санитарной культуре. В каждом 3-м случае заболевают муж и жена — ($26,7 \pm 6\%$) ($p < 0,05$), реже братья и сестры — ($14,2 \pm 4,7\%$) (рис. 1).

Чаще источником заболевания в семье является лицо трудоспособного возраста — 45 ($80,3 \pm 5,3\%$), чем пенсионер — 11 ($19,6 \pm 5,3\%$) ($p < 0,001$). Источник заболевания в семье чаще трудоспособного возраста — 45 ($80,3 \pm 5,3\%$) ($p < 0,001$), работает — 27 ($60 \pm 7,3\%$), со средним специальным образованием — 21 ($77,7 \pm 7,9\%$) ($p < 0,001$). Контактные заболевают также чаще в трудоспособном возрасте — 42 ($71,1 \pm 5,9\%$) ($p < 0,001$), чем в пенсионном — 5 ($28,9 \pm 5,9\%$) ($p < 0,001$) (рис. 2), работают — 25 ($59,5 \pm 7,5\%$), со средним специальным образованием — 20 ($80 \pm 8\%$) ($p < 0,001$).

По клиническим формам у одновременно выявленных заболевших преобладает инфильтративный туберкулез — в 5 случаях ($29,4 \pm 10,5\%$),

реже остальные сочетания: инфильтративный – диссеминированный – в 3 ($17,6 \pm 8,7\%$); инфильтративный – очаговый – в 3 ($17,6 \pm 8,7\%$); туберкулема – очаговый – в 3 ($17,6 \pm 8,7\%$); инфильтративный – туберкулема – в 2 ($11,7 \pm 7,3\%$); инфильтративный – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – в 1 ($5,8 \pm 5,3\%$) ($p < 0,05$).

У источников чаще диагностируют инфильтративный туберкулез – 16 человек ($43,2 \pm 8,1\%$), чем другие формы: диссеминированный – у 10 ($27 \pm 7,2\%$); фиброзно-кавернозный – у 4 ($10,8 \pm 5,1\%$); очаговый – у 3 ($7,6 \pm 8,1\%$); множественные туберкулемы – у 2 ($5,1 \pm 5,4\%$); казеозная пневмония – у 1 ($5,1 \pm 2,7\%$); экссудативный плеврит – у 1 ($1,7 \pm 2,7\%$) ($p < 0,05$). Причем у 4 больных диагностирован генерализованный туберкулез ($10,8 \pm 5,1\%$).

У контактных не наблюдается достоверного отличия клинических форм: инфильтративный туберкулез – у 12 ($30,7 \pm 7,3\%$), очаговый – у 11 ($28,2 \pm 7,2\%$), диссеминированный – у 10 ($25,6 \pm 6,9\%$), казеозная пневмония – у 3 ($7,6 \pm 4,2\%$), туберкулема – у 2 ($5,1 \pm 3,5\%$), фиброзно-кавернозный – у 1 ($2,5 \pm 2,5\%$) ($p > 0,1$).

Источники туберкулеза в семье, заразившие родственников, чаще из группы риска – 50 человек ($89,2 \pm 4,1\%$): страдают алкоголизмом, бытовым пьянством – 18 ($32,1 \pm 6,2\%$); ХОБЛ – 17 ($30,3 \pm 6,1\%$); ВИЧ-инфекция – 6 ($10,7 \pm 4,1\%$); хронический гастрит – 6 ($10,7 \pm 4,1\%$); находились в исправительно-трудовых учреждениях – 5 ($8,9 \pm 3,7\%$); ишемическая болезнь сердца – 3 ($5,3 \pm 2,9\%$); сахарный диабет – 2 ($3,5 \pm 2,4\%$); шизофрения – 1 ($1,7 \pm 1,6\%$); псориаз – 1 ($1,7 \pm 1,6\%$); неизвестно о факторах риска – у 6 ($10,7 \pm 4,1\%$). Сочетание более двух факторов риска в 6 случаях ($10,7 \pm 4,1\%$).

Контактные заболели из группы риска – 32 человека ($54,2 \pm 6,4\%$): страдают алкоголизмом, бытовым пьянством – 11 ($18,6 \pm 5\%$); ХОБЛ – 15 ($25,4 \pm 5,6\%$); ВИЧ-инфицированные – 5 ($8,4 \pm 3,6\%$); хронический гастрит – 2 ($3,3 \pm 2,3\%$); находились в ИТУ – 1 ($1,6 \pm 1,6\%$); ИБС – 3 ($5 \pm 2,3\%$); сахарный диабет – 3 ($5 \pm 2,8\%$); шизофрения – 1 ($1,6 \pm 1,6\%$); не известно о факторах риска у 27 человек

($45,7 \pm 6,4\%$). Сочетание более двух факторов риска наблюдалось у 9 контактных ($15,2 \pm 4,6\%$).

Заболелаемость в семейных очагах из IV гр. диспансерного учета составляет – 160,6 на 100 тыс. населения, учитывая одновременно выявленных и заболевших из IV гр. ДУ – 340,1 на 100 тыс., учитывая всех заболевших – 557,44 на 100 тыс. населения.

Показатель заболеваемости контактных лиц в семейных очагах из IV гр. ДУ – 2040,8 на 100 тыс. контактных, с учетом одновременно выявленных и заболевших из IV гр. ДУ – 4321,7,1 на 100 тыс., а с учетом всех заболевших составляет – 7082,8 на 100 тыс.

Из 1000 заболевших туберкулезом только 5 заболели из семейного контакта, а из 1 000 человек, проживающих в очаге с больным туберкулезом, заболели 70 контактных. Таким образом, в семейных очагах риск заболеть у контактных лиц в 14 раз выше.

ВЫВОДЫ

1. Для активного раннего выявления больного туберкулезом в городе в поликлиниках целесообразно организовать «Централизованную компьютерную картотеку рентгенологического обследования прикрепленного населения», основанную на адресном учете, вместо существующей в настоящее время бумажной флюороотеки, которая не обеспечивает полноценного контроля за необследованными жителями. Использование компьютерной технологии в реестре учета лиц, не прошедших флюорографическое обследование в течение 2 лет и более, позволит рано диагностировать туберкулез.

2. При выявлении случая туберкулеза, независимо от бактериовыделения и клинической формы, рекомендовано обследовать не только семейный очаг, но и рядом проживающих жителей с целью выявления скрытых источников туберкулезной инфекции, особо обратить внимание на обследование контактных из IV группы диспансерного учета (без бактериовыделения).

3. Целесообразно ввести в повседневную работу диспансера компьютерную программу «Карта участка», которая поможет в раннем активном выявлении туберкулеза, позволит эффективно проводить мониторинг, визуализируя эпидемиологическую ситуацию на территории, отмечая на

ней все очаги туберкулеза, «виражи» у детей и с каждым новым случаем туберкулеза и «виражом» у ребенка проверяя по «Централизованной компьютерной картотеке рентгенологического обследования прикрепленного населения» не прошедших флюорографическое обследование рядом проживающих. В ряде случаев это облегчает поиск источника — больного туберкулезом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинов В.И., П.П. Сельцовский, Л.Н. Рыбка, Е.Я. Кочеткова. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Москве и организация противотуберкулезной помощи населению. М., 2009. С. 148.
2. Петросян Э. Ю. Заболеваемость взрослых контактных лиц в семейных очагах туберкулеза и влияние отягощающих факторов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 12. С. 6-10.
3. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2007 г. М., 2008. С. 86-89.
4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2008 г. М., 2009. С. 80-83.
5. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2009 г. М., 2010. С. 192.
6. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 г. М., 2011. С. 32-105.
7. 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.
8. Kilicaslan Z., Kiyan E., Kucuk C., Kumbetli S., Sarimurat N., Ozturk F., Yapici D., Al S., Erboran T., Iliku 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.
9. 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.
10. 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.
11. Sprinson J.E., Flood J., Fan C.S., Shaw T.A., Pascopeppella L., Young J.A., Royce S.E. Evaluation of tuberculosis contact investigations in California // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2003. Vol. 7. № 3. P. 363-368.
12. Карацунский М.А., Каминская Г.О., Уварова Т.Е. Современный подход к лечению туберкулеза легких в пожилом и старческом возрасте. Клин. геронт. 2004. Т. 10. № 4. С. 16-19.

Поступила 25.03.2013



В издательстве «Ньюдиамед» новая книга!

Сборник «Пролезни. Экономика и профилактика» содержит нормативные документы «Протокол ведения больных. Пролезни» и отчет «Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Моликар Премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи». Книга актуальна как для лиц, осуществляющих помощь обездвиженным больным, так и для лиц, принимающих решения.

Редакторы-составители книги
П.А. Воробьев, Л.С. Краснова

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ I.

Б.А. Кауров¹, Т.Ш. Адеишвили², Е.Б. Матюхина³, А.А. Щегорцов⁴

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

На основе статистического анализа данных анкетирования были изучены гендерные особенности социального портрета долгожителей в возрасте 85 лет и старше. В данном сообщении рассмотрены вопросы, касающиеся антропометрических данных, анамнеза жизни и частично семейного анализа долгожителей. Полученные результаты не обнаружили существенных гендерных отличий по большинству изученных показателей. Наши данные во многом совпадали с данными, полученными другими авторами при изучении долгожителей разных регионов России. Вместе с этим были выявлены различия, обусловленные местом проживания долгожителей.

Ключевые слова: долгожители, социальный портрет, анамнез жизни, семейный анализ, анкетирование
Key words: long-livers, social profile, life history, family analysis, questioning

В настоящее время во всех развитых странах отмечается тенденция к увеличению доли людей пожилого и старческого возраста в возрастной

структуре населения. Одновременно с этим во всем мире увеличивается и количество долгожителей. К последним обычно относят людей в возрасте 90 лет и старше. Но в США и некоторых европейских странах долгожителями считают людей старше 84 лет. В существенной степени рост числа долгожителей обусловлен определенными успехами в области здравоохранения и социально-экономическими факторами. Однако относительное увеличение числа долгожителей происходит гораздо более медленными темпами по сравнению с таковым в более младших возрастных группах. Это может свидетельствовать о наличии других дополнительных факторов, влияющих на долгожительство. Особый интерес вызывает заметное преобладание среди долгожителей лиц женского пола. Поэтому изучение разных

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 Адеишвили Тамара Шалвовна, канд. биол. наук, младший научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: tamaraae@yahoo.com.

³ Матюхина Елена Борисовна, научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: 5409316@mail.ru.

⁴ Щегорцов Александр Александрович, докт. социол. наук, заведующий лабораторией Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: sa-56@mail.ru.

факторов, в том числе социального характера, которые помогут лучше понять это обстоятельство, вполне оправданно.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи была разработана специальная анкета. Она включала в себя 231 вопрос, условно разделенный на 7 блоков, отражающих антропометрические данные, анамнез жизни, семейный и трудовой анамнез, вредные привычки, жизненные интересы и некоторые моменты социальной сферы долгожителей. По этой анкете был проведен опрос 311 долгожителей обоего пола в возрасте от 85 лет и старше (в том числе 92 из них было 90 лет и более), находящихся на лечении в НКЦ геронтологии. Полученные результаты были обработаны с помощью программных пакетов MS Excel 2010 и Statistica 10. Достоверность отличий средних и частот оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне ошибки $p \leq 0,05$.

В этом сообщении рассмотрена только часть вопросов, представленных в анкете. Это в основном вопросы, касающиеся антропометрических данных, анамнеза жизни и частично семейного анамнеза. Остальные вопросы будут рассмотрены в следующем сообщении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании статистической обработки были получены следующие результаты. Средний возраст в женской и мужской группах долгожителей был практически одинаковый. В частности, в женской группе, состоящей из 220 долгожителей, он равнялся $88,0 \pm 0,2$ года, а в мужской, состоящей из 92 долгожителей, — $88,6 \pm 0,3$ года ($p > 0,05$). Максимальный возраст долгожителей в женской группе был 98 лет, а в мужской — 99 лет. Как и ожидалось, женщины-долгожители имели достоверно меньшие ($p < 0,001$) рост и вес по сравнению с мужчинами. В частности, женщины имели рост $158,8 \pm 0,4$ см и вес $63,3 \pm 0,8$ кг, а мужчины соответственно — $170,1 \pm 0,6$ см и $72,9 \pm 1,3$ кг. Однако индекс массы тела у мужчин и женщин был практически одинаковый ($25,7 \pm 0,4$ у женщин и $25,1 \pm 0,5$ у мужчин) ($p > 0,05$) и не выходил за пределы нормы.

В этой связи интересно отметить динамику размера одежды, которую носили долгожители в разные периоды своей жизни. По ней косвенно

можно судить об изменении веса в процессе жизни. Выяснилось, что средний размер одежды у женщин увеличился с 46 размера в возрасте до 20 лет до 50 размера в настоящее время. У мужчин за этот же период он увеличился с 48-го до 52-го размера.

При этом в среднем к 75 годам размер одежды достигал у долгожителей обоих полов наибольшей величины и позже практически не менялся.

Почти все долгожители были правшами ($92,9 \pm 1,8\%$ женщин и $95,3 \pm 2,3\%$ мужчин, $p > 0,05$), что не выходит за рамки частоты распространения правшей в общей человеческой популяции (80–95%).

Среди долгожителей был довольно высокий процент лиц, имеющих высшее образование: у женщин $46,5 \pm 3,5\%$ и у мужчин $57,5 \pm 5,3\%$. Видно, что у мужчин он был значительно больше, хотя эта разница была не достоверна ($p > 0,05$). С начальным образованием было всего $10,5 \pm 2,3\%$ женщин и $8,0 \pm 2,9\%$ мужчин. Высокий уровень образования (особенно у мужчин) наблюдался и у долгожителей Санкт-Петербурга [6], Омска [5] отмечался в более ранних исследованиях [1,8]. Это может свидетельствовать в пользу возможного положительного влияния образования на долголетие. Однако в Самарской области, и особенно в Якутии, выявлен более низкий уровень образования долгожителей [4,9]. Инвалидность была у $87,3 \pm 2,2\%$ женщин и достоверно больше у мужчин — $96,7 \pm 1,8\%$ ($p < 0,01$), что вполне ожидаемо в связи с вредными условиями проживания и большим участием в Великой Отечественной войне. Основная причина инвалидности у женщин и мужчин была по общему заболеванию: у женщин в $92,9 \pm 1,9\%$ случаев и достоверно меньше у мужчин — в $71,7 \pm 4,8\%$ случаев ($p < 0,001$). Это связано с тем, что мужчины по сравнению с женщинами имели достоверно больший процент инвалидности, связанной с травмами и ранениями ($4,9 \pm 1,6\%$ у женщин и $25,9 \pm 4,7\%$ у мужчин, $p < 0,001$). Показано, что практически все обследованные долгожители обоего пола были дееспособны, что совпадает с данными, полученными в других регионах России: Санкт-Петербурге [6], Саратове [3], Тюменской области [7], Якутии [4].

Интересные данные были получены при рассмотрении анамнеза жизни долгожителей. Так,

оказалось, что в детстве женщины достоверно чаще проживали в городе с миллионным населением, чем мужчины ($37,5 \pm 3,8\%$ и $22,5 \pm 4,9\%$ соответственно, $p < 0,05$), которые достоверно чаще провели свое детство в деревне ($30,6 \pm 3,8\%$ женщин и $46,5 \pm 5,9\%$ мужчин, $p < 0,05$). Похожие данные получены для долгожителей Санкт-Петербурга [6], Омска [5], что является характерным для жителей больших городов. Однако в трудоспособном и пенсионном возрасте частота проживания долгожителей обоего пола достоверно не отличалась друг от друга и равнялась примерно 63%, живущим в городе с миллионным населением, и около 6%, живущим в деревне ($p > 0,05$), что также соответствует данным других авторов [5,6].

Интересны гендерные отличия в пищевом режиме долгожителей. Оказалось, что долгожители обоих полов принимают пищу с одинаковой частотой — $3,4 \pm 0,1$ раза в день женщины и $3,3 \pm 0,1$ раза в день мужчины, что совпадает с более ранними исследованиями [1]. Не выявлены отличия и в отношении соблюдения диеты. Ее соблюдали только $36,0 \pm 3,4\%$ женщин и несколько больше мужчины — $41,5 \pm 5,4\%$, но эта разница недостоверна ($p > 0,05$). Женщины и мужчины в течение своей жизни в основном употребляли смешанную пищу. Это соответствует данным других авторов [4—7,9] и также отмечено в более ранних исследованиях [1]. Ею питались $71,7 \pm 3,0\%$ женщин и $77,6 \pm 4,5\%$ мужчин ($p > 0,05$). Тем не менее мужчин, которые предпочитали растительную пищу (овощи, фрукты, злаки и т. п.), оказалось почти вдвое больше, чем женщин (соответственно $18,8 \pm 4,2\%$ и $9,6 \pm 2,0\%$, $p = 0,05$). Не выявлено значимых отличий ($p > 0,05$) между мужчинами и женщинами в распределении пищевых привычек в отношении предпочтений приема жирной, жареной, острой, соленой и сладкой пищи. Однако сладкую пищу любят больше мужчины ($54,1 \pm 5,4\%$) по сравнению с женщинами ($45,5 \pm 3,5\%$), а острую и соленую пищу, наоборот, больше женщины ($45,3 \pm 3,5\%$), чем мужчины ($34,1 \pm 5,1\%$). В 80% случаев долгожители обоего пола никогда не принимали какие-либо пищевые добавки, но 50% женщин и 62% мужчин употребляли витаминные комплексы постоянно курсами или эпизодически. Интересно отметить, что в пищевом рационе долгожителей Якутии преобладали жи-

вотные жиры, мясные, мучные и молочные продукты, картофель и был дефицит растительных масел, овощей, фруктов, зелени, что не помешало им достичь почтенного возраста [4].

Долгожители обоего пола начинали регулярно принимать лекарства примерно в одном возрасте (женщины в $62,5 \pm 1,5$ лет, а мужчины в возрасте $64,6 \pm 2,7$ лет, $p > 0,05$). Женщины и мужчины с одинаковой частотой принимали лекарства снотворные или успокаивающие (в 26% случаев) и сердечно-сосудистые (в 75% случаев). Но лекарства от сахарного диабета и болезней желудочно-кишечного тракта женщины принимали чаще (в 12 и 42% случаев соответственно), чем мужчины (в 8 и 30% случаев соответственно). В настоящее время женщины с меньшей частотой посещали поликлиники, чем мужчины (соответственно $4,5 \pm 0,4$ раза и $6,0 \pm 0,5$ раза в год, $p < 0,05$). Однако в Тюменской области, наоборот, женщины достоверно чаще обращались к участковому терапевту ($7,1 \pm 0,5$ раз в год) по сравнению с мужчинами ($4,8 \pm 0,4$ раз в год) ($p < 0,001$) [7].

Только 13% долгожителей голодали с лечебной целью, но в детстве и юности голодали или недоедали 65% долгожителей обоего пола. Интересен питьевой режим долгожителей. Менее 1 литра воды в день пили больше женщин ($38,9 \pm 3,5\%$), чем мужчины ($16,5 \pm 4,0\%$) ($p < 0,001$). Мужчины пили больше воды в объеме 1–2 литров в день ($81,2 \pm 4,2\%$), чем женщины ($60,1 \pm 3,5\%$) ($p < 0,001$). Больше 2 литров воды в день принимали всего около 1–2% долгожителей. Продолжительность ночного сна у женщин немного меньше, чем у мужчин ($6,9 \pm 0,1$ и $7,4 \pm 0,2$ часа соответственно) ($p < 0,05$), но они чаще (в $41,9 \pm 3,5\%$ случаев), чем мужчины (в $32,5 \pm 5,1\%$ случаев) спят днем, т. е. женщины компенсировали недостаток своего ночного сна по отношению к мужчинам частично за счет дневного сна. В интервале 22–24 часов отходило ко сну $58,1 \pm 4,0\%$ женщин и $69,6 \pm 5,5\%$ мужчин ($p > 0,05$). Женщины немного чаще, чем мужчины, отходили ко сну до 22 часов и после 24 часов, но эта разница не достоверна ($p > 0,05$). Женщины и мужчины чаще всего просыпались в интервале 6–8 часов утра ($53,5 \pm 4,0\%$ женщин и $60,9 \pm 5,9\%$ мужчин), но их больше, чем мужчин просыпалось после 8 часов утра ($29,7 \pm 3,7\%$ женщин и $15,9 \pm 4,4\%$ мужчин, $p < 0,05$). Дол-

гожители обоого пола в 77% случаев регулярно проводили свой отпуск вне дома, чаще всего на даче или в сельской местности. При этом длительность отпуска обычно составляла 3 месяца. В Омске было столько же долгожителей мужского пола, которые отдыхали вне дома, но таких женщин было гораздо меньше, всего 45% [5].

В молодости только $7,9 \pm 2,0\%$ женщин и $23,0 \pm 4,9\%$ мужчин серьезно занимались спортом ($p < 0,01$), а физкультурой соответственно $58,4 \pm 3,9\%$ и $80,6 \pm 4,8\%$ ($p < 0,001$), что совпадает с данными более ранних исследований [1]. С возрастом число занимающихся физкультурой уменьшалось, и в настоящее время продолжают заниматься физкультурой с разной степенью нагрузки только $37,1 \pm 3,7\%$ женщин и $60,3 \pm 5,7\%$ мужчин ($p < 0,001$). В настоящее время в разной форме закаливанием (обливанием, моржеванием) занимается $8,5 \pm 2,0\%$ женщин и $14,1 \pm 3,9\%$ мужчин ($p > 0,05$), хотя раньше закаливанием занимались $18,3 \pm 2,7\%$ женщин и $30,1 \pm 5,0\%$ мужчин ($p < 0,05$). Донорами в разное время были $25,0 \pm 3,1\%$ женщин и $13,0 \pm 3,6\%$ мужчин ($p < 0,05$).

Интересными были ответы долгожителей на вопрос: чему они приписывают свое долголетие? В качестве ответов были предложены следующие варианты: образу жизни, питанию, наследственности, месту жительства, особенности характера, другим факторам. Женщины ответили на этот вопрос соответственно следующим образом: $82,0 \pm 2,7\%$; $12,5 \pm 2,3\%$; $58,5 \pm 3,5\%$; $14,0 \pm 2,4$; $57,5 \pm 3,5\%$; $3,0 \pm 1,2\%$, а мужчины $76,5 \pm 4,6\%$; $11,8 \pm 3,5\%$; $54,1 \pm 5,4\%$; $5,9 \pm 2,5\%$; $52,9 \pm 5,4\%$; $3,5 \pm 2,0\%$. Достоверная разница в ответах ($p < 0,05$) была получена только для места жительства. Женщины придавали этому фактору в своем долголетии большее значение, чем мужчины. Как видно, основную роль в своем долголетии долгожители приписывали образу жизни, а затем уже наследственности и особенностям характера. Любопытно, что последним двум факторам долгожители приписывали практически одинаковую роль. Интересны были ответы на вопрос: до какого возраста вы хотите жить? Были получены следующие ответы у женщин: до 90 лет – $6,2 \pm 1,7\%$; до 100 лет – $9,4 \pm 2,1\%$; больше 100 лет – $7,8 \pm 1,9\%$; как получится – $76,6 \pm 3,0\%$. Мужчины ответили на эти вопросы соответственно так: $5,9 \pm 2,5\%$;

$25,9 \pm 4,7\%$; $14,1 \pm 3,8\%$; $54,1 \pm 5,4\%$. Видно, что основная часть долгожителей, причем достоверно больше женщин ($p < 0,001$), ответила «как получится». Достоверная разница была выявлена и в другом ответе. До 100 лет выразило желание жить гораздо больше мужчин, чем женщин ($p < 0,01$). То есть мужчины были ориентированы на долгую жизнь существенно чаще, чем женщины.

Характерны данные, которые получены при сравнении семейного анамнеза долгожителей. Так, оказалось, что на момент обследования только $7,0 \pm 1,8\%$ женщин состояли в браке, а $86,9 \pm 2,4\%$ были вдовами. У мужчин эти значения соответственно были равны $37,9 \pm 5,2\%$ и $58,6 \pm 5,2\%$ ($p < 0,001$). Однако в Омске среди долгожителей только 12% мужчин и 2% женщин состояло в браке [5], а в Тюменской области на момент обследования вообще никто из долгожителей не состоял в браке [7]. В своей квартире в одиночестве проживали $50,0 \pm 3,5\%$, а со своей семьей $50,0 \pm 3,5\%$ женщин. Соответствующие значения для мужчин равны $32,9 \pm 5,1\%$ и $63,5 \pm 5,2\%$. Разница по этим показателям между мужчинами и женщинами достоверная ($p < 0,05$). В Тюмени 93% мужчин и 81% женщин жили в семье. Живущих в одиночестве среди женщин было всего 3% и ни одного среди мужчин [2]. В Якутии также большая часть долгожителей жила в семье со своими детьми [4].

Половую жизнь мужчины и женщины начинали практически в одинаковом возрасте – с 23 лет, а их половая потенция угасала в возрасте 61 года у женщин и в возрасте 76 лет у мужчин. Возраст вступления в брак у женщин был достоверно меньше, чем у мужчин. Он равнялся у женщин $24,1 \pm 0,4$, а у мужчин $26,8 \pm 0,4$ года ($p < 0,001$). В Якутии средний возраст вступления в брак женщин был гораздо меньше – $19,5 \pm 0,5$ лет, а мужчин, наоборот, больше – $29,0 \pm 0,5$ лет [4]. Количество браков у мужчин и женщин было практически одинаково ($1,2 \pm 0,03$ у женщин и $1,3 \pm 0,06$ у мужчин, $p < 0,05$), что соответствует другим данным [8, 9]. Разница в возрасте (муж был старше) в первом браке у женщин составляла $3,8 \pm 0,4$ лет (при этом мужья в ряде случаев были моложе жены на 10 лет или старше их на 23 года). У мужчин эта разница была практически такой же ($3,5 \pm 0,4$) ($p > 0,05$)

(при этом жены в ряде случаев были старше мужей на 6 лет или моложе их на 16 лет).

Разница в возрасте во втором браке у женщин составляла уже $2,1 \pm 1,1$ лет (при этом мужья в ряде случаев были моложе жены на 13 лет или старше их на 20 лет). У мужчин эта разница была достоверно больше и равнялась $7,8 \pm 1,8$ лет ($p < 0,05$) (при этом жены в ряде случаев были старше мужей уже на 2 года или моложе их на 43 года). У женщин в течение жизни в среднем было три беременности, что можно частично объяснить массовым переездом молодежи в 20–30-е годы из деревень в город и плохими жилищными условиями (жили в основном в коммунальных квартирах или бараках), не позволяющими иметь много детей. Среднее число аборт, которые делала женщина в течение всей жизни, — $1,7 \pm 0,2$. Число родных детей у женщин — $1,7 \pm 0,1$, а у мужчин — $2,0 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Такое же количество детей было в среднем у долгожителей Тюмени [2]. Отсутствие многодетности было характерно и для долгожителей Омска [5]. Но долгожители Якутии в среднем имели 5 детей [4]. Кроме небольшого числа детей, в нашем исследовании также обращает на себя внимание небольшое количество внуков и правнуков у долгожителей. У женщин их было всего соответственно $2,3 \pm 0,1$ и $1,9 \pm 0,2$, а у мужчин $2,7 \pm 0,2$ и $1,5 \pm 0,2$ ($p > 0,05$). Средний возраст при рождении первого ребенка у женщин был $25,6 \pm 0,3$, второго — $30,0 \pm 0,5$, третьего — $32,0 \pm 1,1$ и последнего — $36,4 \pm 3,3$ года. Это соответствует данным по долгожителям Якутии (рождение первого ребенка в 23 года, а последнего в 37 лет) [4].

ВЫВОДЫ

Нами не выявлено существенных отличий в социальных портретах долгожителей мужчин и женщин за исключением отдельных моментов. В частности, мужчины по сравнению с женщинами чаще проявляли повышенный интерес к долгой жизни, среди них было больше лиц, имеющих

инвалидность. Они имели более высокий уровень образования, гораздо чаще находились в браке. Вместе с этим особо необходимо отметить высокий уровень образования в обеих группах долгожителей, что может быть одним из факторов, связанных с долголетием. В рамках рассмотренных вопросов наши данные во многом совпадают с данными других авторов, полученными при изучении долгожителей из других регионов России. Однако выявлены и региональные различия, вызванные разными социально-экономическими, бытовыми, экологическими факторами и обусловленные местом проживания долгожителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1974. 132 с.
2. Болотнова Т.В., Логинова Н.В. Опыт изучения феномена долгожительства в г. Тюмени. Состояние здоровья долгожителей: влияние наследственных, эколого-климатических, социальных факторов на продолжительность жизни // Успехи геронтологии. 2001. Т. 8. С. 82-88.
3. Денисова Т. П., Малинова Л.И., Прохоров С.А. Стареение и долгожительство. М.: БИНОМ, 2007. 224 с.
4. Никитин Ю.П., Татарникова О.В., Черных Н.И. Долгожительство в Сибири и на Дальнем Востоке: демографические и клинические аспекты. Новосибирск: Наука, 1999. 164 с.
5. Плотникова Ю.С. Долгожительство как социально-демографический феномен. Автореферат дис. ... канд. социол. наук. Новосибирск, 2011. 22 с.
6. Пушкова Е.С., Ленская Л.В. Долгожительство в Санкт-Петербурге // Успехи геронтологии. 1999. № 3. С. 22-26.
7. Филонова М.В. Влияние социальных факторов на формирование феномена долголетия. В сб.: Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. Тюмень, 2008. С. 88.
8. Чеботарев Д.Ф. Условия жизни и пожилой человек. М.: Медицина, 1978. 310 с.
9. Шишкова-Лаврусь М.В., Захарова Н.О., Яковлев О.Г. Социальные аспекты долгожительства в Самарской области. В сб.: Общество, государство и медицина. Москва, 2005. С. 124-125.

Поступила 18.06.2013

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ II

Б.А. Кауров¹, Т.Ш. Адеишвили², Е.Б. Матюхина³, А.А. Щегорцов⁴

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

На основе статистического анализа данных анкетирования изучены гендерные особенности социального портрета долгожителей в возрасте 85 лет и старше. Рассмотрены отдельные стороны семейного и трудового анамнеза, вредные привычки, жизненные интересы и некоторые моменты социальной сферы долгожителей. Несмотря на то что долгожители обоего пола жили в разных регионах России с отличающимися социально-бытовыми и экологическими условиями, по большинству показателей, о которых можно судить по анамнезу жизни, они существенно не отличались друг от друга на момент обследования. Это может свидетельствовать в пользу гипотезы, что гендерные отличия по многим показателям, имеющим отношение к социальному портрету людей, при переходе последних в категорию долгожителей уменьшаются. Ставится вопрос о необходимости создания унифицированной анкеты опроса долгожителей.

Ключевые слова: долгожители, социальный портрет, анкетирование, анамнез жизни, семейный анамнез, трудовой анамнез, вредные привычки, жизненные интересы
Key words: long-livers, social profile, questioning, life history, family history, labor history, bad habits, vital interests

В предыдущем сообщении [4] были рассмотрены особенности антропометрических данных, анамнеза жизни и частично семейного анамнеза долгожителей обоих полов. В этом сообщении

будут рассмотрены вопросы, касающиеся других сторон семейного и трудового анамнеза, вредных привычек, жизненных интересов и некоторых моментов социальной сферы долгожителей.

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 Адеишвили Тамара Шалвовна, канд. биол. наук, младший научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: tamaraae@yahoo.com.

³ Матюхина Елена Борисовна, научный сотрудник Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: 5409316@mail.ru.

⁴ Щегорцов Александр Александрович, д-р социол. наук, заведующий лабораторией Филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «НКЦ геронтологии». E-mail: sa-56@mail.ru.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи была разработана специальная анкета. Она включала в себя 231 вопрос, условно разделенный на 7 блоков, отражающих антропометрические данные, анамнез жизни, семейный и трудовой анамнез, вредные привычки, жизненные интересы и некоторые моменты социальной сферы долгожителей. По этой анкете был проведен опрос 311 долгожителей обоего пола в возрасте 85 лет и старше (в том числе 92 из них было 90 лет и более), находящихся на лечении в НКЦ геронтологии. Полученные результаты были обработаны с помощью программных пакетов MS Excel 2010 и Statistica 10. Достоверность отличий средних и частот оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне ошибки $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании статистической обработки изученного материала были получены следующие результаты. Показано, что средняя продолжительность жизни матерей и отцов долгожителей не отличалась долгожительством. Так, у женщин средний возраст наступления смерти их матерей равнялся $73,2 \pm 1,2$, а их отцов — $61,8 \pm 1,3$ года. Видно, что у женщин их отцы умирали достоверно раньше матерей ($p < 0,001$). У мужчин эта разница менее очевидна. Соответствующие значения равны $70,0 \pm 2,0$ и $65,0 \pm 1,9$ года ($p > 0,05$). Однако возраст наступления смерти матерей и отцов долгожителей обоего пола не отличался друг от друга ($p > 0,05$). Вместе с этим среди долгожителей были и те, у которых их матери или отцы доживали до 85–101 года. В частности, у женщин $31,0 \pm 3,3\%$ их матерей и всего $11,3 \pm 2,3\%$ отцов доживали до этого возраста ($p < 0,001$). У мужчин эти числа соответственно равнялись $24,1 \pm 4,7\%$ и $14,5 \pm 3,8\%$ ($p > 0,05$). Эти данные соответствуют таковым, полученным при изучении долгожителей Омска [6]. Более весомые данные были получены при ответе на вопрос: были ли в роду долгожители по материнской или отцовской линии? В частности, женщины в $50,2 \pm 4,1\%$ случаев подтвердили наличие долгожителей в роду по отцовской линии и чаще — в $61,3 \pm 3,5\%$ случаев по материнской линии ($p < 0,05$). У мужчин соответствующие значения равнялись $57,7 \pm 6,8\%$ и $62,3 \pm 6,2\%$ ($p > 0,05$).

Видно, что число долгожителей было больше по материнской линии, что может свидетельствовать о большей предрасположенности женщин к долгожительству по сравнению с мужчинами. Большее число долгожителей по материнской линии было выявлено и среди долгожителей Санкт-Петербурга [7] и Саратова — [3] (59 и 44% соответственно). В Саратове только 1,4% долгожителей указали на долгоительство по отцовской линии [3]. В Тюменской области 62% мужчин и 65% женщин имели долгожителей по линии отца или матери [8]. Однако в самой Тюмени наличие долгожителей по материнской линии было выявлено только 20%, а по отцовской линии — в 15% случаев [2]. В Омске была подобная картина. Там у 21% долгожителей мать и у 17% долгожителей отец прожили 90 и более лет [6]. В Якутии у половины обследованных долгожителей выявлено семейное долгоительство и у 75% из них были родственники в возрасте 80 лет и старше [5].

По нашим данным, также не отличались особым долголетием родные братья и сестры долгожителей. Так, у женщин средний возраст смерти их братьев равнялся $45,3 \pm 4,8$ годам (варьируя от 44 до 47 лет в зависимости от порядкового номера рождения), а их сестер — $57,0 \pm 5,4$ года (варьируя от 55 до 60 лет в зависимости от порядкового номера рождения). У мужчин эти средние значения соответственно равнялись $37,5 \pm 7,4$ года (варьируя от 29 до 45 лет) и $49,7 \pm 7,5$ года (варьируя от 18 до 64 лет). В существенной степени относительно раннюю смерть родственников долгожителей можно объяснить их участием в Великой Отечественной войне. Вместе с тем необходимо особо отметить, что как у женщин, так и у мужчин среди всех умерших их братьев и сестер всегда были те, которые умирали в возрасте 90 лет и старше. Это может дополнительно указывать на наличие наследственной компоненты долгожительства.

Однако у женщин средний возраст их живых братьев равнялся $77,3 \pm 3,0$ года и варьировал от 69 до 82 лет, а живых сестер — $79,6 \pm 1,9$ года и варьировал от 77 до 84 лет. У мужчин эти значения соответственно равнялись $80,5 \pm 1,7$ года в диапазоне от 76 до 80 лет и $74,8 \pm 1,7$ года в диапазоне от 61 до 73 лет. У женщин в семье было в среднем $1,8 \pm 0,1$ родных братьев и $2,1 \pm 0,1$ родных сестер ($p < 0,05$). У мужчин эти

значения соответственно были равны $2,3 \pm 0,2$ и $2,0 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). Необходимо обратить внимание на то, что у женщин было больше родных сестер, а у мужчин больше родных братьев. В большинстве случаев долгожители обоих полов рождались первыми. Среди женщин таких было $29,7 + 3,3\%$, а среди мужчин – $30,6 + 5,0\%$ ($p > 0,05$). Это подтверждается данными других авторов, например [6]. Данный факт некоторые ученые объясняют тем, что чем моложе родители, тем их дети более жизнеспособны и потенциально более долгоживущие [1].

Особого внимания заслуживает спектр заболеваний, которыми болели родители долгожителей. Показано, что между частотой различных заболеваний у родителей долгожителей обоего пола не выявлено достоверной разницы между ними ($p > 0,05$). Чаще всего родители долгожителей имели заболевания сердечно-сосудистой системы. Они отмечались у матерей женщин в $45,5 \pm 3,7\%$ случаев и у матерей мужчин в $38,7 \pm 5,4\%$ случаев. У отцов женщин и мужчин эти заболевания встречались со следующей частотой соответственно – $32,4 \pm 4,0$ и $42,0 \pm 5,9\%$. Онкологические заболевания встречались у матерей женщин с частотой $12,9 \pm 2,5\%$ и матерей мужчин с частотой $12,5 \pm 3,7\%$. У отцов женщин и мужчин эти показатели имели следующие частоты соответственно – $14,0 \pm 3,0$ и $10,1 \pm 3,6\%$. Частота неврологических заболеваний у родителей обоего пола долгожителей практически совпадали с таковыми при онкологических заболеваниях.

Следующий вопрос, который нас интересовал, касался возможных гендерных отличий во вредных привычках мужчин и женщин. Фактически он свелся к выяснению разных аспектов приема долгожителями алкогольных напитков и курения. В настоящее время из всех обследованных долгожителей только одна женщина и 20% мужчин регулярно принимали спиртные напитки. Однако в более ранние периоды своей жизни (в частности, в возрасте от 20 до 70 лет) таковых среди женщин было около 2%, и они принимали алкоголь в среднем 1 раз в месяц по 50–100 мл. Число пьющих мужчин 20–60 лет было около 40%, и они принимали алкоголь в среднем 1 раз в месяц примерно по 200 мл. После указанных периодов жизни, число принимающих спиртные напитки с возрастом постепенно уменьшалось до

настоящих чисел. В настоящее время мужчины, не отказавшиеся от спиртного, принимали его в среднем 1 раз в месяц по 50–100 мл. Из разных видов спиртных напитков (самогона, водки, коньяка, крепких вин, сухих вин, пива) женщины отдавали предпочтение водке, коньяку и сухим винам, а мужчины – водке и коньяку. С 20 до 50 лет курили около 2% обследованных женщин, которые выкуривали от половины пачки до 1 пачки в день. После 50 лет их число стало уменьшаться и в настоящее время курила только 1 женщина, которая выкуривала до половины пачки в день. У мужчин наибольшее число курильщиков (41%) наблюдалось в возрасте 20 до 30 лет, которые выкуривали в этот период в основном до пачки в день. В каждое последующее десятилетие число куривших уменьшалось на 7–9%, а количество выкуренных ими папирос (сигарет) уменьшалось до половины пачки в день. В настоящее время никто из обследованных мужчин не курил. В возрасте 20–50 лет 10–12% женщин были пассивными курильщиками в семье. С каждым последующим десятилетием этот процент уменьшался примерно вдвое до 1% в настоящее время. Число мужчин – пассивных курильщиков в семье было наибольшим (8%) только в возрасте 30–40 лет, затем оно постепенно уменьшалось до 1% в настоящее время. Наши данные по положительному влиянию на долголетие отказа от курения и ограниченному потреблению алкоголя совпадают с результатами, полученными при изучении долгожителей в других регионах, в частности в Саратове [3], Омске [6] и более ранними исследованиями [9].

Следует обратить внимание на возможные гендерные отличия в трудовом анамнезе долгожителей, их интересах и социальном статусе. Выяснилось, что женщины и мужчины начинали свою трудовую деятельность примерно в одном возрасте (в $18,3 \pm 0,3$ лет женщины и $17,6 \pm 0,5$ лет мужчины, $p > 0,05$), но женщины заканчивали работать гораздо раньше мужчин, соответственно в возрасте $62,9 \pm 0,7$ лет и $70,1 \pm 1,0$ лет ($p < 0,001$). В настоящее время продолжают работать только $1,0 \pm 0,7\%$ женщин и $7,3 \pm 2,9\%$ мужчин ($p < 0,05$). Этот средний стаж трудовой деятельности совпадал с таковым у долгожителей Тюменской области: 46 лет у женщин и 53 года у мужчин [8]. У $22,2 \pm 3,0\%$ женщин и $38,5 \pm 5,3\%$ мужчин их профессия бы-

ла связана с творческой деятельностью, которой женщины прекратили заниматься в возрасте $66,1 \pm 1,8$ года, а мужчины – в $74,9 \pm 2,4$ года ($p < 0,01$). Основная масса долгожителей принадлежала по своей трудовой принадлежности к категории служащих ($77,7 \pm 3,5\%$ женщины и $76,5 \pm 4,8\%$ мужчины, $p > 0,05$). Тем не менее у $8,2 \pm 1,9\%$ женщин и $14,5 \pm 3,9\%$ мужчин их работа была связана с нервно-эмоциональным напряжением ($p > 0,05$). С органическими растворителями работали $8,2 \pm 2,0\%$ женщин и $10,8 \pm 3,4\%$ мужчин ($p > 0,05$). Кроме того, у $12,0 \pm 3,6\%$ мужчин работа была связана с частыми охлаждениями, у $10,8 \pm 3,4\%$ – с тяжелым физическим трудом, у $7,2 \pm 2,8\%$ – с вибрациями. Среди долгожителей были и те, кто имел дело по работе с этилированным бензином, тяжелыми металлами, радиацией и электромагнитными излучениями. Среди долгожителей Тюменской области около 50% мужчин и женщин занимались работой, не связанной с физическим трудом [8]. Большинство долгожителей Якутии (70%) занимались всю жизнь физическим трудом и начинали свою трудовую деятельность до 10 лет [5].

Особый интерес вызывали жизненные интересы долгожителей. Показано, что у $68,9 \pm 3,3\%$ женщин и $69,9 \pm 5,0\%$ мужчин была цель в жизни ($p > 0,05$) и ее достигли $92,2 \pm 2,5\%$ женщин и $92,5 \pm 3,6\%$ мужчин ($p > 0,05$), т. е. практически все долгожители. До настоящего времени сохранили интерес к жизни $78,5 \pm 3,2\%$ женщин и гораздо больше – $93,8 \pm 3,0\%$ мужчин ($p < 0,001$). Среди женщин $81,2 \pm 2,8\%$ считают себя верующими в бога. Среди мужчин таких верующих было значительно меньше, всего $47,5 \pm 5,5\%$ ($p < 0,001$), т. е. мужчины оказались более прагматичными. Общительными себя считали 97% долгожителей обоего пола. Однако только в 15% случаев они постоянно общались с близкими людьми (родственниками, друзьями), возможно, ввиду их отсутствия. При этом практически все они охотно общались с людьми пожилого, среднего и молодого возраста. Общественной деятельностью раньше занимались $66,5 \pm 3,6\%$ женщин и $80,8 \pm 4,6\%$ мужчин ($p < 0,05$). В настоящее время ею продолжали заниматься $12,4 \pm 2,6\%$ женщин и $21,0 \pm 5,1\%$ мужчин ($p > 0,05$). Наши данные по удовлетворительной физической и высокой эмоциональной активности долгожителей совпа-

дают с исследованиями, проведенными в Санкт-Петербурге [7], Саратове [3], Тюмени [2], Омске [6]. Например, в Саратове таких физически активных долгожителей оказалось 86% , а в Тюмени 14% мужчин и $9,1\%$ женщин продолжали участвовать в общественной жизни. Видно, что общественной деятельностью больше занимаются мужчины, что, возможно, объясняется наличием у них большего свободного времени, чем у женщин.

Владеющих в разной степени иностранными языками среди женщин оказалось $43,0 \pm 3,5\%$, а среди мужчин – $60,7 \pm 5,3\%$ ($p < 0,01$). На вопрос о наличии у них в настоящее время хобби, положительно отвечали $50,0 \pm 3,5\%$ женщин и $71,1 \pm 5,0\%$ мужчин ($p < 0,001$). При этом на наличие хобби в молодости указывали $73,6 \pm 3,2\%$ женщин и $74,3 \pm 4,9\%$ мужчин ($p > 0,05$), но с возрастом число долгожителей обоих полов, имеющих какое-либо хобби, постепенно уменьшалось. Отчасти это можно, видимо, объяснить потерей интереса к жизни и социально-бытовыми условиями.

Интересно рассмотреть вопрос также о том, в какой степени отличаются социальные условия долгожителей разных полов. Оказалось, что пенсия у женщин равнялась $17837,6 \pm 437,2$ руб., а у мужчин она была существенно больше – $26483,1 \pm 919,1$ руб. ($p < 0,001$). Практически все долгожители не имели дополнительного дохода, кроме пенсии. Таких среди женщин было $97,9 \pm 1,0\%$ и $92,8 \pm 2,9\%$ среди мужчин ($p > 0,05$). Только $1,5 \pm 0,8\%$ женщин и $4,9 \pm 2,4\%$ мужчин имели постоянный дополнительный доход ($p > 0,05$). Однако в $30,9 \pm 3,3\%$ случаев женщинам и только в $14,3 \pm 3,8\%$ случаев мужчинам оказывали материальную помощь их родственники ($p < 0,01$). Наоборот, $32,5 \pm 3,4\%$ женщин и существенно больше мужчин ($53,8 \pm 5,4\%$) вынуждены сами материально помогать своим родственникам ($p < 0,01$).

Жилищные условия у долгожителей мужчин и женщин были практически одинаковые. Так, общая площадь квартиры, в которой они жили, равнялась в среднем 55 м^2 и в ней, кроме самого долгожителя, проживал еще в среднем 1 человек. В одиночестве проживали $48,7 \pm 3,6\%$ женщин и $32,1 \pm 5,2\%$ мужчин ($p < 0,01$). Проживание в одиночестве, но более частое, было характерным для долгожителей Санкт-Петербурга [7]. Это

можно объяснить большей смертностью людей во время военной блокады Ленинграда. В отличие от долгожителей Москвы и Санкт-Петербурга в Якутии основная их часть (75%) проживала в семье со своими детьми [5]. Социальным пакетом льгот пользовались $64,9 \pm 3,4\%$ женщин и $73,2 \pm 4,9\%$ мужчин ($p > 0,05$). Однако только к $32,6 \pm 3,4\%$ женщинам и $31,3 \pm 5,1\%$ мужчинам был прикреплен социальный работник ($p > 0,05$), что можно объяснить отказом от социальных услуг ввиду хорошего самочувствия долгожителей. Квоту на лечение получали $8,8 \pm 2,0\%$ женщин и $18,8 \pm 4,4\%$ мужчин ($p < 0,05$), а компенсацию за лечение $38,6 \pm 3,5\%$ женщин и $27,4 \pm 4,9\%$ мужчин ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, данные этого сообщения подтверждают результаты, изложенные в нашем первом сообщении, об отсутствии существенной разницы в социальных портретах долгожителей мужчин и женщин по большинству рассмотренных показателей. Однако, как и в первом сообщении, мужчины отличались по ряду показателей от женщин. В частности, женщины оказались более предрасположенными к долгожительству по сравнению с мужчинами. Они также отличались от мужчин своей большей религиозностью, меньшим пристрастием к спиртным напиткам и курению. Они раньше заканчивали свою профессиональную деятельность. Мужчины проявляли более активный интерес к жизни вообще и к общественной жизни, в частности. Они чаще, чем женщины, имели какое-либо хобби. Мужчины по сравнению с женщинами имели более высокий размер пенсии, что позволяло им в большей степени, чем женщинам, оказывать материальную помощь своим близким. Несмотря на то что долгожители обоих полов жили в разных регионах России с отличающимися социально-бытовыми и экологическими условиями, по большинству показателей, о которых можно судить по анамнезу жизни, они существенно не отлича-

лись друг от друга на момент обследования. Это может свидетельствовать в пользу гипотезы, что гендерные отличия по многим показателям, имеющим отношение к социальному портрету людей, при переходе последних в категорию долгожителей уменьшаются. Сравнительный анализ социологических данных, полученных разными исследователями, указывает на отсутствие стандартизированной общепринятой анкеты опроса долгожителей. Это в существенной степени мешает полноценному сравнению данных, полученных авторами в разных регионах. Поэтому актуальным является вопрос о необходимости создания унифицированной анкеты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердышев Г.Д. Эколого-генетические факторы старения и долгожительства. Ленинград: Наука, 1968. 203 с.
2. Болотникова Т.В., Логинова Н.В. Опыт изучения феномена долгожительства в г. Тюмени. Состояние здоровья долгожителей: влияние наследственных, эколого-климатических, социальных факторов на продолжительность жизни // Успехи геронтологии. 2001. Т. 8. С. 82-88.
3. Денисова Т.П., Малинова Л.И., Прохоров С.А. Старение и долгожительство. М.: БИНОМ, 2007. 224 с.
4. Кауров Б.А., Адеишвили Т.Ш., Матюхина Е.Б., Щегорцов А.А. Гендерные особенности социального портрета долгожителей. Сообщение I. // Клиническая геронтология. 2013.
5. Никитин Ю.П., Татарина О.В., Черных Н.И. Долгожительство в Сибири и на Дальнем Востоке: демографические и клинические аспекты. Новосибирск: Наука, 1999. 164 с.
6. Плотникова Ю.С. Долгожительство как социально-демографический феномен. Автореф. канд. дис. ... на соискание канд. социол. наук, Новосибирск, 2011. 22 с.
7. Пушкина Е.С., Ленская Л.В. Долгожительство в Санкт-Петербурге // Успехи геронтологии. 1999. № 3. С. 22-26.
8. Филонова М.В. Влияние социальных факторов на формирование феномена долголетия. В сб.: Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. Тюмень, 2008. С. 88.
9. Чеботарев Д.Ф. Условия жизни и пожилой человек. М.: Медицина, 1978. 310 с.

Поступила 07.06.2013

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ВОБЭНЗИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Х-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева¹, М.С. Саидов, А.Н. Джалилова,
Д.Н. Джалилова, Б.М. Саидова

*Дагестанская государственная медицинская академия,
Гериатрический центр, г. Махачкала*

Представлены данные клинико-лабораторного обследования 74 лиц пожилого и старческого возраста с хроническим простатитом, вызванным патогенной и условно-патогенной урогенитальной флорой. Показана клиническая и микробиологическая эффективность ферментного препарата вобэнзим в комплексной терапии пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом.

Ключевые слова: простатит, пожилой и старческий возраст, фермент, препарат вобэнзим
Key words: bacterial prostatitis, gerontal age, fermental drug «Wobenzym»

Актуальность проблемы. Хронический бактериальный простатит (далее простатит) является одним из наиболее распространенных урогенитальных болезней у лиц пожилого и старческого возраста с психоэмоциональным нарушением различного характера [1,2].

Большинство специалистов рассматривают хронический простатит (ХП) как воспалительное заболевание первично инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений.

В настоящее время в патогенезе простатита большое значение уделяют местным иммунным проявлениям, так как системные изменения зачастую не отражают иммунопатологические про-

цессы, происходящие локально в предстательной железе [3,5].

Несмотря на значительные усилия, направленные на изучение этиологии, патогенеза, диагностики, профилактики и лечения, простатит продолжает оставаться крайне актуальной проблемой в урологии. Хотя спектр возбудителей относительно постоянен, во всем мире отмечается рост резистентности к традиционным антибактериальным препаратам для лечения данной нозологической формы. В связи с этим в лечении простатита в настоящее время широкое применение нашли препараты, влияющие на патогенез и иммунную систему.

К сожалению, условия современной жизни таковы, что организм человека зачастую просто не способен справляться со всеми проблемами самостоятельно. Постоянный стресс, плохая экологическая обстановка, курение, хронические

¹ Царуева Тамара Велиевна, Республика Дагестан. Тел.: 8-928-567-24-23.

заболевания – все это приводит к тому, что нарушается система равновесия в различных тканях и клетках, и зачастую эти изменения необратимы. Обедняется и синтез энзимов, что приводит к метаболическим изменениям и в предстательной железе.

Следует отметить, что средняя продолжительность жизни и удельный вес пожилых (60–74 года) и старых людей (75–89 лет) в развитых странах и в некоторых регионах СНГ неуклонно повышаются, составляя 12,5% и более [4]. Следовательно, улучшение качества жизни людей этой возрастной категории с хроническим урогенитальными заболеваниями (уретрит, простатит, цистит, гиперплазия, рак предстательной железы и др.) – одна из первоочередных задач практического здравоохранения, занимающегося поиском новых более эффективных средств и методов лечения.

Учитывая патогенез простатита и реализуя поставленные цели и задачи, мы провели предварительную клиническую и микробиологическую оценку ферментного препарата вобэнзим в комплексной терапии пациентов пожилого и старческого возраста с простатитом. Созданный более 60 лет назад, на мировом рынке вобэнзим присутствует более 40 лет. Это не биодобавка и не гомеопатическое средство, а лекарственный препарат, который имеет медицинские показания и обеспечивает лечебный эффект.

Вобэнзим обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, противоотечным, фибринолитическим и вторично анальгезирующим свойством. Препарат широко применяется при нарушении микроциркуляции, при пострессорном нарушении и т.д.

В современном мире цена любого продукта всегда соответствует качеству. Вобэнзим – недорогой препарат. Этому есть логическое объяснение. Он содержит нативные вещества – энзимы растительного и животного происхождения, которые обладают вышеописанными свойствами.

Цель исследования – улучшение трофики, микроциркуляции, активация процессов метаболизма и регенерации тканей и клеток предстательной железы, а также повышение общей сопротивляемости организма, т.е. цель заключается в улучшении клинической и микробиологической эффективности комплексной терапии простатита у лиц пожилого и старческого возраста с использованием вобэнзима.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 74 пациента пожилого и старческого возраста с простатитом, которые обследовались и лечились амбулаторно и в стационаре Гериатрического центра г. Махачкалы. Больные были распределены на две группы: опытную и контрольную. Первая состояла из 39 пациентов, вторая (контрольная) – группа сравнения – из 35. Обе группы по возрасту и сопутствующим заболеваниям пациентов были сопоставимы. Длительность наблюдения за больными в группах составила 6 мес.

Тактика лечения зависела от клинической картины заболевания, в основном от остроты воспалительной реакции.

Вобэнзим назначался в комплексной терапии только пациентам первой группы перорально за 30 мин до еды по 3 драже 3 раза в день. Эту дозу сохраняли 4–5 дней, затем в зависимости от клинической симптоматики дозу повышали по 4–5 драже 3 раза в день в течение 4–5 дней, после чего дозу снижали до 3 драже 3 раза в день. Длительность лечения в среднем составила 1–1,5 мес. Вобэнзим был назначен пациентам первой группы в комплексе с антибактериальными препаратами, а также со средствами, улучшающими микроциркуляцию в предстательной железе.

Пациентов второй группы лечили традиционными методами без вобэнзима. Пациенты обеих групп в составе комплексной терапии получали антибиотики из группы фторхинолонов – левофлоксацин в дозе по 250 мг 2 раза в сутки продолжительностью 10 дней.

Пациенты были информированы о необходимости правильного и регулярного приема препарата. Обследование включало стандартизованную оценку симптомов качества жизни, анализ секрета предстательной железы, трансректальное УЗИ простаты, определение количества остаточной мочи. При этом учитывались нежелательные явления и побочные реакции вобэнзима. Обследование больных проводилось через 1 мес (1-й визит), 3 мес (2-й визит) и 6 мес (заключительный визит).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате применения препарата вобэнзим у пациентов основной группы был зарегистрирован выраженный эффект улучшения симптомов заболевания. Так, отмечено уменьшение общего балла шкалы NI-CPSI в опытной группе на 2-м визите по сравнению с 1-м-визитом на 51% ($p < 0,001$), тогда как в группе сравнения (контрольная группа) – на 42% ($p < 0,001$).

Улучшение качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста с простатитом – это

Клинические показатели у больных при лечении препаратом вобэнзим

Показатель	До лечения	После лечения		
		1 мес	3 мес	6 мес
IPSS, баллы	24 ± 5 (n = 09)	7,3 ± 2,2	5,5 ± 1,9	3,1 ± 1,4
QoI, баллы (качество жизни)	5,2 ± 0,8 (n = 39)	3,8 ± 0,7	3,1 ± 0,8	1,4 ± 0,5
Объем простаты, мл ³	29,5 ± 17,2	14,2 ± 8,4	10,3 ± 6,2	19,3 ± 5,9
Отаx, мл/с	9,0 ± 3,1	16,6 ± 3,1	18,17 ± 3,7	20,1 ± 6,7

Примечание. p < 0,05 по сравнению с показателями до лечения

важный показатель оценки эффективности и безопасности лекарственных средств. Курс лечения препаратом вобэнзим приводит к значительному достоверному улучшению качества жизни пациентов.

В опытной группе уменьшение числа баллов через 6 мес. по сравнению с 1-м визитом составило 57% (p < 0,001), а в группе сравнения – на 53% (p < 0,001). Следует отметить, что достигнутый эффект стабилен, значимых различий между показателями при на 2-м и 3-м визите не отмечено.

Противовоспалительный эффект препарата вобэнзим оценивали по динамике числа лейкоцитов в секрете простаты. На фоне терапии зарегистрирован выраженный, статистически достоверный и стойкий клинико-микробиологический эффект. У пациентов первой группы отмечено уменьшение числа лейкоцитов в секрете предстательной железы при 3-м визите по сравнению с 1-м на 79% (p < 0,001), тогда как в группе сравнения – на 64% (p < 0,001).

Средние величины контролируемых показателей у больных в опытной группе в отдаленном периоде приведены в таблице.

Необходимо отметить, что побочных эффектов у пациентов обеих групп сравнения на фоне приема комплексной терапии с препаратом вобэнзим не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Применение вобэнзима в комплексной терапии пациентов с хроническим бактериальным простатитом приводит к достоверному улучшению клинико-лабораторных показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе.

2. Никакого побочного (вредного) воздействия препарата вобэнзим на организм пациентов пожилого и старческого возраста не наблюдалось.

3. Симптоматический и противовоспалительный эффект препарата у пациентов сохраняется на протяжении 6 мес и более.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горилевский Л.М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит // Лечащий врач. 2003. С. 7.
2. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит. В кн.: Материалы X Российского съезда урологов. М., 1–2 октября 2002 г. М.: Информ-полиграф; 2002. С. 209-222.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Аполихин О.И. Урология. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2002.
4. Чкаурели Л.Н., Коклашвили Э.Р. Процесс старения населения и долгожительство в СССР // Всесоюзный съезд геронтологов и гериатров. – Киев, 1988. С. 709-709.
5. Шатохин М.Н., Мальцев В.Н. Влияние лонгидазы на содержание цитокинов при патологии предстательной железы // Аллергология и иммунология. 2009. Т. 10. №2. С. 243.

Поступила 18.02.2013

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Э.М. Шпилянский¹, Н.И. Яковлева, Л.Г. Вершинина, Т.Б. Агафонова

*ГКУ Департамента здравоохранения
Юго-Западного административного округа,
Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова,
Управление социальной защиты населения
Юго-Западного административного округа,
Городская поликлиника № 22 Департамента здравоохранения, Москва*

*Ключевые слова: медико-социальная помощь, пожилой возраст
Key words: the medical-social assistance*

Демографы называют наше время веком постаревшего населения [3].

Всемирная проблема увеличения количества людей, перешагнувших 60-летний рубеж, актуальна и для Юго-Западного административного округа Москвы.

На 1 января 2013 г. численность взрослого населения округа составила 1 151 790 человек. Из них 384 188 (33%) люди пожилого и старческого возраста. Каждый 3-й житель — пожилой пенсионер; на 1 трудоспособного гражданина приходится 2 человека старшей возрастной группы.

Сложившаяся ситуация потребовала разработки инновационных организационных технологий, управленческих решений, создания новых механизмов и методов медико-социальной помощи, направленной на продление активной, качественной жизни пожилых людей, профилактики преждевременного старения, организации доступной специализированной медицинской помощи.

С этой целью в соответствии с Государственной программой города Москвы 2012–2016 гг. «Развитие здравоохранения города Москвы (Сто-

личное здравоохранение)» с начала 2013 г. в лечебно-профилактических учреждениях ЮЗАО открыто 6 гериатрических кабинетов [1,2].

С марта 2013 г. начал действовать медико-социальный гериатрический центр (отделение), созданный на базе городской поликлиники № 22 — единственный в Москве.

Общая численность прикрепленного населения — 210 000 человек. По предварительной оценке в зоне обслуживания Центра проживают более 70 000 пациентов в возрасте от 60 до 85 лет; около 5 000 — старше 85.

В Центре работают кабинеты по оказанию медицинской помощи:

- врачей-специалистов — гериатра, кардиолога, невролога (кабинет памяти), психотерапевта;
- социальной помощи: психолога, социального работника, юриста;
- развернуто 5 коек дневного стационара.

Центр обеспечен высокотехнологичным оборудованием, что позволяет медицинскому персоналу на высоком профессиональном уровне использовать современные методы диагностики, лечения, реабилитации пожилых людей.

При активной поддержке Департамента здравоохранения Москвы, префектуры округа начаты разработка и внедрение технологий взаимодействия медицинских и социальных служб,

¹ Шпилянский Эдуард Маркович, д-р мед. наук, профессор, ПМГМУ, кафедра общественного здоровья и профилактической медицины. Тел.: 8-915-437-00-31.

выработка взаимно скоординированных усилий по оказанию помощи пожилым и старым пациентам.

За время деятельности Центра медико-социальная помощь оказана 847 пациентам пожилого и старческого возраста (таблица).

По специальным заявкам, в определенные дни консультативный прием ведут врачи-специалисты: офтальмолог, хирург, отоларинголог.

В дневном стационаре пролечено 106 пациентов.

В один день, согласно диагнозам, пациент имеет возможность посетить несколько врачей, получить консультацию юриста, социального работника.

Для изучения социального состава пациентов, их потребностей, медико-социальной помощи ведется анкетирование, социологический опрос.

Лечащие врачи совместно с социальным работником, юристом разрабатывают индивидуальную программу помощи для каждого пациента. Это должно определить нуждаемость в дорогостоящем лечении, в специальных медикаментах и бытовых приспособлениях для облегчения жизни пожилых людей, виды ухода на дому; выяснить возможность трудоустройства для тех, кто способен и желает продолжать трудовую деятельность; оказать помощь в начислении пенсий, решении квартирного вопроса и т. д.

Санитарно-просветительная работа — одно из важнейших направлений деятельности Центра. За минувший период проведены беседы — вопросы и ответы — по наиболее злободневным темам:

— Роль диспансеризации в жизни пожилых людей.

— Диета и режим дня пожилых людей.

— Жизнь без инфаркта и инсульта.

Действуют обучающие Школы здоровья:

— Профилактика артериальной гипертензии.

Показатели работы Центра медико-социальной гериатрической помощи ЮЗАО Москвы Март—май 2013 года (кол-во посещений)

Специалисты	Март	Апрель	Май	Итого
Гериатр	85	88	101	274
Кардиолог	165	221	228	614
Невролог	235	248	270	753
Психотерапевт	52	50	54	156
Юрист	18	20	26	6
Соцработник	26	27	33	86

— Профилактика инсульта.

— Профилактика глаукомы.

Такая просветительская деятельность становится удобной площадкой для встреч одиноких пожилых людей, их общения, взаимопомощи.

Краткосрочная работа амбулаторного гериатрического Центра доказала его востребованность: 100% пациентов отметили удобный график врачебного приема, отсутствие очередей, возможность, не выходя из здания, получить необходимые консультации и, главное, заинтересованное отношение медицинского персонала, социальных работников, юриста к «непростым» пациентам (клиентам): доброжелательность, тактичность, сочувствие, готовность немедленно прийти на помощь.

Деятельность Центра будет расширяться и совершенствоваться. Надеемся, что с сентября текущего года здесь начнут консультировать приглашенные специалисты кафедры по проблемам памяти Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, врачи-гериатры НКЦ геронтологии филиала РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Ученые-геронтологи проведут семинары для гериатров Центра.

Решается вопрос о создании организационной комплексной модели взаимодействия лечебно-профилактических учреждений, социальных служб, общественных организаций, религиозных конфессий для улучшения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, их активного долголетия!..

Сегодня только в системе здравоохранения округа продолжают активную трудовую деятельность 2 835 врачей и 3 597 средних медицинских работников в возрасте старше 60 лет, 14 врачей и 2 медицинские сестры старше 80 лет. Это люди с большим профессиональным опытом, верные своей трудной, но почетной профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 года № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.). «Развитие здравоохранения города Москвы. (Столичное здравоохранение)».
2. Приказ Минздрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации».
3. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. 4-е изд. Предисловие. Л.А. Рудкевича. — СПб.: Питер, 2010. С. 9.

Поступила 25.06.2013

БОР НИЛЬС**1885–1962****Датский физик-теоретик, иностранный член АН СССР,
лауреат Нобелевской премии****Э.М. Шпилянский¹***Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Нильс Бор родился в семье профессора Копенгагенского университета, члена Датской академии наук и дочери влиятельного и состоятельного банкира. Окончив школу в 1903 г., поступил на естественный факультет Копенгагенского университета. За экспериментальное исследование поверхностного натяжения воды студент Бор был награжден золотой медалью Копенгагенской академии наук. И хотя до окончания университета — до степени магистра — ему оставалось еще более 2 лет, золотая медаль проложила ему путь в науку, предсказала, что в мире появился физик по имени НИЛЬС БОР [Д.С. Данин, с. 37–40].

Женился Бор в 25 лет на Маргарет Нерлунд, которая стала подлинной и незаменимой опорой мужа. У них было 6 сыновей, один из которых, Оге Бор, также стал известным физиком [Д.К. Самин, с. 349].

С именем Нильса Бора связана вся история современной ядерной физики.

В 37 лет он стал лауреатом Нобелевской премии «за заслуги в исследовании строения атомов и испускаемого ими излучения». В 51 год создал капельную модель ядра, введя в ядерную физику термодинамические понятия.

1940-й год. Вторая мировая война — немецкая оккупация Дании. В 1943 г., узнав о том, что фашисты готовятся перевезти его в Германию, спасаясь от лап гестапо, через Швецию, Англию вылетел в США вместе с сыном.

Нильсу Бору — 58 лет. В Соединенных Штатах он принимает участие в создании американской атомной бомбы. Когда стало ясно, что гитлеровская Германия уже не в состоянии овладеть атомным оружием, а Япония даже не пыталась его создать, Бор употребил все свое влияние, чтобы воспрепятствовать применению атомной бом-

бы. С этой целью он беседует с президентом США Франклином Рузвельтом, ссорится с Черчиллем, борется против атомной монополии Англии и США — выдвигает идею «международного контроля» над вооружением. Его усилия тщетны... 6 августа 1945 г. атомная бомба взорвалась в Хиросиме...

Нильс Бор возвращается в Данию в Институт теоретической физики. Он помогает основать Европейский центр ядерных исследований и играет активную роль в его научной программе.

В 1950 г. он послал «открытое письмо» в Организацию Объединенных Наций, в котором излагает свою программу борьбы за мир. Но письмо Бора не удосужилось даже тени того внимания, которое заслуживало [С.А. Мусский, с. 216–221; Д.К. Самин, с. 351–352.].

В августе 1955 г. в 70-летнем возрасте, ровно через 10 лет после Хиросимы, Бор произносит вступительную речь на первой Женевской конференции по мирному атому. «Физика и человечество» — так он назвал эту речь, в которой опять возвращается к своему «открытому письму». Его слушали, ему аплодировали 1200 физиков-атомщиков, съехавшихся со всех концов земли.

Нильсу Бору — 72 года. Ему присуждается первая премия «За мирный атом», учрежденная Фондом Форда в 1957 г. Он признался: «Квантовая теория меня больше не влечет к своим проблемам. Ныне первостепенная проблема — найти путь к предотвращению ядерной войны».

Как и всех, его не миновала старость, но, как немногих, миновало старение духа... Во всех путешествиях последнего десятилетия своей жизни — по Европе и Ближнему Востоку, по Индии и Гренландии, по Америке и Советскому Союзу, на физических конгрессах и в лекционных турне, в деловых поездках и во время юбилейных визитов, в официальных беседах и в дружеском застолье — всюду он заговаривал об «открытом письме». Это стало его страстью, потребностью души [Д.С. Данин, с. 527–528].

¹ Шпилянский Эдуард Маркович, д-р мед. наук, профессор, ПМГМУ, кафедра общественного здоровья и профилактической медицины. Тел.: 8-915-437-00-31.

1961 год. Нильсу Бору — 76 лет. Он в третий раз приехал в Советский Союз. Тбилисские физики пригласили его прилететь в Грузию. В горном лесу Кахетии, на пикнике, устроенном в честь великого гостя, он произнес тост: «...сейчас всем известно, что огнедышащие драконы рождены человеческой фантазией. Однако в наше время человек создал новых, вполне более грозных... Эти новые драконы грозят уничтожить весь человеческой род. И с ними нельзя бороться, вооружившись мечом. Чтобы бороться с ними, все люди должны понять опасность. Они должны сплотиться для этой борьбы... Люди должны добиваться прочного мира» [Д.С. Данин, с. 528, 529].

Всеобщее признание и всемирная слава не изменили великого ученого — он оставался замечательным семьянином, верным другом, заботливым наставником молодых ученых.

Шли годы, унося дорогих родных, близких ему людей, но появлялись новые. Ко дню его 77-летия (октябрь 1962 г.) в Калсберге вокруг него собралась вся большая семья: жена Маргарет, 4 сына с женами, 15 внуков и правнуков. Он любил в часы досуга возню с детьми своих сыновей, как некогда любил возиться с ними самими. Теперь детям своих детей читает он вечерами сказки Андерсена, сцены из Диккенса и Марка Твена, декламирует Гете и Шиллера, показывает фокусы, играет в мяч...

До последнего дня своей жизни Бор продолжает вести научную работу: выступает с лекциями, с увлечением работает над созданием необычного «Архива источников к истории квантовой физики». Кроме различных документов, в архив должны войти магнитофонные записи интервью — воспоминаний тех, кто делал квантовую революцию, живые голоса ветеранов о времени и о себе. И главное — о драме научных исканий, в которых они принимали непосредственное участие. Такого в истории науки никогда еще не было.

В начале ноября Бор дает 5 историко-биографических интервью для «Архива». Последнее интервью — 17 ноября. Он думал продолжить в следующий раз, но... 18 ноября — внезапная кончина Нильса Бора... Ему было 77 лет. [Д.С. Данин, с. 534–541].

ЛИТЕРАТУРА

1. Данин Д.С. Нильс Бор. М.: Молодая гвардия, 1978. С. 512-541. (ЖЗЛ).
2. Мусский С.А. Нильс Бор. Сто великих Нобелевских лауреатов. М.: Вече, 2004. С. 216-221.
3. Россия и СССР в войнах XX века. Статистическое исследование / Ю. Поляков, Г. Кривошеев, В. Андроников и др. — <http://rugraz.net/index.php/ru>
4. Самин Д.К. Нильс Бор. Сто великих ученых. М.: Вече, 2010. С. 348-352.

Поступила 27 мая 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.

СТЕПАНОВА ЕПИСТИНЬЯ ФЕДОРОВНА

1882–1969

Великая русская Мать, положившая на алтарь Родины
девятиерых сыновей*Ах, война, что ты сделала, подлая, ...**Б. Окуджава*Э.М. Шпилянский¹*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Степанова Епистинья Федоровна родилась в Украине, в неизвестном селе под Мариуполем в большой крестьянской семье. Когда Пести Рыбалко (Епистинья) исполнилось 8 лет, семья переселилась на Кубань.

В потрясающей истории этой женщины, ее прекрасной семьи, ее теплого дома отразилась жизнь нашего терпеливого, многострадального народа в XX веке [В.Ф. Конов, с. 324].

Годы революции и гражданской войны. В 1918 г. расстрелян 17-летний сын Александр.

Годы коллективизации. В 1933 г. умер от голода муж Епистиньи — Михаил Николаевич. В 51 год она остается одна с девятью детьми.

1939 год. Начало Второй мировой войны. В боях с японцами в районе Халхин-Гола пал смертью храбрых первый офицер в семье Степановых — Федор. В 18-летнем возрасте умирает дочь Вера.

Епистиньи было 59 лет, когда ворвалась в ее мирную жизнь Великая Отечественная война, а с нею невозможные, страшные потери:

1941 год — защищая Брянщину, погиб Павел. В битве на Курской дуге в танковом бою отдал свою жизнь за Родину Илья.

1942 год — тяжелораненый Иван попал в плен, бежал, отважно сражался в партизанском отряде. Был схвачен фашистами и после долгих пыток расстрелян. Василий сложил голову на Днепропетровщине.

2 октября 1943 г. младший сын, названный в честь первенца, старший лейтенант Александр Михайлович Степанов (Саша-Мизинчик), погиб смертью храбрых при форсировании Днепра. На участке Селище-Бобрицы, на подступах к Киеву,

его рота отбила шесть мощных атак фашистов. Он остался один отбивать седьмую атаку. Последней противотанковой гранатой взорвал себя и окруживших его немцев. Ему посмертно присвоено звание Героя Советского Союза [Степанов Александр Михайлович].

1945-й год — Филипп умер в концлагере, совсем немного не дожив до победы.

Май 1945-го года. Победа! — долгожданная, выстраданная, радостная и печальная. Услышав эту весть, Епистинья упала наземь и спросила: «Земля, скажи ты мне, где сыны мои?». Ей было 63 года.

На хутора стали возвращаться солдаты. В хату, куда возвращался солдат, набивались женщины, смотрели с завистью, смотрели умоляющими глазами, спрашивали: «Нашего не видел?..» Ждала и она... Вдруг произойдет чудо и один за другим Коля, Вася, Филя, Федя, Ваня, Илюша, Павлуша, Сашенька вернутся, придут...

И, наконец, свершилось то, о чем Епистинья так молила Бога: к хате, к калитке подошел человек в военной форме. И этот солдат — ее сын Николай, на костылях, израненный, искалеченный. Епистинья обняла сына, и оба почувствовали, как велико, как огромно их горе. Ждали отца дома и трое его ребятишек: Николай ушел на войну, когда старшему сынишке Валентину было 3 года, Анатолию — 2, а Людмила только родилась [В.Ф. Конов, с. 268–269].

Надо было начинать новую послевоенную жизнь. В старенькой хате зазвучал баян Николая, пели и танцевали внуки, пела и она, Епистинья.

Несмотря на возраст, пошатнувшееся здоровье, с раннего утра и допоздна Епистинья работала на участке, в огороде, в хате. Огород-кормилец требовал много трудов, и он спасал, отвлекал Епистинью от отчаяния; требовали постоянной заботы внуки.

¹ Шпилянский Эдуард Маркович, д-р мед. наук, профессор, ПМГМ, кафедра общественного здоровья и профилактической медицины. Тел.: 8-915-437-00-31.

Епистинья не любила, когда ее начинали утешать. Она чувствовала, что ее хотят примирить с потерей, с тем, что сыновья погибли и не вернутся. От этого душа наполнялась нестерпимой болью, от утешений она плакала еще больше или уходила.

Осенью 1963 г. от ран умер Николай. Ушел от Епистиньи последний сын. Силы ее иссякали, ей шел 81-й год. Жить одна на хуторе уже не может. Перезезжает к дочери в Ростов-на-Дону, взяв с собой самое дорогое: письма и семейный альбом. В городе жить трудно — мучает безделье и зимой, и летом [Там же, с. 302–303].

На Пасху, светлое Христово Воскресение, она шла в церковь. В квартире пахло пирогами, стол застилался белой скатертью. На верх большого платяного шкафа Епистинья ставила в рядок фотографии Николая, Васи, Фили, Феди, Вани, Илоши, Верочки, Саша-Мизинчика. Фотографий Саша-старшего и Михаила не было. Но все равно большая семья Епистиньи оказывалась как бы в сборе, как раньше, и она чувствовала себя хлопотливой хозяйкой, МАТЕРЬЮ. Епистинья ставила посреди стола освященный в церкви кулич, крашенные яички, соль, сало... Стол становился праздничным, ярким. Подходила минута — надо садиться. Епистинья обращалась к детям, смотревшим с фотографий на шкафу: «Дорогие сыночки, сидайте за стил с нами отметить, сегодня великий праздник...».

1966-й год. Епистиньи — 82 года. О ней пишут газеты, москвичи-кинематографисты снимают фильм. Съёмки ее утомляют. Но у Епистиньи появилась возможность посетить места сражений Саша-Мизинчика. Родная Украина, крутой берег Днепра — могила сына. «Вот куда тебя занесло, вот, где улежся ты навеки, младшенький мой», — причитала она.

Фильм о ней получился короткий и сильный. Одно лишь прикосновение к великому горю Епистиньи переворачивало души. На 5-м Международном кинофестивале в Москве в 1967 г. фильм получил серебряный приз. На 8-м Международном фестивале телевизионных фильмов в Монте-Карло в 1968 г. фильм занял первое место — «Золотую нимфу» [В.Ф. Конов, с. 313].

До конца жизни она не уставала вглядываться в даль дорог. Ждала до последнего своего часа — откладывала лучшее яблочко, конфетку, лучший кусочек — вот придут мальчишки... [Там же, с. 320].

Каждый год в День победы, пока жива была, Епистимья Федоровна приходила на централь-

ную площадь станицы Днепроградской, к монолиту, где вписаны имена ее сыновей [Подвиг семьи Степановых].

В старости она оставалась такой же красивой, а страдания добавили еще больше благородства чертам лица, движениям, жестам. Рядом с нею всем хотелось быть лучше, красивей и элегантней [В.Ф. Конов, с. 314, 319–320].

Она умерла в 1969 г. на 88-м году жизни. Когда кто-то принимался сетовать на свою жизнь, на трудности, она говорила: «Когда тебе тяжело, ты вспомни про мою судьбу, и тебе будет легче» [Там же, с. 5].

Психология горя — одно из самых таинственных проявлений душевной жизни. Этот термин по свидетельству медицинских психологов еще мало изучен. В отечественной психологии, по свидетельству Ф. Васюка, нет ни одной оригинальной работы по переживанию и психотерапии горя.

В зарубежной литературе есть много научных статей по этому вопросу, но с подобными примерами их психологи, очевидно, не встречались.

Да и какую психотерапию можно применить к женщине, прожившей 88 лет, похоронившей мужа и десятерых детей, 8 из них — в течение 5 лет?!

Как объяснить «стадии горя», о которых пишут психологи, когда женщина-мать ежегодно одного за другим теряет самое дорогое, что у нее есть — детей?

Как можно «постепенно пережить постигшее горе», когда ежемесячно отмечаются дни рождения и дни памяти погибших сыновей?

На эти вопросы трудно найти ответ. Очевидно, автор книги об Епистиньи Степановой В.Ф. Конов, изучив горькую судьбу Матери, дал единственно правильный ответ: «Прожить долгую жизнь — помогла ВЕРА!»

Дочь и зять Епистиньи были коммунистами, внуки — комсомольцами. Когда Епистинья молилась, они доказывали старенькой неграмотной бабушке, что Бога нет. На это Епистинья отвечала своим внукам: «Вы не верьте, но не говорите, что Бога нет!» [В. Конов, с. 310].

ЛИТЕРАТУРА

1. Василюк Ф. Психология горя. Komanda.ru
2. Конов В.Ф. Епистинья Степанова. М.: Молодая гвардия, 2005. 323 с.
3. Подвиг семьи Степановых. — <http://festival.1september.ru/>
4. Степанов Александр Михайлович: биография. — <http://www.people.su/>

Поступила 18.06.2013

SUMMARY

PHARMACOTHERAPY OF EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
A.A. Zaytsev¹, A.V. Bezlepko²
Main Military Clinical Hospital named after NN Burdenko, Moscow
¹ *Zaytsev Andrey Alexeevich, MD, professor, Head of Pulmonology Department of Main Military Clinical Hospital named after NN Burdenko, Moscow. Tel.: 8 (499) 263-56-97*
² *Bezlepko Alexandr Viktorovich, professor, Head of Pulmonology Department. Tel.: 8 (499) 263-56-97*

Presented in detail all aspects of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: cause and exacerbation criteria, the choice of treatment algorithm for the management of patients (usually the elderly), pharmacotherapy.

PNEUMONIA, «UNRESPONSIVE TO THERAPY»
A.A. Zaytsev¹, A.I. Sinopalnikov²
Main Military Clinical Hospital named after NN Burdenko, Moscow, Russian Medical Academy of Postgraduate Education
¹ *Zaytsev Andrey Alexeevich, MD, professor, Head of Pulmonology Department of Main Military Clinical Hospital named after NN Burdenko, Moscow. Tel.: 8 (499) 263-56-97. E-mail: a-zaitcev@yandex.ru*
² *Sinopalnikov Alexandr Igorevich, MD, professor, Head of Pulmonology Department of RMAPO. Tel.: 8 (499) 252-21-04*

In clinical practice it is known that nearly 18% of patients with non-severe pneumonia hospital, treated with ambulatory treatment and 6–15% of hospitalized patients do not respond to treatment as expected. And in severe pneumonia patients condition deteriorates in 40% of cases in the adequate therapy. Covered in details all aspects of the situation, which is difficult in clinical and organizational terms.

SCREENING ASSESSMENT OF THE IMPACT OF BASIC BECLOMETHASONE THERAPY ON BONE TISSUE OF THE PERIPHERAL SKELETON IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA
S.V. Zic¹, A.V. Maksimova, B.I. Gutnik
FGBOU VPO State Classical Academy named after Maimonid, Moscow
¹ *Zic Sergey Vladimirovich, MD, professor, provost of GKA named after Maimonid. Tel.: 8 (495) 951-54-97. E-mail: gka@list.ru.*

There was studied an effect on bone inhaled glucocorticosteroids, such as beclomethasone metering aerosol inhaler, in elderly patients with bronchial asthma. According to the study,

impaired bone mineral density more frequently observed in women and found in almost 50% of apparently healthy middle-aged and elderly. There was no difference in the prevalence of osteopenia in patients with asthma treated with anti-inflammatory therapy as a basic medium, and high doses of beclomethasone, regardless of the duration of treatment.

CO-OPERATIVE PATIENTS WITH ASTHMA IN OLD AGE
I.P. Evseeva¹, K.E. Vorontsov², A.A. Punin³
GBOU VPO Smolensk State Medical Academy, Russian Ministry of Public Health, Clinical Hospital № 1, Bryansk
¹ *Evseeva Irina Petrovna. Intramural graduate student of Faculty Therapy SSMA. Tel.: (4812) 39-76-48. E-mail: evseevaip@mail.ru.*
² *Vorontsov Konstantin Evgenevich, professor, main physician GKB number 1 in Bryansk. Tel.: (0832) 55-15-65. E-mail: hp1bryansk@mail.ru.*
³ *Punin Alexandr Alexeevich, MD, professor, Head of Department of Therapy of SGMA. Tel. (4812) 27-11-06. E-mail: factherapy@mail.ru.*

Discussed the cooperativeness of elderly and senile patients in the treatment of bronchial asthma. Underscores the importance of a doctor and an elderly patient in achieving asthma control. Defined index of cooperation of elderly and factors that have an influence on him. Rated control of asthma compared with those of young and middle-aged.

PNEUMONIA IN GERONTOLOGICAL PRACTICE – PNEUMONIA RELATED TO MEDICAL CARE
V.G. Lychev¹, E.B. Klester²
KGBUZ City hospital № 4, Barnaul
¹ *Lychev Valerji Germanovich, MD, professor, Head of the Department of Hospital and outpatient therapy with courses of occupational diseases and endocrinology of GBOU VPO FBOY BIIO Altai State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation. Tel.: (3852) 40-56-57.*
² *Klester Elena Borisovna, MD, assistant of the Department of Hospital and outpatient therapy with courses of occupational diseases and endocrinology of GBOU VPO FBOY BIIO Altai State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation. Tel.: (3852) 40-56-57. E-mail: klester@bk.ru.*

The data of the prevalence of pneumonia associated with medical care, patients with middle and old age. A personalized approach to the management of patients with this pneumonia necessarily taking into account the correction and comorbidity, they will reduce the duration of hospitalization and improve the prognosis.

AGE FEATURES OF INDICATORS OF FORCED RESPIRATION

I.B. Isupov, E.Y. Nadezhkina¹, O.S. Filimonova

Volgograd State Pedagogical University

¹ *Nadezhkina Elena Yurevna, PhD, Senior Lecturer of Department of morphology, physiology, and medical and educational disciplines of VGPU. Tel.: 8-903-316-08-02. E-mail: gurinae@mail.ru.*

A study of age-related changes in the values of forced spirometry in older people, old age and longevity in comparison with people in the age of 18–22. According to the study, rates of forced spirometry are informative in elderly and senile age for the two-second interval of the expiratory phase, but differential spirometry parameters decrease with increasing age.

MODERN APPROACH TO TREATMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS IN ELDERLY AND OLD AGE

H-M.N. Dzhililov, T.V. Tsarueva¹, M.S. Saidov, G.M. Gaziyev, A.N. Dzhililova, D.N. Dzhililova, B.M. Saidova

Dagestan State Medical Academy, Geriatric Center, Makhachkala

¹ *Tsarueva Tamara Velievna, The Republic of Dagestan. Tel.: 8-928-567-24-23*

The article reflects the modern approach to the treatment of chronic bacterial prostatitis in patients with middle and old age. We propose a generation fluoroquinolone levofloxacin III. It was found that the antibiotic is a highly effective and safe drug.

AGING OF POPULATION AND HEALTHCARE MODERNIZATION PROGRAMS

I.A. Geht¹, G.B. Artemeva²

Samara State Medical University, Regional Health Insurance Fund of the Ryazan region

¹ *Geht Igor Abramovich, MD, professor, Head of Health Insurance Department of SGMU, Honoured Doctor of the Russian Federation. Tel.: 8-917-159-30-36. E-mail: geht@samfoms.ru.*

² *Artemeva Galina Borisovna, PhD, executive director of the Ryazan regional fund of obligatory medical insurance. Tel.: 8-903-641-78-44. E-mail: agb@rofoms.ryazan.ru.*

Current demographic trends in the country should be taken into account in the modernization of health care. And one of the important problems is the aging of the population, which requires not only the implementation of social development projects, but also the activities of medical and economic nature, which are an integral part of the modernization program of medical care.

RUSSIAN SCIENTIFIC AND TECHNICAL GERONTOLOGY CENTER: PAST AND PRESENT

I.V. Arkhinov, T.I. Grekova, V.A. Kostenko¹, V.I. Doneov

State Organization RUSSIAN SCIENTIFIC AND TECHNICAL GERONTOLOGY CENTER, Moscow, Moscow State Medical and Dental University, Gerontology Department

¹ *Kostenko Vera Alexandrovna, MD.*

Tel.: 8 (495) 435-02-88. E-mail: peredelkino-gc.ru.

History of the House Veterans Peredelkino was always interesting. Almost 20 years – Gerontology Center, and since 2011 – Scientific and Technical Gerontology Center with the lead agency for the organization of the country, extension, representation of inpatient services to elderly and senile age.

HEALTH-SOCIAL CHARACTERISTICS TUBERCULOSIS CASES IN THE FAMILIES

N.N. Guseva¹, A.E. Dityatkov, V.Y. Mishin

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov, the Moscow Research Center for TB

¹ *Guseva Natalya Nikolaevna, graduate of III Course MSMSU named after AI Evdokimov, the doctor of local anti-tuberculosis dispensary clinical № 12.*

Tel.: 8-916-415-40-79. E-mail: mandren@rambler.ru.

A retrospective research was to study the family tuberculosis infection, medical-social characteristics of cases, dependence of TB among contacts of prophylactic treatment, as well as negative factors in these families. According to a study shows the danger of family homesteads, 5 in the apartment next to the hearth became ill with tuberculosis neighbor (12,8 ± 5,3%), hence the need to expand the range of surveyed contacts. The data obtained will adequately plan TB control in the hearth.

GENDER CHARACTERISTICS OF A SOCIAL PORTRAIT OF CENTENARIANS.

MESSAGE ONE

B.A. Kaurov¹, T.Sh. Adeishvili², E.B. Matiukhina³, A.A. Shcherogorov⁴

Branch GBOU VPO RNIMU named after Pirogov of Russian Ministry of Health, «NCC Gerontology», Moscow

¹ *Kaurov Boris Alexandrovich, PhD, Senior Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: bokar@mail.ru.*

² *Adeishvili Tamara Shalvovna, PhD, Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: tamaraae@yahoo.com.*

³ *Matiukhina Elena Borisovna, Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: 5409316@mail.ru.*

⁴ *Shcherogorov Alexandr Alexandrovich, MD, Head of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: sa-56@mail.ru.*

Based on the statistical analysis of the survey data were examined gender-specific social portrait of centenarians aged 85 years and older. In this report, addressed issues related to anthropometric data, medical history and part family analysis of centenarians. The results found no significant gender differences on most of the parameters studied. Our data largely coincided with those obtained by other authors in the study of centenarians different regions of Russia. At the same time revealed differences due to place of residence centenarians.

GENDER CHARACTERISTICS OF A SOCIAL PORTRAIT OF CENTENARIANS. MESSAGE TWO

B.A. Kaurov¹, T.Sh. Adeishvili², E.B. Matiukhina³, A.A. Sheherogorov⁴

Branch GBOU VPO RNIMU named after Pirogov of Russian Ministry of Health, «NCC Gerontology», Moscow

¹ *Kaurov Boris Alexandrovich, PhD, Senior Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: bokar@mail.ru.*

² *Adeishvili Tamara Shalvovna, PhD, Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: tamarae@yahoo.com.*

³ *Matiukhina Elena Borisovna, Researcher of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: 5409316@mail.ru.*

⁴ *Sheherogorov Alexandr Alexandrovich, MD, Head of the Branch RNIMU named after Pirogov, Russian Ministry of Health, «NCC gerontology». E-mail: sa-56@mail.ru.*

Based on the statistical analysis of the survey data examined gender-specific social portrait of centenarians aged 85 years and older. We consider certain aspects of family and labor history, bad habits, and some of the vital interests of the social aspects of centenarians. Despite the fact that the centenarians of both sexes living in different regions of Russia with differing social and living and environmental conditions, most of the indicators, which can be judged by history of life, they did not differ significantly from each other at the time of the survey. This may be evidence for the hypothesis that gender differences in many indicators related to the social portrait of the people at the transition of the latter in the category of long-lived decline. The question about the need for a unified questionnaire survey of centenarians.

VOBENZIM TREATMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS IN ELDERLY AND OLD AGE

H-M.N. Dzhalilov, T.V. Tsarueva¹, M.S. Saidov, A.N. Dzhalilova, D.N. Dzhalilova, B.M. Saidova

Dagestan State Medical Academy, Geriatric Center, Makhachkala

¹ *Tsarueva Tamara Velievna, The Republic of Dagestan. Tel.: 8-928-567-24-23*

ORGANIZATION OF HEALTH AND SOCIAL CARE FOR PERSONS OUTPATIENT AT «GOLD» AGE

E.M. Shpilyanskyi¹, N.I. Yakovleva, L.G. Vershinina, T.B. Agafonova

CCU Department of Health in South-Western Administrative District, the First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Department of Social Welfare South-Western Administrative District, City clinic number 22 Department of Health, Moscow

¹ *Shpilyanskyi Eduard Markovich, MD, professor, PMGM Department of Public Health and Preventive Medicine. Tel.: 8-915-437-00-31.*

NIELS BOHR 1885–1962

DANISH PHYSICIST, A FOREIGN MEMBER OF THE ACADEMY OF SCIENCES OF THE USSR, LAUREATE OF THE NOBEL PRIZE

E.M. Shpilyanskyi¹

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

¹ *Shpilyanskyi Eduard Markovich, MD, professor, PMGM, Department of Public Health and Preventive Medicine. Tel.: 8-915-437-00-31.*

STEPANOVA EPISTINYA FEDOROVNA 1882–1969

GREAT RUSSIAN MOTHER, HAS PUT ON THE ALTAR OF THE HOMELAND NINE SONS

E.M. Shpilyanskyi¹

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

¹ *Shpilyanskyi Eduard Markovich, MD, professor, PMGM, Department of Public Health and Preventive Medicine. Tel.: 8-915-437-00-31.*

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

А.А. Зайцев, А.В. Безлепка 3

ОБЗОР

ПНЕВМОНИЯ, «НЕ ОТВЕЧАЮЩАЯ НА ЛЕЧЕНИЕ»

А.А. Зайцев, А.И. Синопальников 9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БАЗИСНОЙ
ТЕРАПИИ БЕКЛОМЕТАЗОНОМ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СКЕЛЕТА У БОЛЬНЫХ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.В. Зиц, А.В. Максимова, Б.И. Гутник 17

КООПЕРАТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

И.П. Евсеева, К.Е. Воронцов, А.А. Пунин 22

ПНЕВМОНИЯ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ –
ПНЕВМОНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Г. Лычев, Е.Б. Клестер 26

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ФОРСИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ

И.Б. Исупов, Е.Ю. Надежкина, О.С. Филимонова 31

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Х-М.Н. Джаллилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов,
Г.М. Газиев, А.Н. Джаллилова, Д.Н. Джаллилова,
Б.М. Саидова 34

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОГРАММЫ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева 37

EDITORIAL

PHARMACOTHERAPY OF EXACERBATIONS
OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A.A. Zaytsev, A.V. Bezlepko 3

REVIEW

PNEUMONIA, «UNRESPONSIVE TO THERAPY»

A.A. Zaytsev, A.I. Sinopalnikov 9

ORIGINAL ARTICLES

SCREENING ASSESSMENT OF THE IMPACT
OF BASIC BECLOMETHASONE THERAPY
ON BONE TISSUE OF THE PERIPHERAL SKELETON
IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

S.V. Zic, A.V. Maksimova, B.I. Gutnik 17

CO-OPERATIVE PATIENTS WITH ASTHMA
IN OLD AGE

I.P. Evseeva, K.E. Vorontsov, A.A. Punin 22

PNEUMONIA IN GERONTOLOGICAL
PRACTICE – PNEUMONIA RELATED
TO MEDICAL CARE

V.G. Lychev, E.B. Klester 26

AGE FEATURES OF INDICATORS OF FORCED
RESPIRATION

I.B. Isupov, E.Y. Nadezhkina, O.S. Filimonova 31

MODERN APPROACH TO TREATMENT
OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS
IN ELDERLY AND OLD AGE

H-M.N. Dzhililov, T.V. Tsarueva, M.S. Saidov,
G.M. Gaziyeu, A.N. Dzhililova, D.N. Dzhililova,
B.M. Saidova 34

LETTER TO THE EDITOR

AGING OF POPULATION AND HEALTHCARE
MODERNIZATION PROGRAMS

I.A. Geht, G.B. Artemeva 37

**ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР:
ИСТОРИЯ И НАСТОЯЩЕЕ**

И.В. Архипов, Т.И. Грекова, В.А. Костенко,
В.И. Донцов 39

СРОЧНО В НОМЕР

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЗАБОЛЕВШИХ В СЕМЕЙНЫХ ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Н.Н. Гусева, А.Е. Дитятков, В.Ю. Мишин 43

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО
ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ I**

Б.А. Кауров, Т.Ш. Адеишвили, Е.Б. Матюхина,
А.А. Щегорцов 48

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО
ПОРТРЕТА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ. СООБЩЕНИЕ II**

Б.А. Кауров, Т.Ш. Адеишвили, Е.Б. Матюхина,
А.А. Щегорцов 53

**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, В.М. Саидова 58

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Э.М. Шпилянский, Н.И. Яковлева, Л.Г. Вершинина,
Т.Б. Агафонова 61

БОР НИЛЬС

Э.М. Шпилянский 63

СТЕПАНОВА ЕПИСТИНЬЯ ФЕДОРОВНА

Э.М. Шпилянский 65

SUMMARY 67

**RUSSIAN SCIENTIFIC AND TECHNICAL
GERONTOLOGY CENTER:
PAST AND PRESENT**

I.V. Arkhinov, T.I. Grekova, V.A. Kostenko,
V.I. Doncov 39

URGENT ISSUE

**HEALTH-SOCIAL CHARACTERISTICS TUBERCULOSIS
CASES IN THE FAMILIES**

N.N. Guseva, A.E. Dityatkov, V.Y. Mishin 43

**GENDER CHARACTERISTICS OF A SOCIAL PORTRAIT
OF CENTENARIANS. MESSAGE ONE**

B.A. Kaurov, T.Sh. Adeishvili, E.B. Matiukhina,
A.A. Shcherogorecov 48

**GENDER CHARACTERISTICS OF A SOCIAL PORTRAIT
OF CENTENARIANS. MESSAGE TWO**

B.A. Kaurov, T.Sh. Adeishvili, E.B. Matiukhina,
A.A. Shcherogorecov 53

**OBENZIM TREATMENT
OF CHRONIC BACTERIAL
PROSTATITIS IN ELDERLY
AND OLD AGE**

H-M.N. Dzhailov, T.V. Tsarueva, M.S. Saidov,
A.N. Dzhailova, D.N. Dzhailova, B.M. Saidova 58

**ORGANIZATION OF HEALTH
AND SOCIAL CARE FOR PERSONS OUTPATIENT
AT «GOLD» AGE**

E.M. Shpilyanskiy, N.I. Yakovleva, L.G. Verшинina,
T.B. Agafonova 61

NIELS BOHR

E.M. Shpilyanskiy 63

STEPANOVA EPISTINYA FEDOROVNA

E.M. Shpilyanskiy 65

SUMMARY 67



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

7–8 октября 2013 года

г. Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.mgnot.ru

E-mail: gerontology@zdrav.net

Уважаемые коллеги!

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 7–8 октября 2013 года XVIII Международной научно-практической конференции.
Место проведения: гостиница «Холидей Инн» Сокольники г. Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс. Деятельность благотворительных организаций.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, гастроэнтерология и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов, заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультисциплинарных блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предваренная вводной лекцией. Предлагается обсуждение следующих тем: «Инсульт: от профилактики до реабилитации», «Пневмонии: от поликлиники до интенсивной терапии», «Спорные вопросы тромбопрофилактики и терапии» и др.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2013 г.

Бронирование номера в гостинице до 10 сентября 2013 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков – до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала можно разместить ON LINE на сайте, заполнив соответствующую форму или переслать в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования – ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательно – цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. **Дополнительно предоставляется:** контактная информация одного из авторов, информация об учреждении: отдел, организация/больница, город, страна.

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы сможете **ONLINE**, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров – оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001