

*Медико-технологическое
предприятие
НБЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

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

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук
Импакт-фактор РИНЦ на 2011 г. 0,210

Издательство НБЮДИАМЕД

Директор издательства:
Буланова В.А.

Адрес редакции:

115446, Москва,

МТП Ньюдиамед, а/я 2

Кафедра гематологии и гериатрии

Тел./факс 8-495-729-83-74

E-mail: mtpndm@dol.ru

Internet: www.zdrav.net

zdravkniga.net

*Оригинал-макет изготовлен
издательством НБЮДИАМЕД*

Зав. редакцией: Буланова В.А.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О. В.

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

Том 20

11-12-2014

(Ноябрь-Декабрь)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© *Издательство НБЮДИАМЕД*

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8

Печ. листов 8. Заказ № КГ11-1214

Отпечатано в ООО «Авансед солнцез»

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

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),

Е.И. Асташкин,

З.А. Габбасов,

И.Н. Денисов,

А.А. Зайцев,

Е.В. Исакова,

Ю.В. Конев,

Л.С. Краснова,

Л.Б. Лазебник,

А.И. Мартынов,

Е.Л. Насонов,

Н.И. Некрасова,

В.Е. Ноников,

В.А. Парфенов,

Т.А. Федорова,

Н. А. Хитров,

В.В. Цурко,

Н.П. Чернусь

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан),

Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),

А.И. Воробьев (Москва),

Л.М. Белозерова (Пермь),

В.С. Гасилин (Москва),

В.Г. Герасимов (Ярославль),

Ф.И. Комаров (Москва),

Г.П. Котельников (Самара),

Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),

В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),

А.Л. Хохлов (Ярославль),

В.В. Чельцов (Москва),

А.И. Яковлев (Москва),

О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство НБЮДИАМЕД, Москва, 2014

ДОГОВОР

1. Автор ... направляет для публикации в журнале «Клиническая геронтология» статью, освещающую фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии.
2. Статья построена по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание оригинальных исследований структурировано по разделам: материал и методы, результаты, обсуждение, выводы.
3. Статья представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Переноса слов нет.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не превышает 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В статье на русском и английском языке указаны следующие данные:
 - фамилия, имя, отчество авторов (полностью),
 - место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание,
 - контактная информация для публикации (почтовый адрес, телефон, e-mail).
 - название статьи,
 - аннотация,
 - ключевые слова.
7. Автор указывает на наличие (отсутствие) конфликта интересов (наличие или отсутствие личных интересов, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов в кратком виде публикуется после статьи.
8. Автор предоставляет информацию об источниках финансирования работ, описанных в статье.
9. Материал статьи тщательно выверен автором, редакция корректуру не высылает.
10. Статистическая обработка проведена со ссылкой на рассчитываемые параметры.
11. Математические и химические формулы написаны с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
12. Рисунки представлены в электронном виде в графическом редакторе и в распечатанном виде, доступны для редактирования. К статье приложено минимальное количество рисунков. В связи с тем, что журнал публикуется в черно-белом варианте, диаграммы и графики оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов. Рисунки не содержат текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте есть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть хорошего качества.
13. К статье приложен (не приложен) список цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте даны в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы выполнен согласно требованиям ГОСТа Р 7.0.5 – 2008. Например: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии [Электронный ресурс] // Клиническая геронтология. 1995. № 6. С. 56–59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИАМЕД, 2007. С. 241–246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: 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 616.624–009.112–91

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН КОМБИНАЦИЕЙ ВЫСОКИХ ДОЗ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОВ

К.В. Косилов¹, С.А. Лопарев², М.А. Красных³, Л.В. Косилова⁴

¹ Косилов Кирилл Владимирович, д-р мед. наук, профессор кафедры теории и методики АФК ШКИС Дальневосточного федерального университета, г. Владивосток. Тел.: 8(4232) 457-693.

² Лопарев Сергей Александрович, врач-уролог высшей квалификации. МУЗ Городская б-ца № 4, г. Владивосток. Тел.: 8(4232) 639-589.

³ Красных Марина Анатольевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры ВГМУ.

⁴ Косилова Лидия Викторовна, врач функциональной диагностики, высшей категории. МУЗ Детское мед-объединение № 2, г. Владивосток. Тел.: 8(4232) 639-625.

АФК ШКИС Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток

МУЗ Городская б-ца № 4, г. Владивосток

ВГМУ

МУЗ Детское медобъединение № 2, г. Владивосток

Представлены данные исследования эффективности и безопасности лечения пожилых женщин (средний возраст 68,3 года) с уродинамически подтвержденным гиперактивным мочевым пузырем (эпизоды недержания мочи, поллакиурия, императивные позывы к мочеиспусканию). Применение двух препаратов м-холиноблокаторов в повышенных дозах оказалось эффективным методом лечения пациенток, когда лечение одним препаратом было безрезультатно. Побочные эффекты при этом отмечаются в равной степени у пациенток, получавших как один, так и два препарата.

Ключевые слова: симптомы гиперактивности мочевого пузыря, м-холиноблокаторы

EFFICACY AND SAFETY OF OF CORRECTION OF SYMPTOMS OF OVERACTIVE BLADDER IN ELDERLY WOMEN WITH COMBINATION OF HIGH DOSES OF ANTIMUSCARINIC DRUGS

K.V. Kosilov¹, S.A. Loparev², M.A. Krasnykh³, L.V. Kosilova⁴

¹ Kosilov Kirill Vladimirovich, MD, professor of Department of theory and methodology AFC SHKIS Far Eastern Federal University, Vladivostok. Tel.: 8(4232) 457-693.

² Loparev Sergey Aleksandrovich, urologist of higher qualification. Municipal Hospital № 4, Vladivostok. Tel.: 8(4232)639-589.

³ Krasnykh Marina Anatolevna, PhD, Assistant of the Department VSMU.

⁴ Kosilova Lidya Viktorovna, doctor of functional diagnostics, the highest category. MUZ Children Hospital and Polyclinic № 2, Vladivostok. Tel.: 8(4232) 639-625.

FC SHKIS Far Eastern Federal University, Vladivostok

Municipal Hospital № 4, Vladivostok

VSMU

MUZ Children Hospital and Polyclinic № 2, Vladivostok

Presented data from a study of efficacy and safety of treatment of older women (average age 68.3 years) with a confirmed urodynamically overactive bladder (incontinence episodes, pollakiuria, urgency to urinate). Application of two m-cholinergic antagonists in high doses has been effective treatment for patients when treatment with one drug was to no avail. Side effects are observed equally in patients treated with both one and two drugs.

Kew words: overactive bladder, older women, Pharmacologic Treatments, Muscarinic antagonists, Side-effects, Tolterodine, Trospium, Oxybutynin, Solifenacin, Combination Antimuscarinics, Urodynamic monitoring

50% женщин с недержанием мочи обращаются за медицинской помощью. Многие обсуждение симптомов гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) считают неудобным или полагают, что проблемы, связанные с недержанием мочи и частыми позывами к мочеиспусканию — естественный элемент старения. У многих женщин старше 65 лет такие симптомы, как повышение частоты мочеиспускания, ноктурия (императивные позывы к мочеиспусканию), стрессовое недержание мочи, затрудненное опорожнение мочевого пузыря наблюдаются часто. Их причинами считаются, как правило, гиперактивность детрузора и снижение тонуса мышц тазового дна [1-8].

Распространенность ГАМП у женщин быстро увеличивается с возрастом, особенно после 45 лет. Имеются сообщения о распространенности ГАМП у 33% женщин старше 65 лет, причем примерно у 66% из них проблема осложняется эпизодами недержания мочи. Пожилые женщины с ГАМП имеют значительные нарушения в качестве жизни по сравнению с пациентами, имеющими другие хронические заболевания [9-11]. Денежные расходы на лечение ГАМП и поддержание личной гигиены значительны и, по оценкам специалистов, сопоставимы с расходами при такой хронической патологии, как остеопороз, рак молочной железы, артрит [12-15].

По данным специальной литературы, ГАМП у женщин формируется на принципиально другом фоне, чем у мужчин. В отличие от обструктивно-го влияния простаты у мужчин, на формирование гиперактивности пузыря у пожилых женщин влияет, прежде всего, гормональный статус,

состояние мышц тазового дна и органов малого таза [16-19].

Известно, что нижние мочевые пути эстроген-чувствительны. Эстрогены влияют на созревание клеток эпителиальных структур нижних мочевых путей, и их низкий уровень может способствовать снижению дифференцировки мышечных клеток пузыря, что может приводить к нарушению их сократимости. Эстрогены оказывают влияние и на состав коллагена в нижних мочевых путях. Исследования показали, что терапия эстрогенами сопровождается снижением общей концентрации и жесткости коллагена, а также повышением уровня продуктов деградации коллагена в периуретральных тканях [14,20-25].

Пролапс тазовых органов (ПТО) и ГАМП у пожилых женщин часто диагностируются одновременно, однако взаимообусловленность патогенеза этих состояний в настоящее время мало известна. По данным специальной литературы, почти у 50% рожавших женщин имеется некоторая степень пролапса и только у 20% из них — соответствующая симптоматика. Некоторые авторы сообщают, что до 20–70% женщин с ПТО отмечают у себя симптомы гиперактивности мочевого пузыря. Предпринимались попытки объяснить гиперактивность пузыря при ПТО механическим травмированием интрамуральных ганглиев и проводящих афферентных структур детрузора, однако патофизиология этого процесса остается в настоящее время неясной [26–28].

Предполагают, что ряд патологических состояний, типичных для пожилого возраста, является возможным фактором, способствующим ги-

перактивности мочевого пузыря. Такое заболевание, как инсулт может влиять на контроль центральной нервной системой нижних мочевых путей, ухудшает ее мобильность и эффективность, что в конечном счете может способствовать развитию ГАМП-симптомов. Сахарный диабет может усугубить ГАМП за счет полиурии и диабетической нейропатии мочевого пузыря. Ишемическая болезнь сердца может провоцировать венозную недостаточность и способствовать поллакиурии и никтурии из-за мобилизации жидкости, особенно в положении лежа [29-35].

Лечение пациентов с симптомами гиперактивного мочевого пузыря требует целенаправленной диагностической оценки. Адекватная оценка симптомов гиперактивности мочевого пузыря предполагает использование Руководства Европейской ассоциации по недержанию мочи (Guidelines on Urinary Incontinence European Association of Urology; 2009) [36,37]. Уродинамическое исследование в настоящее время рассматривается как достаточно доказательный способ в оценке функционального состояния нижних мочевых путей и верификации ГАМП. В клинической практике используются различные дневники и вопросники, разработанные специально для женщин и касающиеся симптомов функционального поражения нижних мочевых путей, таких как частота, объем и характер мочеиспускания, наличие эпизодов недержания и некоторых других. Все пациенты перед специальным исследованием проходят общее медицинское обследование, включающее ректальное исследование, электрокардиограмму, клинический анализ крови и общий анализ мочи для исключения мочевого синдрома [38-43].

Использование м-холиноблокаторов считается стандартным фармакологическим подходом к лечению ГАМП. Ни один препарат в настоящее время не является очевидно более эффективным для лечения ГАМП у пожилых женщин. Подобное положение обусловлено минимальным количеством публикаций о парном сравнении эффективности м-холиноблокаторов у пожилых женщин, и, как правило, относительно коротким периодом (до 12 недель) наблюдения [44-47].

Все антихолинергические препараты могут вызывать раздражающие пожилых пациентов побочные эффекты. Наиболее распространенный из них — сухость во рту. Достаточно часто

отмечаются также запор, гастроэзофагеальный рефлюкс, диарея, снижение четкости зрения, задержка мочи, сыпь, а также умеренное влияние этих препаратов на когнитивные функции [48-51].

Среди антихолинергических средств только оксибутинин, солифенацин, толтеродин и тропспия хлорид имеют высокий уровень доказательства эффективности; из них оксибутинин и толтеродин изучены наиболее широко [52-58].

Однако и эти препараты у некоторых пациентов не оправдывают ожиданий из-за побочных эффектов или недостаточного терапевтического действия. С другой стороны, Madersbacher и соавт. [16], как и другие авторы, указывают, что почти 30% их пациентов, страдавших от постоянной гиперактивности детрузора, отмечали повышение их эффективности с увеличением дозы или подключением второго м-холиноблокатора.

В более ранних исследованиях мы добились повышения терапевтического эффекта от удвоения дозы антимускариновых препаратов без увеличения побочных эффектов. В течение 2 лет наблюдения мы отмечали, что побочные эффекты не стали более частыми, и выраженность их не возрастает по сравнению с приемом в рекомендуемой производителем дозе. Однако некоторые пациенты, получавшие повышенные дозы этих препаратов, по-прежнему продолжали страдать от недержания мочи и никтурии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Отбор пациентов — женщин старше 65 лет — проводили двойным слепым методом, это была вторая фаза клинического испытания, проводимого с 2008 г. в уродинамическом центре Приморского краевого диагностического центра (Владивосток, РФ). С 2009 по 2011 г. 30 женщин старше 65 лет, ранее получавших повышенную дозу м-холиноблокатора, симптомы ГАМП у которых не удалось снять, и у которых были мягкие или отсутствовали побочные эффекты, составили группу обследования.

Согласно протоколу, женщины с постоянной нестабильностью детрузора — симптомами гиперактивности нижних мочевых путей были в возрасте 65 лет и старше, с нормальной массой тела, соответствующей возрасту ЭКГ, у них отсутствовали хронические заболевания висцеральных органов в стадии обострения. Отобранная таким образом группа состояла из 30 женщин со средним возрастом 68,5 года (диапазон 65–74 года).

Основные критерии невключения в группу — некомпенсированная ИБС, закрытоугольная глаукома, тахикардия, миастения, аллергия и другие тяжелые расстройства здоровья.

Сопутствующее лечение другими антихолинэргическими препаратами, антидепрессантами, β -симпатомиметиками не допускалось. До исследования письменное информированное согласие получено от каждого пациента [36, 37]. У всех пациентов диагностирован (как в исходном, так и в настоящем исследовании) уродинамически подтвержденный нейрогенный гиперактивный мочевой пузырь с недержанием мочи, снижением емкости мочевого пузыря и повышением внутрипузырного давления.

Пациентки были распределены на 3 заранее определенные группы лечения в зависимости от того, какой препарат они получали в исходном курсе лечения. Каждой из пациенток была сохранена увеличенная доза исходного препарата, и добавлен второй м-холиноблокатор в дозе, рекомендуемой производителем [44,60-63]. Все пациентки находились под постоянным амбулаторным наблюдением в течение 6 недель. Доза каждого препарата изменялась по мере необходимости в соответствии с информацией от пациентов и наблюдением за их дневниками. В результате лечение переносилось ими, как правило, без осложнений функционального характера и с минимальными побочными эффектами.

Уродинамические исследования (цистоманометрия, урофлоуметрия, профилометрия уретры, ректальная миография, видеоцистография) рассматриваются в настоящее время как весьма ценный способ для оценки пациентов с симптомами ГАМП, и большинство экспертов сходятся во мнении, что они обеспечивают наиболее точную диагностику нарушений в нижних мочевых путях [38,39,64].

Перед началом исследования всем пациентам проведено исследование мочевого статуса для исключения некорректных измерений, связанных с мочевой инфекцией в нижних мочевых путях. При наличии инфекции пациент получал соответствующее лечение и обследовался заново через 2–3 недели. Если инфекция была обнаружена повторно (2 эпизода в течение месяца), пациент отстранялся от дальнейшего исследования. Кроме того, каждому пациенту проводилась повторная уродинамическая экспертиза для подтверждения диагноза ГАМП. Состояние уродинамики нижних мочевых путей оценивали в соответствии с руководящими принципами Международного общества воздержания (ICS) [36,37,64]. Для уродинамического обследования была использована уродинамическая система «Relief-01» (DALPRIBOR, Vladivostok, Russia) с двойным катетером microtip (UROBAR, 9 гл; Raumedic AG, Helmbrechts, Германия); были записаны и проанализированы: макси-

мальная емкость мочевого пузыря, рефлекс объема мочевого пузыря, максимальное давление в детрузоре, эластичность детрузора.

Мочевой пузырь наполняли теплым (37 °C) изотоническим раствором (0,9% NaCl) через трансуретральный катетер со скоростью заполнения 20 мл/мин. Для расчета внутрипузырного давления баллон ректального давления вводили в прямую кишку, чтобы зарегистрировать внутрибрюшное давление, одновременно внутрипузырное давление измеряли через второй канал катетера, введенного в мочевой пузырь. Регистрировали также электромиограммы мышц тазового дна с электродов, прикрепленных к промежности, и объем поступающей в пузырь жидкости.

Уродинамическое исследование проводилось до начала обследования, на 6-й неделе и по окончании 4-го месяца от начала лечения. Уродинамические параметры для эффективного лечения: изменение внутрипузырного давления не менее 40 см водяного столба, повышение емкости мочевого пузыря до 300 мл и более, повышение его эластичности более 25 мл/см водяного столба. Терминология исследования и уродинамических параметров следует из рекомендаций Международной ассоциации по недержанию мочи Европейского урологического общества [19,36,64].

Все участники исследования вели дневник мочеиспускания, в которых фиксировалось время мочеиспускания, количество выделенной мочи, время приема медикаментов, время и количество потребленной жидкости, эпизоды недержания, наличие и характер побочных эффектов. Запись потребленной жидкости была необходима для обеспечения у пациентов постоянной гидратации во время исследования [65,66].

Статистические методы. Первоначальные данные были собраны с помощью прикладной программы Excel стандартного пакета Microsoft-XP (Microsoft-Rus, Владивосток, Россия) и проанализированы с использованием программ статистического анализа JMP SAS Statistical Discovery 8.0.2 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Тесты Вилкоксона и Крускала–Уоллиса были задействованы для сравнения результатов в каждой группе до и после добавления еще одного препарата. Односторонний анализ дисперсии (ANOVAs) с критерием Туки–Крамера был использован для сравнения эффектов в трех группах. Значения стандартного отклонения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате комбинированного лечения количество эпизодов недержания мочи снизилось в среднем от 6 до 2 событий в день. Медиана емкос-

Таблица 1

Суточные дозы м-холиноблокаторов, полученные пациентами в процессе первичного (монотерапия) и повторного (сочетанная терапия) курсов лечения (n = 30)

Группы пациентов		Рекомендуемая доза	Удвоенная доза		День лечения																
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	..23	..37	..41
A (n = 7)	Trospium	30	60	Повторный курс лечения	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Oxybutynin				10	10	15	15	20	20	25	25	15	15	20	20	20	20	20	20	20
B (n = 13)	Trospium	30	60	Повторный курс лечения	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Tolterodin				4	4	4	4	8	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
C (n = 10)	Trospium	30	60	Повторный курс лечения	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Solifenacin				20	20	20	20	40	40	40	20	20	20	20	30	30	30	30	30	30

ти мочевого пузыря увеличилась (183–329 мл), как и рефлекс объема (138–269 мл); растяжимость (эластичность) детрузора также повысилась (в среднем с 15 до 33 мл/см водяного столба). Девять пациентов сообщили о побочных эффектах, один из-за этого прекратил успешное лечение. Трое других пациентов не достигли удовлетворительного результата, хотя побочные эффекты у них не зафиксированы.

Терапевтический алгоритм. В группе А (n = 7, средний возраст 70, 2 года; SD ± 10,3) пациенты получали 60 мг тропсия хлорида и оксибутинин от 10 до 25 мг (табл. 1). В группе В (n = 13, средний возраст 67,1 года; SD ± 7,2) – 60 мг тропсия хлорида и толтеродин от 4 до 8 мг. В группе С (n = 10, средний возраст 68,9 года; SD ± 6,6) – тропсия хлорида 60 мг и солифенацин 20–40 мг.

Побочные эффекты. Все пациенты должны были обращать внимание и описывать в дневнике следующие расстройства: сухость во рту, ухудшение зрения, головокружение, тошнота, рвота, сыпь, сухость кожи, нервозность, нарушения сна, когнитивные нарушения, ухудшение памяти, галлюцинации, спутанность сознания, боль в животе, вздутие, газы, а также любые другие нарушения здоровья [65,66]. Девять пациенток сообщили о побочных эффектах при комбинированной терапии двумя препаратами (табл. 2). У 8 пациенток были побочные эффекты слабо

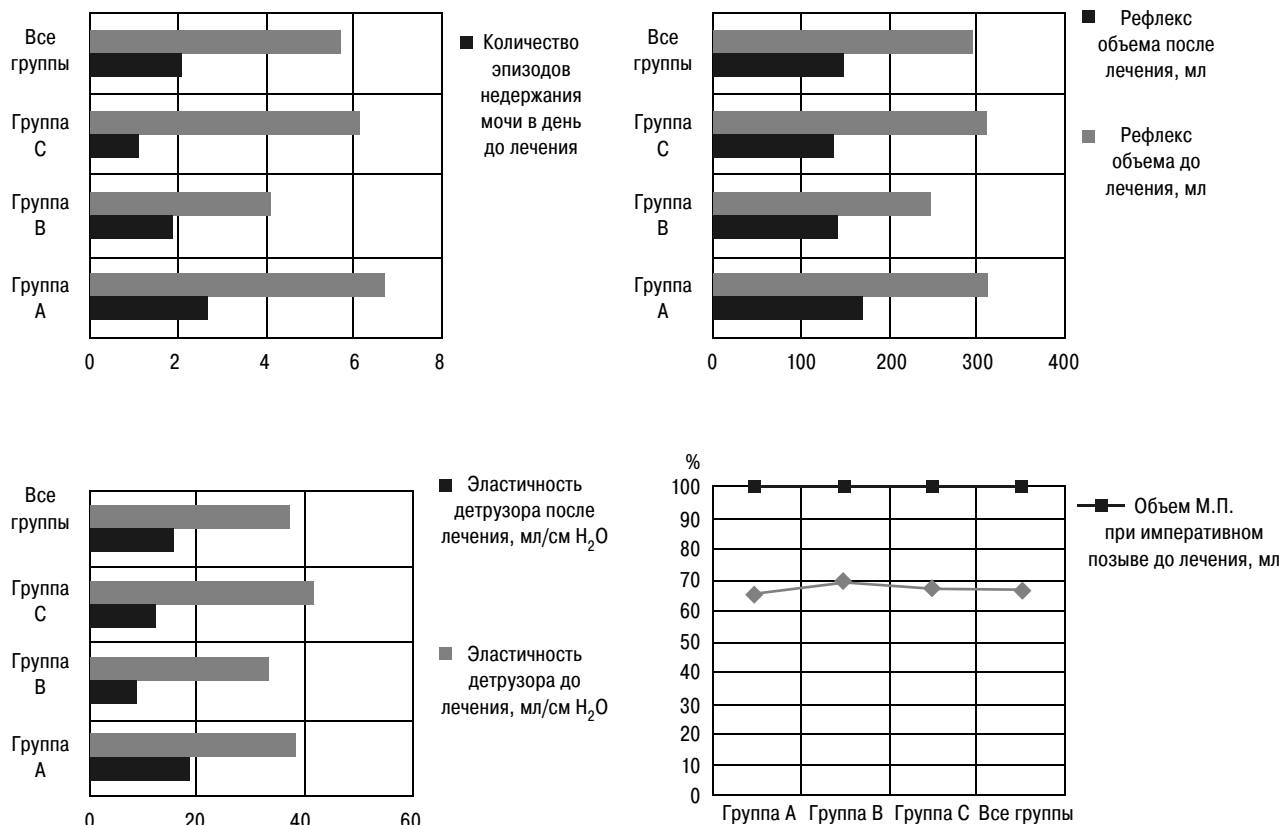
выраженные, поэтому комбинированная терапия была продолжена, в 2 случаях – с уменьшением дозы препаратов. У 1 пациентки лечение прекращено в начале исследования (на 8-й день)

Таблица 2

Побочные эффекты и выбывшие пациенты (n = 30)

Побочный эффект	Группы пациентов		
	A	B	C
Сухость во рту	2 (1)	2 (0)	1 (0)
Ухудшение зрения	0	1	0
Головокружение	0	1	0
Тошнота, рвота	0	1	0
Сыпь	0	0	0
Сухость кожных покровов, кожный зуд	0	0	0
Психоэмоциональная лабильность	0	0	0
Нарушение сна	0	0	0
Когнитивные нарушения	0	0	0
Ухудшение памяти	0	0	0
Галлюцинации	0	0	0
Боль в области живота, вздутие, метеоризм	1	0	0
Другие расстройства самочувствия	0	0	0
Отказ от лечения из-за побочных эффектов	1	0	0
Прекращение лечения из-за неудовлетворительного результата	2	1	0

Примечание. В скобках — отказ от дальнейшего лечения из-за побочных эффектов.



Количество эпизодов недержания мочи в сутки, рефлекс объема (мл), эластичность детрузора в мл/см вод. ст., объем МП при императивном позыве (мл) у больных до и после курса лечения.

из-за побочного эффекта — непереносимой сухости во рту.

Из-за неудовлетворительных результатов лечения от добавления второго препарата выбыли 3 пациента (см. табл. 1, 2), они прекратили прием препаратов на 9-й, 23-й и 37-й день лечения.

Данные уродинамического результата исследования (рисунок). В группе А (прием тропсия хлорида и оксibuтинина) количество эпизодов недержания мочи снизилось в среднем с 6,7 до 2,7 в день. Отмечено увеличение рефлекса объема в среднем от 169 до 311 мл, максимальной емкости мочевого пузыря со 190 до 355 мл, повышение эластичности детрузора с 19 до 38 мл/см водяного столба). В группе В (прием тропспиума и толтероидина) усредненный показатель количества эпизодов недержания сократился с 4,1 до 1,9 событий, рефлекс объема увеличился с медианного значения 142 до 246 мл, максимальная емкость мочевого пузыря поднялась с 163 до 366 мл, значение эластичности детрузора повысилось с 9 до 33 мл/см H₂O. Ана-

логичный результат был зафиксирован и в группе С. В табл. 3 приведены также усредненные значения уродинамических параметров для всех трех групп.

Как видно из табл. 3, уродинамические маркеры состояния гидродинамики нижних мочевых путей у пациентов в группе С после курса лечения оказались несколько лучше по сравнению с другими группами, но различия не были статистически значимыми ($p \geq 0,05$). Наибольшую статистическую значимость имели различия максимальной емкости мочевого пузыря в группах В и С — соответственно до и после лечения, а также эластичности детрузора в группе С ($p < 0,01$, ANOVA). По остальным параметрам во всех группах значимость различий не превышала значения $p < 0,05$. Представленные в таблице данные получены из уродинамической оценки состояния нижних мочевых путей непосредственно после курса лечения двумя антиму斯卡риновыми препаратами. Окончательная оценка состояния пациентов (по дневникам и данным уродинамического исследования) выполнена через 4 мес

после курса лечения. Полученные результаты, хотя и оказались несколько хуже, чем непосредственно после лечения, статистически достоверно от них не отличались, поэтому мы сочли их воспроизведение в данной статье неоправданным.

Использование м-холиноблокаторов в рекомендуемой дозировке примерно у 33% пожилых женщин не вызывает достаточного клинического эффекта [14,44-46,62,63]. Это обуславливает необходимость поиска новой тактики консервативного лечения этих пациентов.

В специальной литературе имеются сообщения об одновременном использовании двух м-холиноблокаторов с разным спектром воздействия на рецепторный аппарат детрузора для повышения эффективности курсовой терапии. Имеются также данные, что увеличение доз этих препаратов, как правило, не увеличивает число и выраженность побочных эффектов в статистически значимом выражении [44,60,61]. На этом основании тем пациентам, которые на первом этапе терапии ГАМП не получили удовлетворительного результата, на втором мы увеличили исходную дозу препарата в 1,5–2 раза и добавили еще один м-холиноблокатор.

Группа исследователей до нас [В. Amend, Дж. Hennenlotter, Т. Шефер, М. Horstmann,

А. Stenzl, К.-Д. Зиверт, 2008] уже использовали комбинированное лечение высокими дозами м-холиноблокаторов. Однако этими авторами использовалась другая, отличная от предложенной комбинация препаратов, и исследование не проводилось специально у пожилых женщин. Кроме того, мы использовали повышенные дозы м-холиноблокаторов только на втором этапе исследования, а также исследовали расширенный спектр побочных эффектов.

Результат (см. табл. 3), который был получен в популяции пожилых женщин после группировки данных и статистического обсчета, статистически позволил судить о значительном увеличении рефлекторного объема, максимальной емкости мочевого пузыря, и эластичности детрузора в рамках проведенного лечения во всех трех обследованных группах. Главный положительный клинический результат — значительное уменьшение ежедневных эпизодов недержания мочи или их прекращение. Большинство пациентов подтвердили, что сокращение частоты эпизодов недержания имело положительное влияние на качество их жизни.

Во всех группах достигнуты удовлетворительные значения уродинамических параметров состояния НМП. Уровень удовлетворенности

Таблица 3

Сравнительный анализ данных уродинамического обследования в группах А, В и С (n = 30)

Группы пациентов	Значения дневниковых показателей (± SD)		Значения уродинамических показателей (± SD)					
	Количество эпизодов недержания мочи в день		Объем М.П. при первом позыве (reflex volume), мл		Объем М.П. при императивном позыве (bladder capacity), мл		Внутрипузырное давление при максимальном объеме (detrusor compliance), мл/см вод. ст.	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
А (n = 7) (trospium ± oxybutynin)	6,7 (2,8)	2,7 (1,0)*	168,9 (45,4)	311,0 (85,9)*	189,7 (49,3)	355,3 (74,2)*	19,0 (9,9)	38,1 (8,1)*
В (n = 13) (trospium ± tolterodine)	4,1 (2,3)	1,9 (1,4)*	141,9 (35,5)	245,8 (59,9)*	163,5 (47,4)	366,5 (45,6)**	9,1 (3,9)	33,4 (10,8)*
С (n = 10) (trospium ± solifenacin)	6,1 (2,5)	1,1 (0,9)*	136,0 (52,1)	309,8 (75,4)*	173,5 (39,1)	348,4 (56,4)**	12,5 (5,6)	41,5 (9,3)**
Все группы	5,7 (2,7)	2,1 (1,0)*	145,9 (48,1)	295,4 (65,1)*	179,3 (45,9)	356,4 (61,8)**	14,6 (4,6)	37,1 (7,7)**

Примечание. Стандартное отклонение (SD) * p < 0,005; ** p < 0,001; *** p < 0,0005; ****p < 0,0001.

«До» лечения — значения параметров перед началом приема комбинации м-холиноблокаторов, «после» лечения — итоговые значения по окончании курса терапии. Различия в уровне параметров между обследованием на 6-й неделе и значениями после 4-месячного перерыва были незначительны (статистически не достоверны), поэтому они не представлены в данной таблице.

пациенток от лечения был также высок. Повышение рефлекса объема было наибольшим в группе С, наибольшее увеличение объема пузыря при императивном позыве отмечено в группе В. Наиболее значительное увеличение внутрипузырного объема, выдерживаемого пациентками в пределах зоны комфорта, также отмечено в группе С, в этой же группе количество эпизодов недержания мочи снизились наиболее существенно. Различия в значениях рассмотренных маркеров уродинамики в группах оказались статистически недостоверными.

Что касается понимания механизма полученного эффекта, то, на наш взгляд, его следует рассматривать в избирательном воздействии м-холиноблокаторов на разные виды рецепторов мочевого пузыря, а также, возможно, в суммарной активации разными антимукарбиновыми агентами субуротелиальных m_2 -рецепторов, которые хорошо сохраняются в мочевом пузыре у пожилых женщин.

В настоящее время имеются убедительные данные о наличии рецепторов в различных тканях: m_1 -рецепторов — в структурах коры головного мозга, симпатических ганглиях, слюнных железах; m_2 -рецепторов — в сердечной ткани, тканях головного мозга, гладких мышцах (в частности, мочевого пузыря и желудка); m_3 -рецепторов — в слюнных железах, тканях глаз, и в большом количестве — в гладких мышцах (обеспечение сократительной активности детрузора, перистальтики кишечника, аккомодация); m_4 -рецепторов — в мозговых тканях и слюнных железах; и m_5 -рецепторов — в структурах мозга, глазных яблок, а также в мочевом пузыре; m_2 -мускариновые рецепторы преобладают в мочевом пузыре. m_3 -рецепторы представлены здесь в меньшем количестве, но они более эффективны. О наличии в тканях детрузора в значительном количестве предуловых m_2 - и m_4 -рецепторов, а также m_1 -рецепторов стало известно сравнительно недавно. Взаимовлияние этих рецепторов при ответе на раздражающий стимул в настоящее время изучено недостаточно [59,67-70].

С другой стороны, м-холиноблокирующий препарат тропсия хлорид обладает постоянным и достаточно высоким сродством ко всем рецепторам (m_{1-5}), вызывая у некоторых реципиентов сравнительно мягкие побочные эффекты. Гидрохлорид оксибутина — умеренно эффективный

агент, воздействуя преимущественно на m_1 - и m_3 -рецепторы. Хотя тропсия хлорид и оксибутина являются препаратами начального поколения м-холиноблокаторов, они по-прежнему актуальны и востребованы в терапии ГАМП [71-74]. Толтеродин, как и тропсия хлорид, является неспецифическим (m_1-m_5) конкурентоспособным антагонистом м-рецепторов рецепторов. Его эффективность и переносимость достоверно превышают таковые оксибутина. Многие авторы отмечают терапевтический эффект от повышения дозы этого препарата [75-77]. При назначении солифенацина, действующего избирательно на m_3 -рецепторы, многими исследователями отмечается значительное улучшение течения ГАМП по показателю ургентности и другим маркерам ГАМП [78,79].

Мы предполагаем, что синергическая активация различных м-рецепторов или взаимодействие рецепторов на разных структурных уровнях детрузора при сочетанном воздействии м-холиноблокаторов у пожилых женщин может быть одним из рациональных объяснений положительных результатов настоящего исследования. Достаточно аргументированным представляется и возможность синергического воздействия двух препаратов на хорошо сохранившиеся в мочевом пузыре пожилых женщин субуротелиальные m_2 -рецепторы. Ослабление регулирования одних типов м-рецепторов при монотерапии может компенсироваться лучшей заместительной восприимчивостью других типов при использовании второго препарата у пожилых пациентов.

Данное исследование, безусловно, имеет свои ограничения. Средний возраст пациенток составил 68,3 года, таким образом, результаты не могут распространяться на пожилых людей старше 75 лет. Определение эстрогенов в крови пациенток также не входило в протокол исследования.

Воздействие м-холиноблокаторов на все уровни центральной нервной системы в настоящее время в центре внимания нескольких групп исследователей [80-84].

ВЫВОДЫ

Использование двух м-холиноблокаторов в увеличенных дозах — эффективный метод лечения ургентного недержания мочи и ГАМП у пожилых женщин с гиперактивностью детрузора в

тех случаях, когда лечение одним препаратом неэффективно. Побочные эффекты при этом отмечаются в равной степени у пациентов, получавших как один, так и два антимиокариновых препарата. Планируются дальнейшие исследования для получения данных о долгосрочных результатах и побочных эффектах, а также результатах применения комбинированной терапии м-холинблокаторами нового поколения у пожилых женщин. Данная схема лечения может быть предложена пожилым пациентам с ГАМП до назначения инвазивных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wagg A.S., Cardozo L., Chapple Ch., De Ridder D., Kelleher C., Kirby M., Milsom I., Vierhout M. Overactive bladder syndrome in older people // *BJU Int.* 2007. Vol. 99. P. 3.
2. Milsom I., Stewart W., Thuroff J. The prevalence of overactive bladder // *Amer. J. Manag. Care.* 2000. Vol. 6 (Suppl). S. 565-573.
3. Tseng L.-H., Liang C.-C., Lo H.-P. et al. The Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Taiwanese Women with Lower Urinary Tract Chang Gung // *Med. J.* 2006. Vol. 29. P. 596-602.
4. Huang A.J., Brown J.S., Kanaya A.M. et al. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women // *Arch. Intern. Med.* 2006. Vol. 166. № 18. P. 2000-2006.
5. van Houten P., Achterberg W., Ribbe M. Urinary incontinence in disabled elderly women: A randomized clinical trial on the effect of training mobility and toileting skills to achieve independent toileting // *Gerontology.* 2007. Vol. 53. P. 205-210.
6. Горилловский Л.М., Ляхно Д.А. Гиперактивность мочевого пузыря. *Русск. Мед. журн.* 2005. Т. 13. № 25. С. 1691-1694.
7. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Неврологический аспект синдрома гиперактивного мочевого пузыря // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2005. № 7.
8. Мазо Е.Б., Школьников М.Е., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь у больных пожилого возраста // *Урология.* 2006. № 6.
9. Wagner T.H., Hu T.W., Bentkover J. et al. Health-related consequences of overactive bladder // *Amer. J. Manag. Care.* 2002. Vol. 8 (Suppl.). S. 598-607.
10. Abrams P., Kelleher C.J., Kerr L.A., Rogers R.G. Overactive bladder significantly affects quality of life // *Amer. J. Manag. Care.* 2000. Vol. 6 (Suppl.). S. 580-90.
11. Coyne K.S., Payne C., Bhattacharyya S.K. et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey // *Value Health.* 2004. Vol. 7. P. 455-463.
12. Malone-Lee J., Wahedna I. Characterisation of detrusor contractile function in relation to old age // *Brit. J. Urol.* 1993. Vol. 72. P. 873-880.
13. McGhan W.F. Cost effectiveness and quality of life consideration in the treatment of patients of overactive bladder // *Amer. J. Manag. Care.* 2001. Vol. 7. № 2. P. 62-75.
14. Harris C., Smith P.P. Overactive Bladder in the Older Woman // *Clin. Geriatrics.* 2011 April. P. 41-47.
15. Rosier P.F., Gajewski J.B., Sand P.K. et al. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008—Committee on: «Dynamic Testing»; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part I: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients // *Neurourol Urodyn.* 2010. Vol. 29. P. 140.
16. Madersbacher S., Pycha A., Schatzl G. et al. The aging lower urinary tract: A comparative urodynamic study of men and women // *Urology.* 1998. Vol. 51. P. 206-212.
17. Yoshida M., Miyamae K., Iwashita H., Otani M., Inadome A. Management detrusor dysfunction in the elderly: changes in acetylcholine and adenos triphosphate release during aging // *Urology.* 2004. Vol. 63 (Suppl. 1). P. 17-23.
18. Nuotio M., Jylha M., Luukkaala Tet al. Urgency, urge incontinence and voiding symptoms in men and women aged 70 years and over // *BJU Int.* 2002. Vol. 89. P. 350-355.
19. Tadic S.D., Griffiths D., Murrin A. et al. Brain activity during bladder filling is related to white matter structural changes in older women with urinary incontinence // *Neuroimage.* 2010. Vol. 51. № 4. P. 1294-1302. Published Online: March 17, 2010.
20. Taylor J.A. 3rd, Kuchel G.A. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition // *J. Amer. Geriatr. Soc.* 2006. Vol. 54. P. 1920-1932.
21. Pfisterer M.H., Griffiths D., Schafer W., Resnick N.M. The effect of age on lower urinary tract function: A study in women // *J. Amer. Geriatr. Soc.* 2006. 5 Vol. 4. № 3. P. 405-412.
22. Smith A.L., Wein A.J. Estrogen Replacement Therapy for the Treatment of Postmenopausal Genitourinary Tract Dysfunction // *Discov. Med.* 2010. Vol. 10. № 55. P. 500-510.
23. Pfisterer M.H., Griffiths D.J., Rosenberg L. et al. The impact of detrusor overactivity on bladder function in younger and older women // *J. Urol.* 2006. Vol. 175. № 5. P. 1777-1783.
24. Smith P.P. Aging and the underactive detrusor: A failure of activity or activation? // *Neurourol. Urodyn.* 2010. Vol. 29. № 3. P. 408-412.
25. Campeau L., Tu L., Lemieux M. et al. A multicenter, prospective, randomized clinical trial comparing tension-free vaginal tape surgery and no treatment for the management of stress urinary incontinence in elderly women // *Neurourol. Urodyn.* 2007. Vol. 26. P. 990-4.

26. Haylen B.T., deRidder D., Freeman R.M. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction // *Int Urogynecol J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2010. Vol. 21. P. 5-26. Published Online: November 25, 2009.
27. Boyles S.H., Weber A.M., Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997 // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 2003. Vol. 188. № 1. P. 108.
28. Tegerstedt G., Machle-Schmidt M., Nyrén O., Hammarström M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population // *Int Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2005. Vol. 16. P. 497-503. Published Online: June 29, 2005.
29. Natsume O. Detrusor contractility and overactive bladder in patients with cerebrovascular accident // *International J. of Urology.* 2008. Vol. 15. № 6. P. 505-510.
30. Yamaguchi C., Sakakibara R. et al. Overactive bladder in diabetes: A peripheral or central mechanism? // *Neurourology and Urodynamics.* 2007. Vol. 26. № 6. P. 807-813.
31. Chen G., Lin T. et al. Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women // *Neurourology and Urodynamics.* 2003. Vol. 22. № 2. P. 109-117.
32. Zinner N.R., Mattiasson A. et al. Efficacy, Safety, and Tolerability of Extended-Release Once-Daily Tolterodine Treatment for Overactive Bladder in Older versus Younger Patients // *J. Amer. Geriatr. Soc.* 2002. Vol. 50. № 5. P. 799-807.
33. DuBeau C.E., Kuchel G.A., Johnson T., Palmer M.H., Wagg A. Incontinence in the frail elderly: Report from the 4th international consultation on incontinence // *Neurourology and Urodynamics.* 2010. Vol. 29. № 1. P. 165-178.
34. Takazawa K., Arisawa K. Relationship between the type of urinary incontinence and falls among frail elderly women in Japan // *J. Med. Invest.* 2005. Vol. 52. P. 165-171.
35. Huang A., Brown J., Thom D. et al. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Urinary incontinence in older community-dwelling women: The role of cognitive and physical function decline // *Obstet. Gynecol.* 2007. Vol. 109. P. 909-916.
36. Schroder A., Abrams P. (Co-Chairman), Andersson K.-E. et al. Guidelines on Urinary Incontinence // *Europ. Association Urology.* 2009. S 52.
37. Woodford H., George J. NICE guidelines on urinary incontinence in women // *Age Ageing.* 2007. Vol. 36. P. 349-350.
38. Cristiano M. Gomes, Sami Arap and Flávio E. Trigo-Rocha. Voiding dysfunction and urodynamic abnormalities in elderly patients // *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo.* 2004. Vol. 59. № 4. P. 206-215.
39. Brostrom S., Jennum P., Lose G. Morbidity of urodynamic investigation in healthy women // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2002. Vol. 13. № 3. P. 182-184.
40. Bladder Dysfunction in the Elderly PJR Shah Institute of Urology and Nephrology and UCL Hospitals, London, 2000. S. 34.
41. Gurpreet Singh, Malcolm Lucas, Lucia Dolan, Stephanie Knight, Carmel Ramage and Philip Toozs Hobson. Minimum standards for urodynamic practice in the UK // *Neurol. Urodyn.* 2010 Nov. Vol. 29. № 8. P. 1365-1372.
42. Ромих В.В. Клиническая уродинамика и нейроурология: от диагностики к эффективному лечению и реабилитации // *Эксперим. и клин. урол.* 2010. № 4. С. 92-98.
43. Вишневецкий Е.Л., Лоран О.Б., Вишневецкий А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М.: Терра, 2001. 96 с.
44. Amend B., Hennenlotter J., Schäfer T., Horstmann M., Stenzl A., Sievert K.-D. Effective Treatment of Neurogenic Detrusor Dysfunction by Combined High-Dosed Antimuscarinics without Increased Side-Effects // *Eur. Urol.* 2008. Vol. 53. P. 1021-1028.
45. Brostrom S., Hallas J. Persistence of antimuscarinic drug use // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2009. Vol. 65. P. 309-314.
46. Lee S., Malhotra B., Creanga D., Carlsson M., Glue P. A meta-analysis of the placebo response in antimuscarinic drug trials for overactive bladder // *BMC Medical Research. Methodology.* 2009. Vol. 9. P. 55.
47. Ouslander J.G. Management of Overactive Bladder // *New Engl. J. Med.* 2004. Vol. 350. P. 786-799.
48. Wyndaele J.-J. Conservative treatment of patients with neurogenic bladder // *Eur. Urol. Suppl.* 2008. Vol. 7. P. 557-565.
49. Staskin D.R., MacDiarmid S.A. Using anticholinergics to treat overactive bladder: the issue of treatment tolerability // *Amer. J. Med.* 2006. Vol. 119. P. 9-15.
50. DeMaagd G., Geibig J. An Overview of Overactive Bladder and Its Pharmacological Management with a Focus on Anticholinergic Drugs // *PTJ.* 2006. Vol. 31. № 8. P. 462-477.
51. Johnson T.M. II, Burgio K., Redden D. et al. Effects of behavioral and drug therapy on nocturia in older incontinent women // *J. Amer. Geriatr. Soc.* 2005. Vol. 53. P. 846-50.
52. DeMaagd G., Geibig G.D. An Overview of overactive bladder and its pharmacological management with a focus on anticholinergic drugs // *P&T.* 2006 Aug. Vol. 31. № 8. P. 462-475.
53. Korstanje C., Krauwinkel W. Specific pharmacokinetic aspects of the urinary tract // *Handb. Exp. Pharmacol.* 2011. Vol. 202. P. 267-182. Review.
54. Athanasopoulos A. The pharmacotherapy of overactive bladder // *Expert. Opin. Pharmacother.* 2011, May. Vol. 12. № 7. P. 1003-1005.
55. Мазо Е.Б., Бабанина Г.А. Тросний хлорид (спазмекс) в лечении симптомов нижних мочевых путей у больных с нейрогенным гиперактивным мочевым пузырем вследствие вертеброгенных поражений // *Урология.* 2007. № 3. С. 15-18.
56. Данилов В.В., Вольных И.Ю., Данилова Т.И., Водопьянова О.А., Кудрякова Н.А. Обоснование сроков на-

- значения М-холинolitikов при консервативном лечении гиперактивного мочевого пузыря // Урология. 2006. № 5. С. 71-74.
57. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. Спазмекс в лечении больных гиперактивным мочевым пузырем // Урология. 2003. № 4. С. 46-49.
 58. Голубцова Е.Н., Велиев Е.И. Современные подходы к фармакотерапии гиперактивного мочевого пузыря М., РМАПО // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2010. № 2 апрель.
 59. Chapple C.R., Khullar V., Gabriel Z., Muston D., Bitoun C.E., Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder, an update of a systematic review and metaanalysis // Eur. Urol. 2008. Vol. 54. P. 543-562.
 60. Bödeker R., Madersbacher H., Neumeister C., Zellner M. Dose escalation improves therapeutic outcome: post hoc analysis of data from a 12-week, multicentre, double-blind, parallel-group trial of trospium chloride in patients with urinary urge incontinence // BMC Urology. 2010. Vol. 10. P. 15.
 61. Horstmann M., Schaefer T., Aguilar Y., Stenzl A., Sievert K.D. Neurogenic bladder treatment by doubling the recommended antimuscarinic dosage // Neurourol. Urodyn. 2006. Vol. 25. № 5. P. 441-445.
 62. Chancellor M.B., Anderson R.U., Boone T.B. Pharmacotherapy for neurogenic detrusor overactivity // Amer. J. Phys. Med. 2006. Vol. 85. P. 536-545.
 63. Ulahannan D., Wagg A. The safety and efficacy of tolterodine extended release in the treatment of overactive bladder in the elderly // Clinical. Interventions in Aging. 2009. 42009. Vol. 28. № 1. P. 47-51.
 64. Schafer W., Abrams P., Liao L. et al. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies // Neurol. Urodyn. 2002. Vol. 21. P. 261-274.
 65. Parsons M., Amundsen C.L., Cardozo L., Vella M., Webster G.D., Coats A.C. Bladder diary patterns in detrusor overactivity and urodynamic stress incontinence // Neurourol. Urodyn. 2007. Vol. 26. № 6. P. 800-806.
 66. Amundsen C.L., Parsons M., Cardozo L., Vella M., Webster G.D., Coats A.C. Bladder diary volume per void measurements in detrusor overactivity // J. Urol. 2006. Dec. Vol. 176. № 6. Pt. 1. P. 2530-2534.
 67. Mansfield K.J., Liu L., Mitchelson F.J., Moore K.H., Millard R.J., Burcher E. Muscarinic receptor subtypes in human bladder detrusor and mucosa, studied by radioligand binding and quantitative competitive RT-PCR: changes in ageing // Brit. J. Pharmacol. 2005. Vol. 144. P. 1089-1099.
 68. Chapple C.R., Yamanishi T., Chess-Williams R. Muscarinic receptor subtypes and management of the overactive bladder // Urology. 2002. Vol. 60 (5 Suppl. 1). P. 82.
 69. Norbury R., Travisa M.J., Erlandsson K., Waddington W., Owens J., Ellb P.J., Murphy D.G. SPET imaging of central muscarinic receptors with (R,R)[123I]-IQNB: Methodological considerations // Nucl. Med. Biol. 2004. Vol. 31. P. 583-590.
 70. Andersson K.E. Muscarinic acetylcholine receptors in the urinary tract // Handb. Exp. Pharmacol. 2011. Vol. 202. P. 319-344. Review.
 71. Stohrer M., Murtz G., Kramer G. et al. Propiverine compared to oxybutynin in neurogenic detrusor overactivity – results of a randomized, double-blind, multicenter clinical study // Eur. Urol. 2007. Vol. 51. P. 235-242.
 72. Bell A., Honeywell M., Close F. et al. Trospium Chloride in the treatment of overactive bladder // PTJ. 2004. Vol. 29. № 12. P. 767-771.
 73. Chapple C. New once-daily formulation for trospium in overactive bladder // Int. J. Clin. Pract. 2010 Oct. Vol. 64. № 11. P. 1535-1540.
 74. Minassian V. et al. Randomized trial of oxybutynin extended versus immediate release for women aged 65 and older with overactive bladder; lessons learned from conducting a trial // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2007. Vol. 29. P. 726-732.
 75. Nitti V.W., Dmochowski R., Appell R.A. et al. Efficacy and tolerability of tolterodine extended-release in continent patients with overactive bladder and nocturia // BJU Int. 2006. Vol. 97. P. 1262-1266.
 76. Wyndaele J.-J., Goldfischer E.R., Morrow J.D. et al. Effects of flexible-dose fesoterodine on overactive bladder symptoms and treatment satisfaction: an open-label study // Int. J. Clin. Pract. 2009, April. Vol. 63. № 4. P. 560-567.
 77. Andersson K.E. Antimuscarinics for treatment of overactive bladder // Lancet. Neurology. 2004. P. 46-53.
 78. Ohtake A., Ukai M., Hatanaka T. et al. In vitro and in vivo tissue selectivity profile of solifenacin succinate (YM905) for urinary bladder over salivary gland in rats // Eur. J. Pharmacol. 2004. Vol. 492. P. 243-250.
 79. Chancellor M.B., Zinner N., Whitmore K., Kobashi K., Snyder J.A., Siami P., Karram M., Laramée C., Capo' J.P. Jr, Seifeldin R., Forero-Schwanhaeuser S., Nandy I. Efficacy of solifenacin in patients previously treated with tolterodine extended release 4 mg: results of a 12-week, multicenter, open-label, flexible-dose study // Clin. Ther. 2008. Vol. 30. № 10. P. 1766-1781.
 80. Ruby C.M., Hanlon J.T., Boudreau R.M., Newman A.B., Simonsick E.M., Shorr R.I., Bauer D.C., Resnick N.M. The Effect of Medication Use on Urinary Incontinence in Community-Dwelling Elderly Women // J. Amer. Ger. Soc. 2010. Vol. 58. № 9. P. 1715-1720.
 81. Igawa Y., Aizawa N., Homma Y. Beta3-adrenoceptor agonists: possible role in the treatment of overactive bladder // Korean J. Urol. 2010, Dec. Vol. 51. № 12. P. 811-818.
 82. Kanai A.J. Afferent mechanism in the urinary tract // Handb. Exp. Pharmacol. 2011. № 202. P. 171-205. Review.
 83. Epstein B.J., Gums J.G., Molina E. Newer Agents for the Management of Overactive Bladder // Amer. Fam. Physician. 2006, Dec. 15. Vol. 74. № 12. P. 2061-2068.
 84. Holroyd-Leduc J., Tannenbaum C., Thorpe K. et al. What type of urinary incontinence does this woman have? // J. Amer. Med. Assoc. 2008. Vol. 299. P. 1446-1456.

Поступила 19.02.2014

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

А.К. Иорданишвили¹, В.В. Лобейко²

¹ Иорданишвили А.К., д-р мед. наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны РФ. E-mail: mdgrey@bk.ru.

² Лобейко В.В., канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории возрастной клинической патологии, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии. E-mail: valera.lobeiko@yandex.ru.

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ,
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии*

На основании изучения первичной медицинской документации представлены результаты клинко-эпидемиологического исследования распространенности заболеваний слюнных желез у взрослых в разные возрастные периоды. Определены частота патологии слюнных желез у людей молодого, среднего, пожилого и старческого возраста, а также причины их обращаемости за неотложной и плановой медицинской помощью в связи с заболеваниями слюнных желез. Определена структура заболеваний слюнных желез у людей разных возрастных групп. Установлено, что с возрастом заболевания слюнных желез встречаются чаще.

Ключевые слова: геронтостоматология, слюнные железы, возрастная патология слюнных желез, сиалоадениты, сиалолитиаз, сиалоаденопатии, сиалозы, кисты и новообразования слюнных желез

COMMON DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS IN THE ADULT AT DIFFERENT AGES

А.К. Iordanishvili¹, V.V. Lobeyko²

¹ Iordanishvili A.K., MD, professor of Department of Maxillofacial Surgery and Dentistry Military Medical Academy named after S.M. Kirov of Russian Defense Ministry. E-mail: mdgrey@bk.ru.

² Lobeyko V.V., PhD, Researcher, Laboratory of Age Clinical Pathology, St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology. E-mail: valera.lobeiko@yandex.ru.

*Military Medical Academy named after S.M. Kirov of Russian Defense Ministry,
St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology*

Based on primary care clinical documentation article presents the results of epidemiological studies on the incidence of diseases of the salivary glands in adults in different age periods. The frequency of occurrence of the pathology of the salivary glands in young, middle, middle and old age was determined, as well as the reasons for their uptake of emergency and routine medical care due to diseases of the salivary glands. The structure of the salivary gland diseases in people of different age groups. It is found that with age, diseases of the salivary glands are more common.

Keywords: gerontostomatology, salivary glands, salivary gland pathology age, sialoadenitis, sialolithiasis, sialoadenopatis, sialosys, cysts and tumors of the salivary glands

В связи с постарением населения Российской Федерации проблема своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов и тканей жевательного аппарата у людей пожилого и старческого возраста является весьма актуальной [1,4,5]. На протяжении последних лет специалисты отдела возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии решают научно-прикладные вопросы по стоматологической реабилитации пожилых и старых людей, в том числе в связи с патологией слюнных желез, весьма широко распространенной и крайне плохо поддающейся лечению, несмотря на внедрение в амбулаторно-поликлинические учреждения современной диагностической и лечебной аппаратуры [2,6,7]. Это обусловлено главным образом коморбидной психосоматической патологией, характерной для людей пожилого и старческого возраста [2,6,7].

Цель настоящего эпидемиологического клинического исследования – изучение частоты заболеваний слюнных желез (СЖ) у взрослого человека в разные возрастные периоды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами изучены 6000 амбулаторных карт пациентов, обращавшихся за неотложной и плановой медицинской помощью в стоматологические амбулаторно-поликлинические отделения и кабинеты лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области (таблица).

При исследовании первичной медицинской документации (ПМД) оценивали обращаемость больных различных возрастных групп в стоматологические отделения и кабинеты по поводу патологии слюнных желез, а также изучали структуру их заболеваний в разных возрастных группах. При изучении частоты и причин обращаемости людей в стоматологические подразделения стационарных лечебно-профилактических учреждений использовалась классификация заболеваний слюнных желез В.Н. Матиной (2007).

Эта классификация, на наш взгляд, позволила наиболее полно оценить патологию слюнных желез с учетом общепринятых классификационных групп, используемых челюстно-лицевыми хирургами и врачами-стоматологами-хирургами в практической работе, а также с учетом МКБ-10.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования установлено, что у людей молодого возраста встречались сиалоадениты у 0,35% из них, сиалолитиаз – у 0,12%, сиалоаденопатия – у 0,12%, слюнные свищи – у 0,23%, повреждения околоушной железы (ОСЖ) – у 0,06% и опухоли СЖ – у 0,17% (рис. 1).

Сиалоадениты выявлены у 6 (0,35%) человек, в том числе 4 (0,42%) мужчин и 2 (0,27%) женщин. При этом следует отметить, что среди людей молодого возраста с жалобами на боль и припухлость в области околоушной железы обратились 2 мужчины (0,21%) на фоне ОРВИ с выраженными симптомами интоксикации. У них, помимо припухлости околоушной железы с обеих сторон, была выраженная сухость во рту. В связи с этим диагностирован вирусный паротит, у одного – эпидемический, у другого – гриппозный сиалоаденит (серологически диагноз вирусного паротита не был подтвержден в обоих случаях). У остальных пациентов молодого возраста выявлены бактериальные сиалоадениты ОСЖ (у 1 – серозная форма, у 3 – гнойная).

У 2 (0,21%) мужчин молодого возраста диагностирована слюннокаменная болезнь подчелюстной слюнной железы (ПСЖ). Частота данного заболевания в молодом возрасте составила 0,12%.

Сиалоаденопатия у молодых выявлена в 2 (0,12%) случаях: у 1 (0,1%) мужчины и 1 (0,13%) женщины. У мужчины нарушение было связано с приемом антидепрессанта (имизил – центральный холинолитик) и трактовалось как

Число, возраст и пол пациентов, находившихся на амбулаторном лечении, n (%)

Возраст								Всего	
молодой		средний		пожилой		старческий			
ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
972 (16,2)	746 (12,4)	1246 (20,8)	884 (14,7)	753 (12,6)	538 (8,9)	502 (8,3)	359 (6,1)	3473 (58,9)	2527 (41,1)
1718 (28,6)		2130 (35,5)		1291 (21,5)		861 (14,4)		6000 (100)	

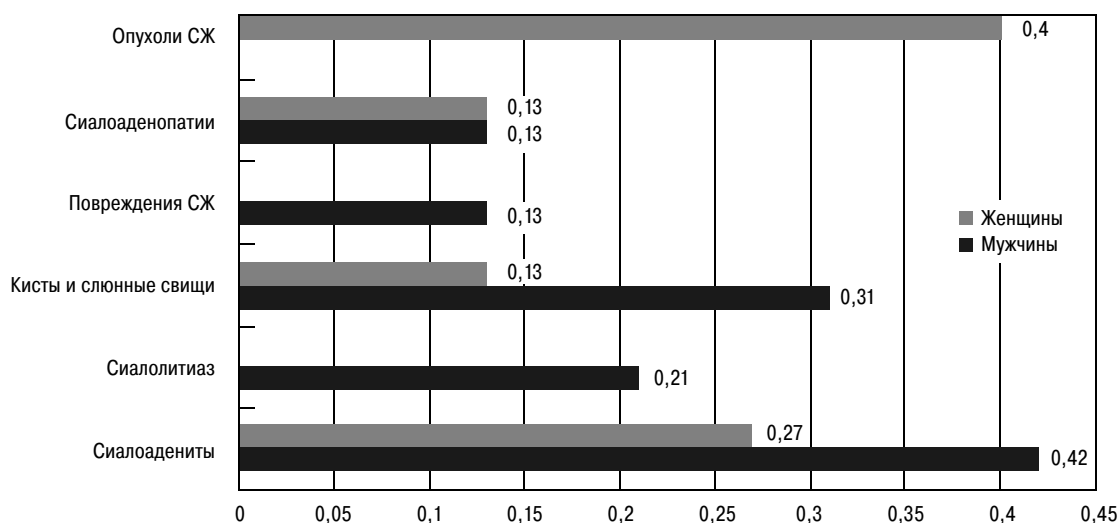


Рис. 1. Заболевания и травмы слюнной железы у пациентов молодого возраста, %.

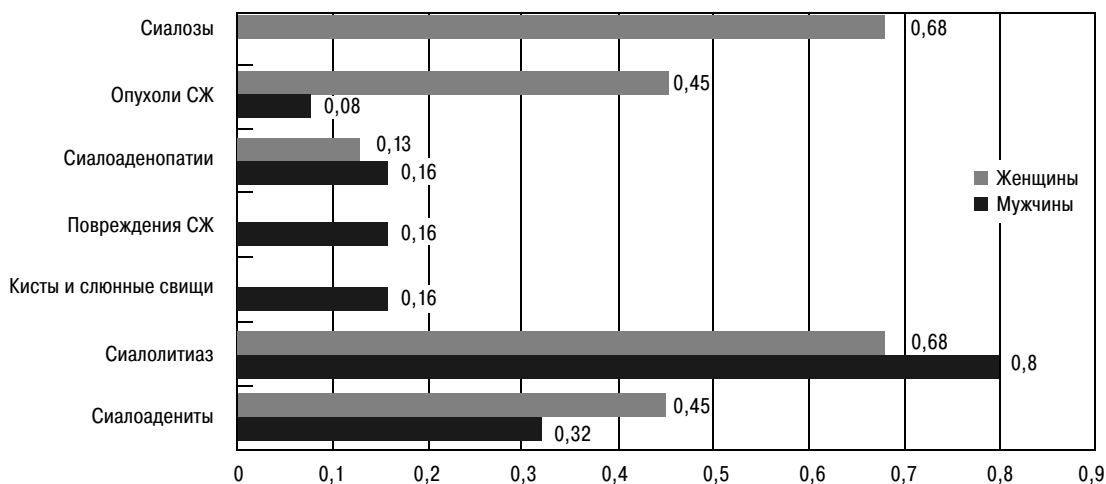


Рис. 2. Заболевания и травмы СЖ у пациентов среднего возраста, %.

лекарственная сиалоаденопатия. У женщины диагностирована лучевая сиалоаденопатия, в связи с проведенным курсом лучевой терапии злокачественного новообразования верхнечелюстной пазухи.

Кисты или слюнные свищи диагностированы у 4 (0,23%) человек, 3 (0,31%) мужчин и 1 (0,13%) женщины. У 1 мужчины и женщины выявлены кисты околоушной железы, у 2 мужчин – слюнные свищи, которые образовались после оперативного лечения перелома мышечкового отростка нижней челюсти.

У 1 (0,1%) мужчины выявлено повреждение околоушной железы (резаная травма). В общей структуре заболеваний слюнной железы – это 0,06%.

Опухоли слюнной железы в молодом возрасте выявлялись в 0,17% случаев и были диагности-

рованы у 3 (0,4%) женщин: в 1 случае – опухоль околоушной железы, в 2 – опухоли малых слюнных желез в области переходной складки верхней челюсти и на небе. Эти пациентки были направлены на обследование и госпитализацию в специализированные отделения многопрофильных учреждений.

У людей среднего возраста встречались сиалоадениты – в 0,38% случаев, сиалолитиаз – 0,75%, сиалозы – 0,28%, сиалоаденопатии – 0,23%, кисты или слюнные свищи – 0,09%, повреждения слюнной железы – 0,09% случаев, а опухоли ее – 0,23% случаев (рис. 2).

Сиалоадениты выявлены у 8 (0,35%) человек, в том числе 4 (0,32%) мужчин и 4 (0,45%) женщин, у всех 8 пациентов диагностирована гнойная форма бактериального паротита.

У 10 (0,8%) мужчин и 6 (0,68%) женщин диагностирована слоннокаменная болезнь подчелюстной слюнной железы (15 случаев) и протока околоушной железы (1 случай). Частота данного заболевания составила 0,75%.

В среднем возрасте диагностированы реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиалозы), а именно болезнь Шегрена – в 0,28% случаев, которые были выявлены только у женщин (0,68% случаев).

Сиалoadенопатии у людей среднего возраста были выявлены в 5 (0,23%) случаях: у 2 (0,16%) мужчин и 3 (0,13%) женщин. Как у мужчин, так и у женщин сиалoadенопатии были связаны с ранее проведенным им курсом лучевой терапии злокачественных новообразований орофарингеальной зоны. Данная патология слюнных желез у этих пациентов трактовалась как лучевая сиалoadенопатия.

Кисты или слюнные свищи были диагностированы в среднем возрасте в 0,09% случаев – у двух (0,16%) мужчин: у одного – киста околоушной железы, а у другого – слюнной свищ, который образовался после ушибленно-резаной травмы средней зоны лица.

У 2 (0,16%) мужчин среднего возраста было повреждение околоушной железы бензопилой (резаная травма). В общей структуре заболеваний слюнной железы их травма у людей среднего возраста встречалась в 0,09% случаев.

Опухоли слюнной железы в среднем возрасте выявлялись в 0,23% случаев и были диагностированы у одного (0,08%) мужчины – опухоль околоушной железы и 4 (0,45%) женщин: в двух случаях – опухоли околоушной железы, в одном

случае – подчелюстной слюнной железы и в одном случае – малой слюнной железы, которая на нёбе. Эти пациенты были направлены на обследование и госпитализацию в специализированные отделения многопрофильных учреждений.

В ходе исследования установлено, что у *людей пожилого возраста* встречались сиалoadениты в 2,32% случаев, сиалолитиаз – 3,1%, сиалoadенопатии – 1,86%, сиалозы – 1,39%, слюнные кисты или свищи слюнных желез – 0,15%, повреждения околоушной железы – 0,15% и опухоли слюнной железы – 0,46% случаев (рис. 3).

Сиалoadениты выявлены у 30 (2,32%) человек, в том числе 12 (1,53%) мужчин и 18 (3,35%) женщин. У всех пациентов выявлена гнойная форма бактериального сиалoadенита околоушной железы (28 случаев) или подчелюстной слюнной железы (2 случая).

У 40 (3,1%) пациентов пожилого возраста диагностирована слоннокаменная болезнь подчелюстной слюнной железы (38 случаев) или околоушной железы (2 случая). Частота ее составила у мужчин – 3,19% (24 случая) и у женщин – 2,97% (16 случаев).

В пожилом возрасте были диагностированы реактивно-дистрофические заболевания слюнной железы (сиалозы), а именно болезни Шегрена (15 случаев) и Микулича (3 случая) – в 1,39% случаев (18 наблюдений): у 2 (0,27%) мужчин и у 16 женщин (2,97% случаев).

Сиалoadенопатии у людей пожилого возраста были выявлены в 24 (1,86%) случаях: у 6 (0,8%) мужчин и 18 (3,35%) женщин. Во всех случаях нарушение слюноотделения было обусловлено лучевым или лекарственным сиалoadе-

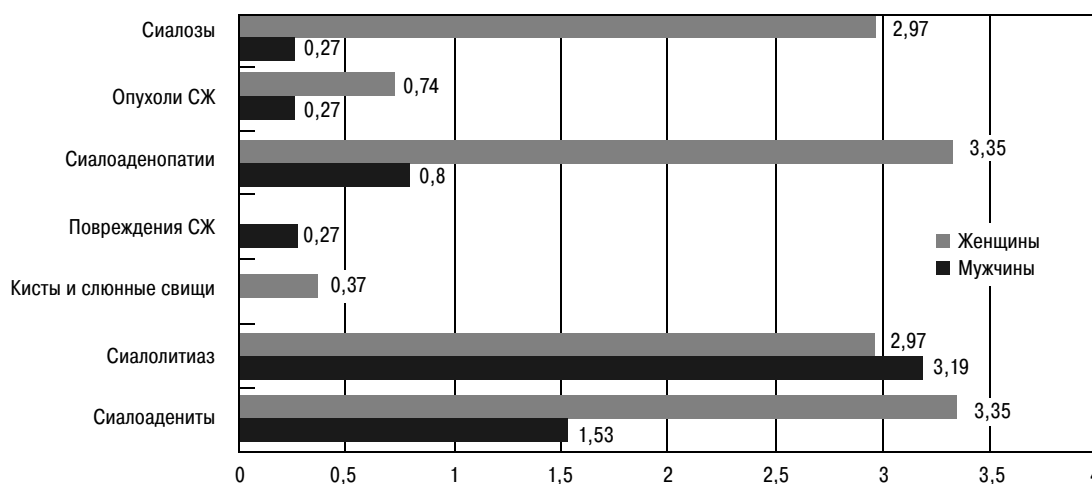


Рис. 3. Заболевания и травмы СЖ у пациентов пожилого возраста, %.

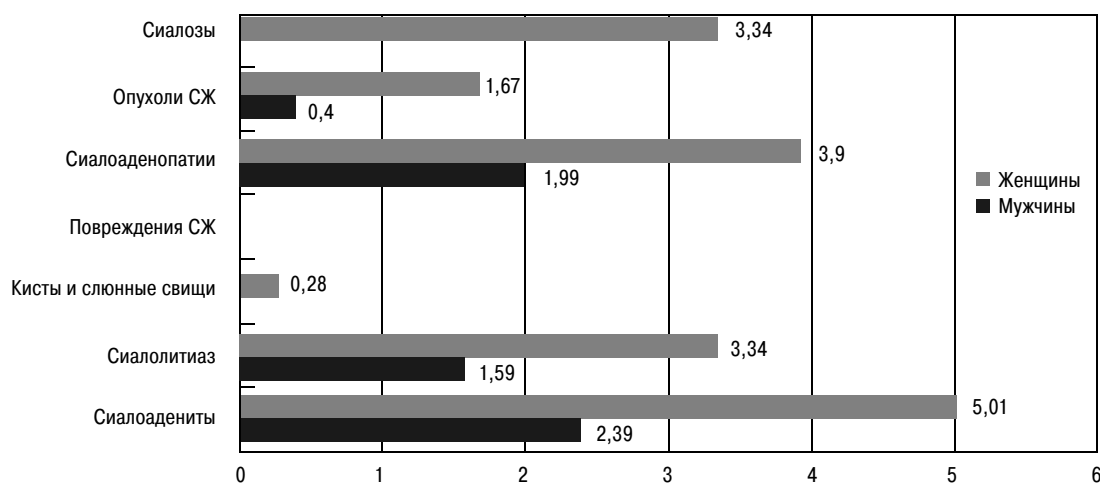


Рис. 4. Заболевания и травмы СЖ у пациентов старческого возраста, %.

нитом, в связи с ранее проведенным комбинированным (лучевым или химиотерапевтическим) лечением злокачественных опухолей орофарингеальной зоны.

Слюнные свищи встречались в этой возрастной группе в 0,15% случаев (2 наблюдения) и были диагностированы у 2 (0,37%) женщин. Слюнные свищи образовались у них после оперативного лечения опухолей околоушной железы.

У 2 (0,27%) мужчин пожилого возраста было повреждение околоушной железы (резаная травма). В общей структуре заболеваний слюнной железы — это 0,15% случаев.

Опухоли слюнной железы в пожилом возрасте составили 0,46% и были диагностированы у 2 (0,27%) мужчин и 4 (0,74%) женщин: из 6 случаев в одном была опухоль подчелюстной слюнной железы, в 5 случаях — околоушной железы. Характер данных образований в первичной медицинской документации не уточнен, а по представленной клинической симптоматике, описанной там же, также не представлялась возможность судить о характере опухолевого процесса. Во всех случаях эти пациенты были направлены на обследование и госпитализацию в специализированные отделения многопрофильных учреждений.

При изучении патологии слюнной железы у людей старческого возраста установлено, что у них встречались: сиалoadениты — 3,48%, сиалолитиаз — 2,32%, сиалозы — 1,39%, сиалoadенопатии — 2,79%, слюнные свищи — 0,12%, а опухоли слюнной железы — 0,93% случаев (рис. 4).

Сиалoadениты выявлены у 30 (3,48%) человек, в том числе 12 (2,39%) мужчин и 18 (5,01%)

женщин. У всех пациентов старческого возраста, как и в пожилом возрасте, выявлена гнойная форма бактериального сиалoadенита околоушной железы (25 случаев) или подчелюстной слюнной железы (5 случаев).

У 20 (2,32%) пациентов диагностирована слоннокаменная болезнь подчелюстной слюнной железы (19 случаев) или околоушной железы (1 случай). Частота данного заболевания в старческом возрасте составила у мужчин — 1,59% (8 случаев) и у женщин — 3,34% (12 случаев).

В старческом возрасте, как и в пожилом, достаточно часто диагностировали реактивно-дистрофические заболевания слюнной железы (сиалозы), а именно болезни Шегрена (11 случаев) и Микулича (1 случай) — 1,39% случаев (12 наблюдений) и только женщин (3,34% случаев).

Сиалoadенопатии у людей старческого возраста были в 24 (2,79%) случаях: у 10 (1,99%) мужчин и 14 (3,9%) женщин. Также как и в пожилом возрасте, нарушения слюноотделения у людей старческого возраста были связаны с ранее проведенным комбинированным (лучевым или химиотерапевтическим) лечением злокачественных опухолей орофарингеальной зоны и трактовались как лучевые или лекарственные сиалoadениты.

Слюнной свищ был диагностирован у 1 (0,28%) женщины, который образовался после удаления доброкачественной опухоли околоушной железы. В общей структуре заболеваний слюнных желез слюнные свищи у людей старческого возраста встречались в 0,12% случаев.

Опухоли слюнной железы в старческом возрасте выявлялись в 0,93% случаев и были диа-

гностированы у 2 (0,4%) мужчин и 6 (1,67%) женщин. Следует отметить недостаточное качество ведения первичной медицинской документации, так как характер новообразований слюнной железы в ней не уточнен. По клинической симптоматике опухолей слюнной железы, описанной там же, не представлялось возможности судить о характере опухолевого процесса. Пациенты с новообразованиями слюнных желез направлялись на обследование и госпитализацию в специализированные отделения многопрофильных учреждений.

Заключение. Анализ обращаемости взрослых людей разных возрастных групп в стоматологические отделения и кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений по поводу патологии слюнных желез показал, что заболевания слюнных желез диагностируются в 4,62% случаев среди обращающихся за плановой или неотложной стоматологической помощью. Исследование показало, что с возрастом заболевания слюнных желез встречаются чаще. Люди пожилого и старческого возраста чаще, чем люди молодого и среднего возраста, обращаются в стоматологические отделения и кабинеты амбу-

латорно-поликлинических учреждений за медицинской помощью, в том числе неотложной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьева, Г.Т., Арьев А.Л. Геронтостоматология – объективная реальность // *Клиническая геронтология*. 2008. № 14. С. 3-8.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // *Пародонтология*. 2012. № 2 (63). С. 71-75.
3. Магина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез. Руководство для врачей под ред. проф. А.К. Иорданишвили. СПб.: СпецЛит, 2007. С. 202-254.
4. Самсонов В.В., Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. и др. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе // *Успехи геронтологии*. 2013. Т. 26. № 3. С. 540-543.
5. Хавинсон, В.Х., Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Рыжак Г.А. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста. СПб.: Нордмедиздат, 2011. С. 5-6.
6. Bradley P.J. Pathology and treatment of salivary gland conditions // *Surgery (Oxford)*. 2006. Vol. 24. № 9. P. 304-311.
7. Madani G.T., Beale T. Inflammatory Conditions of the Salivary // *Semin. Ultrasound, CT, and MRI*. 2006. Vol. 27. № 6. P. 440-451.

Поступила 07.07.2014



УДК 616.89 (616.523)

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л.М. Алимбарова¹, А.А. Лазаренко, Н.Д. Львов, Е.Л. Аверина²

¹ Алимбарова Людмила Михайловна, к.м.н., доцент, ФБГУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ. Тел. 8-499-190-30-40. E-mail: virology@mail.ru.

² Аверина Елена Леонидовна, ГБУЗ г. Москвы «Диагностический центр (Центр лабораторных исследований) Департамента здравоохранения, главный специалист. Тел. 8-495-945-33-19.

*ФБГУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» МЗ РФ,
ГБУЗ «Диагностический центр (Центр лабораторных исследований)
Департамента здравоохранения*

Изучены инфицированность вирусами простого герпеса (ВПГ) и участие иммунной системы в развитии и поддержании соматической патологии у больных пожилого возраста. Установлено значительное повышение содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов у пожилых людей с соматической патологией и сопутствующей герпесвирусной инфекцией, по сравнению с данными в контрольной группе. Показано, что определение маркеров герпесвирусной инфекции и уровня цитокинов в комплексе с иммунологическим обследованием имеет важное значение для оценки активности патологического процесса, прогноза течения заболевания и повышения качества жизни у пожилых больных с соматической патологией.

Ключевые слова: герпесвирусная инфекция, цитокины, интерлейкины, патология сердечно-сосудистой системы и респираторного тракта

INDICATORS OF IMMUNE INFLAMMATION IN ELDERLY PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY AND MERCHANDISE HERPESVIRUS INFECTIONS

L.M. Alimbarova¹, A.A. Lazarenko, N.D. Lvov, E.L. Averina²

¹ Alimbarova Liudmila Mikhaylovna, PhD, FBGU «Institute of Virology named after D.I. Ivanovskiy» of Ministry of Health of the Russian Federation. Tel. 8-499-190-30-40. E-mail: virology@mail.ru.

² Averina Elena Leonidovna GBUZ of Moscow Diagnostic Center (Center laboratory studies), Department of Health, main specialist. Tel. 8-495-945-33-19.

*FBGU «Institute of Virology named after D.I. Ivanovskiy»
of Ministry of Health of the Russian Federation,
GBUZ Diagnostic Center (Center laboratory studies), Department of Health*

Studied infection with herpes simplex (HSV) and part of the immune system in the development and maintenance of somatic pathology in elderly patients. A significant increase of serum proinflammatory cytokines in elderly people with a somatic pathology and associated herpesvirus infection was observed, in comparison with those in the control group. It is shown that the definition of herpes virus infection markers and cytokine levels in combination with immunological examination is important to assess the activity of the pathological process, prognosis of the disease and improve quality of life in elderly patients with somatic pathology.

Keywords: herpesvirus infection, cytokines, interleukins, pathologies of the cardiovascular system and the respiratory tract

В настоящее время увеличивается число пожилых больных пожилого возраста как в России, так и в мире. Одной из важных проблем гериатрии являются хронические неинфекционные болезни различных органов и систем, среди которых ведущую роль занимают заболевания сердечно-сосудистой системы и респираторного тракта [1,2]. На течение и исход патологических процессов у этих пациентов влияет взаимоотношающаяся патология, в том числе и инфекционной этиологии. Наиболее часто у больных на фоне инволюционной органной и системной недостаточности встречается оппортунистическая инфекция, обусловленная вирусами простого герпеса-1 и -2 (ВПГ-1,-2). Персистенция ВПГ-1,-2 связана с их способностью угнетать клеточный иммунитет, оказывая иммуносупрессивное воздействие, и индуцировать вторичный иммунодефицит [3]. Клиническая картина герпесвирусных инфекций (ГИ) у пациентов пожилого возраста характеризуется полиморфизмом: от ограниченного поражения кожи и слизистых оболочек до генерализованных форм с поражением кожи, внутренних органов, глаз, надпочечников, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также опорно-двигательного аппарата. Симптомы герпесвирусных инфекций не всегда специфичны. У пожилых пациентов соматические микст-заболевания, ассоциированные с герпесвирусными инфекциями, имеют затяжное течение и повышают риск осложнений. В связи с этим целью исследования явилось изучение маркеров ГИ и про- и противовоспалительных цитокинов у больных пожилого возраста с соматическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе использованы данные обследования 411 пациентов в возрасте 50–75 лет (средний возраст $63,5 \pm 10,5$ года) с различными клиническими формами, длительностью и тяжестью соматической патологии (ИБС, хронические легочные заболевания – хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких), проходивших амбулаторное лечение в КДЦ НИИ вирусологии. Контрольную группу составили 20 человек в возрасте 50–75 лет – 10 мужчин и 10 женщин, у которых в анамнезе отсутствовали острые или хронические соматические заболевания.

У всех пациентов помимо стандартного клинического обследования исследованы показатели клеточного и гуморального иммунитета, цитокинового статуса, определены вирусологические и серологические маркеры герпесвирусных инфекций. Выделяли вирус из образцов крови, слюны, мочи, отделяемого урогенитального тракта по общепринятым методикам. Маркеры специфического гуморального ответа к ВПГ-1,2 (IgM, IgG) определяли в образцах сыворотки крови иммунофлюоресцентным анализом (ИФА) с использованием коммерческих наборов VectoHSV – IgG-strip, VectoHSV – IgM (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Об активности инфекционного процесса судили по наличию ВПГ-1,2 в биологических материалах и специфических IgM, IgG-антител.

Определение лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD3+CD16+, CD3-CD8+, CD22+, CD25+, CD4+CD25hi в периферической крови проводили методом прямой иммунофлюоресценции на проточном цитофлюориметре «FACScan» («Becton Dickinson», США). Естественные регуляторные Т-клетки определяли как фракцию лимфоцитов CD4+CD25+ с высоким уровнем секреции CD25 (клетки CD4+CD25hi). Цитокины (IL-1 α , IL-4, IL-6, IL-8, TNF- α , IFN- γ , IFN- α) в сыворотке крови исследовали методом твердофазного ИФА с использованием тест-систем «ProCon» (ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург, Россия). Концентрацию цитокинов выражали в пг/мл.

Экспрессию генов интерлейкинов (IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, IL-18), фактора некроза опухолей (TNF- α), интерферонов (IFN- α , IFN- β , IFN- γ , IFN- λ 1, IFN- λ 2, IFN- λ 3) оценивали по активности мРНК цитокинов. Определение активности мРНК цитокинов проводили в культуре перевиваемой линии клеток фибробластов эмбриона человека (ФЭЧ) методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР). В качестве положительного контроля использовали β -актин. Регистрацию результатов ПЦР осуществляли электрофоретически в 2,5% агарозном геле, окрашенном бромистым этидием. Для идентификации нуклеотидных последовательностей применяли маркер для электрофореза фирмы Promega (G 1758).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием прикладных программ математико-статистического анализа Microsoft Office-Excel 7.0, Statistica 6.0. Результаты после проверки соответствия данных нормальному распределению обрабатывали параметрическими и непараметрическими методами вариационной статистики с заданным уровнем значимости $\alpha = 0,05$ и достоверностью $p = 95\%$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов были клинические и лабораторные признаки активного инфекционного процесса, косвенным подтверждением которого были в клиническом анализе крови относительный лимфоцитоз у 40% (130) и абсолютный лимфоцитоз – у 20% (65) пациентов. Специфическое противовирусное и иммуностропное лечение было отмечено в анамнезе у 84 (25,8%) пациентов.

Проведенное исследование позволило обнаружить у пациентов пожилого возраста наличие факторов высокого риска кардиоваскулярных осложнений и обострения хронических легочных заболеваний. Так, ВПГ был выделен у 325 (79%) человек из 411 пациентов, в том числе у 150 (46,15%) мужчин и у 175 женщин (53,85%). В группе сравнения ВПГ был выделен соответственно у 14 (70%) человек, у 6 (42,9%) мужчин и у 8 женщин (57,1%). Достоверной разницы в частоте изоляции ВПГ-1, -2 из различных биологических материалов у пациентов с соматической патологией, так и без таковой, установлено не было. Полученные результаты свидетельствовали о высоком уровне инфицированности ВПГ лиц пожилого возраста.

Наиболее часто ВПГ выделяли из образцов мочи (44,6%), урогенитального тракта (38,5%), образцов слюны (34,8%) и крови (4%) соответственно. У 35,7% пациентов ВПГ выделяли одновременно из 2 биологических материалов – из образцов слюны и мочи, у 3,9% пациентов – из 3 (крови, слюны и мочи или из слюны, мочи, отделяемого урогенитального тракта). В то время как в группе сравнения ВПГ достоверно чаще выделяли из образцов слюны 65% (9 человек); из крови только у 1 пациента. Следует отметить, что у пожилых пациентов как с соматической патологией, так и без таковой ВПГ выделяли после второго и(или) третьего пассажей, что было характерно для вялотекущего инфекционного процесса, а также для бессимптомного вирусывыделения и микст-инфекции.

Наиболее часто у пожилых пациентов герпесвирусные инфекции (ГИ) протекали в виде моноинфекции – в 60% (195) случаев; микст-инфекция (ВПГ-1 + ВПГ-2) была отмечена у 40% больных. В то же время признаки вторичной иммунной недостаточности (лимфаденопатия, субфебрилитет и астеновегетативные проявления) были у 76,9% пожилых пациентов с соматической патологией и не зависели от формы ГИ. У 84 (25,8%) пациентов ГИ протекала в рецидивирующей

форме, у 241 (74,2%) – в латентной. Клинические проявления ГИ на коже и слизистых оболочках, а также поражение урогенитального тракта достоверно чаще регистрировались при микст-инфекции по сравнению с моноинфекцией ($p < 0,05$). Среди пациентов с рецидивирующей формой инфекции атипичная форма встречалась в 10,1% (33) случаев.

Специфические антитела IgG были у 92,3% обследуемых, причем титры антител у женщин были достоверно выше, чем у мужчин. Антитела IgM были у 3,5% пациентов. В группе сравнения специфические антитела IgG были у 90,0% обследуемых, в то время как IgM – только у 1 человека из 20. Обе группы пациентов имели сопоставимые значения титров специфических противовирусных антител. У лиц с ССЗ была установлена взаимосвязь титров антител к ВПГ и параметров холтеровского мониторирования ЭКГ.

Общеизвестно, что иммунная система является важнейшим звеном адаптации и играет важную роль в патогенезе не только инфекционных процессов, но и различных соматических заболеваний [2-4]. В связи с этим представляло интерес изучение иммунной системы, в том числе про- и противовоспалительных цитокинов у людей пожилого возраста с соматической патологией, отягощенной инфицированием ВПГ.

Установлено значимое снижение содержания субпопуляций Т-лимфоцитов с маркерами CD3+, CD4+, CD16+, CD4+CD25+, повышение содержания CD22+, CD25+.

Функциональную активность Th1 и Th2 отражает уровень секретируемых ими цитокинов [4]. Поэтому наряду с изучением субпопуляций Т-клеток мы исследовали профиль цитокинов в сыворотке крови (таблица), особенно провоспалительных цитокинов: IL-1 α , IL-6, TNF- α , а также интерферонов (IFN), необходимых для развития эффективного иммунного ответа.

Уровень цитокинов (пг/мл), (M \pm m)

Цитокины	Хронические легочные заболевания n = 135	ИБС n = 190	Здоровые n = 20
TFN- α	29,4 \pm 1,8*	25,4 \pm 1,3*	12,9 \pm 1,5
IL -1 α	442,1 \pm 1,7*	394,1 \pm 10,7*	95,5 \pm 3,5
IL -4	69,8 \pm 2,3*	52,6 \pm 2,2*	24,6 \pm 2,3
IL -6	76,2 \pm 2,4*	80,3 \pm 2,6*	20,4 \pm 1,8
IL -8	190,4 \pm 1,2*	142,8 \pm 3,7*	24,5 \pm 3,5
IFN- α	85,0 \pm 2,9*	94,5 \pm 3,0*	48,0 \pm 3,0
IFN- γ	32,9 \pm 2,5*	30,5 \pm 3,0*	40,0 \pm 3,5

Примечание. * Различия статистически достоверны при $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

Как видно из данных таблицы, у лиц с соматической патологией содержание цитокинов в сыворотке крови, в частности TNF- α , IL-1 α , IL-4, IL-6, IL-8, было повышенным и существенно отличалось от аналогичных параметров в группе сравнения, $p < 0,05$. В то же время пациенты с хроническими легочными заболеваниями и с ИБС имели сопоставимые значения цитокинов.

У пациентов с хроническими легочными заболеваниями уровень ФНО- α превышал аналогичный показатель в группе сравнения в 2,27 раза, IL-1 α – в 4,6 раза, IL-4 – в 3,7 раза, IL-6 – в 3,1 раза, IL-8 – в 7,7 раза и составил соответственно $190,4 \pm 1,2$ пг/мл vs $24,5 \pm 3,5$ пг/мл, ($p < 0,01$).

У больных с ИБС уровень ФНО- α превышал аналогичный показатель в группе сравнения в 1,9 раза, IL-1 α – в 4,1 раза, IL-4 – в 2,1 раза, IL-6 – в 3,9 раз, IL-8 – в 5,8 раз и составил $142,8 \pm 3,7$ пг/мл, ($p < 0,05$). В то же время показатели IFN- γ были в 1,2 раза ниже по сравнению с группой сравнения. Такой профиль цитокинов подтверждает участие системы цитокинов в прогрессировании сердечно-сосудистой патологии у больных пожилого возраста.

Статистически значимое повышение уровня интерлейкинов в сыворотке крови, и прежде всего IL-1 α и IL-6, TNF- α , свидетельствовало об активации воспаления, в индуцировании которого, вероятно, играет роль как возрастное изменение реактивности иммунной системы, так и дисфункция эндотелия, гипоксия периферических тканей, инфицирование ВПГ [4]. Наиболее глубокие изменения иммунореактивности установлены у пациентов с рецидивирующей формой ГИ, а также при микст-инфекции.

Наряду с определением цитокинов мы изучили экспрессию генов интерлейкинов (IL-1 α , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, IL-18) фактора некроза опухолей (TNF- α), интерферонов (IFN- α , IFN- β , IFN- γ , IFN- λ 1, IFN- λ 2, IFN- λ 3) *in vitro* под влиянием изолятов ВПГ, выделенных у пациентов в культуре перевиваемой линии фибробластов эмбриона человека (ФЭЧ). У больных пожилого возраста были обнаружены разнонаправленные нарушения в системе интерлейкинов. Установлена повышенная экспрессия генов интерлейкинов IL-1 α , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , IFN- α и IFN- λ 3, наиболее выраженная у больных с рецидивирующей формой инфекции. Показано, что изоляты ВПГ через 48–72 ч воздействия активировали в клетках ФЭЧ транскрипцию интерферона I типа – IFN- α и IFN

III типа – IFN- λ 3, характерную для известных штаммов ВПГ и указывающую на активацию способности клеток к ингибции репродукции вируса в клетках ФЭЧ. Изучаемые изоляты активировали в клетках экспрессию генов TNF- α – через 24 ч после заражения и IL-10 – через 24–72 ч после заражения. Увеличение продукции TNF- α , IL-10 в 1–2-е сутки после инфицирования сочеталось с первыми признаками синцитиеобразования, в то время как максимальный уровень IL-10, TNF- α и мРНК IFN- λ 3, обладающих либо плейотропным, либо антивирусным свойством, с максимальным синцитиеобразованием на 4-е сутки исследования.

Таким образом, изменения в профиле цитокинов у больных свидетельствуют о наличии у них выраженного нарушения иммунологической реактивности.

Герпесвирусная инфекция является одной из распространенных инфекций человека. В наших исследованиях показана высокая частота инфицированности лиц пожилого возраста, что согласуется с данными литературы [3].

Особый интерес представляет изучение активности иммунной системы у людей пожилого возраста, поскольку наличие у них ряда заболеваний является следствием возрастных изменений иммунного статуса [1,5]. Естественное старение организма сопровождается сбалансированным иммунодефицитом, затрагивающим различные звенья иммунной системы. С возрастом у людей часто отмечается нарушение Th1/Th2 клеточного баланса, отвечающего за клеточный и гуморальный тип специфического иммунного ответа [6,7]. Естественные регуляторные Т-клетки через контроль баланса Th1/Th2 могут также играть роль в достижении и поддержании контроля над соматическими болезнями. В работе выявлены особенности Т-клеточного звена иммунной системы у больных с различной соматической патологией и установлена взаимосвязь между количеством естественных регуляторных Т-клеток и выраженностью соматической патологии: чем ниже количество Т-клеток, тем хуже контролируется заболевание. Степень дисбаланса Th1/Th2 с преобладанием активности Th2-клеток у больных с патологией ССС и респираторного тракта, определяемая по уровню IL-4 и IFN- γ в сыворотке крови, находится в обратной зависимости от содержания естественных регуляторных Т-клеток в периферической крови.

В последние годы показано, что в патогенезе как инфекционных заболеваний, в том числе гер-

песвирусной инфекции, так и различных соматических, онкологических, аллергических и аутоиммунных болезней ведущую роль играет нарушение баланса цитокинов, в основном про- и противовоспалительного ряда [2-4,8-10]. Цитокины являются мультифакторными протеинами, которые в физиологических и патофизиологических процессах выполняют иммунорегуляторную и нейромодулирующую функции [3,4,8,11]. В физиологических условиях спектр цитокинов в крови незначителен, а их регуляторный эффект ограничен специфическими ингибиторами. При различных патологических состояниях существенно изменяются качественный состав и уровень цитокинов [8]. Даже очень низкий уровень цитокинов может индуцировать выраженный биологический эффект. Мишенями их действия служат практически все клетки органов и тканей. У людей пожилого возраста дисрегуляция уровня цитокиновой и гормональной активности предопределяет молекулярную основу развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, респираторного тракта и ЦНС. Высокий уровень провоспалительных цитокинов, их динамика отражают морфологические и биохимические изменения [8,10].

Известно, что цитокины способны модулировать функцию сердечно-сосудистой системы. В здоровом сердце цитокины не синтезируются, однако доказано, что в кардиомиоцитах в условиях ишемии они могут продуцироваться [7,12]. Тканевая гипоксия, повреждение миокарда, нарушение баланса иммунокомпетентных клеток в интима сосудов и их активности приводят к синтезу избытка цитокинов, что нарушает эндотелийзависимую релаксацию периферических сосудов [10,12,13]. Про- и противовоспалительные цитокины могут продуцировать также Т-лимфоциты, в том числе Т-хелперы 1 типа (Th1) и Th2, которые находятся в составе атеросклеротической бляшки. Дисбаланс цитокинов, в частности интерлейкинов-1, -6, -10 и TNF- α , особенно характерен у пожилых людей при иммунном воспалении. Особую роль в данном случае играют межклеточные взаимодействия между эндотелием и лейкоцитами, синтезирующими биологически активные цитокины и другие вазоактивные вещества. Доказано наличие взаимосвязи между титрами некоторых цитокинов и NO-зависимой релаксацией сосудов [13]. Провоспалительные интерлейкины могут извращать сосудистую реакцию, увеличивать содержание индуцибельной

NO-синтазы в эндотелии и гладкомышечных клетках сосудов.

Продукция цитокинов – IFN- α/β , IFN- γ , IL-1 α , IL-12, TNF- α является также одним из ранних неспецифических ответов на инфицирование ВПГ [3,4]. При этом цитокиновый ответ напрямую связан со стадией герпесвирусной инфекции. Рецидивирующая герпесвирусная инфекция обычно наблюдается у людей, имеющих специфический комбинированный иммунодефицит лимфоидного типа, и протекает на фоне блокирования адаптивного противовирусного и антиинфекционного иммунитета со снижением числа Т-лимфоцитов с маркерами CD4+, CD8+, CD16+, CD25+ клеток, соотношения CD4+/CD8+ и секреторного sIgA, угнетением синтеза цитокинов (IL-2, IFN- α и IFN- γ), низким соотношением IFN- γ /IL-4, обусловленным преобладанием Th2-типа иммунного ответа, повышением активности супрессорного цитокина IL-10 [9].

Выявленное нами повышение уровня цитокинов в сыворотке крови у больных пожилого возраста может объясняться возрастными особенностями, снижением нейроэндокринной регуляции, активности иммунной системы, а также инфицированием ВПГ.

Провоспалительные цитокины IL-1 α и TNF- α выступают как факторы неспецифической защиты, являются взаимными индукторами, усиливая продукцию IL-6 [4]. По данным ряда авторов, появление TNF- α в крови отмечается на самых ранних этапах патологического процесса [4,10]. По функциональной активности TNF- α подобен IL-1 α и IL-6, обладает функцией стимулятора для Т-клеточной активации, стимулирует антителообразование В-клетками, играет ведущую роль в развитии и течении воспалительных реакций, заболеваний сердечно-сосудистой и других систем у людей пожилого возраста. Повышение продукции TNF- α наблюдается при рецидивирующей герпесвирусной инфекции. Нами отмечены существенные различия в содержании этого цитокина у больных по сравнению с контролем, связанные не только с возрастными изменениями иммунореактивности, но и наличием условий, при которых высокий уровень TNF- α не вызывает противовоспалительный эффект.

IL-6 обладает способностью оказывать адаптивное действие в низкой концентрации, вызывая значительное увеличение продукции антител (IgG, IgM) и может выступать как антагонист IL-1 α и TNF- α , индуцируя продукты природных антагонистов [4].

Интерлейкин IL-4 относится к противовоспалительным интерлейкинам, обладает широким спектром биологической активности, ингибирует продукцию IL-1, IL-6 и TNF- α [4] и существенно ограничивает воспалительный процесс, это важнейший медиатор, обеспечивающий хелперные функции Т-лимфоцитов, регулирует выработку антител, важный компонент цитокинового звена выраженности сердечной недостаточности. Кроме того, IL-4 блокирует продукцию оксида азота, стимулирует дифференцировку Th2-клеток из предшественников, принимает непосредственное участие в защите организма путем блокады продукции IL-1. У наблюдаемых пациентов отмечено достоверное повышение уровня IL-4, в то время как в группе сравнения уровень IL-4 в сыворотке крови не превышал $24,6 \pm 2,3$ пкг/мл.

Интерлейкин IL-8 относится к провоспалительным цитокинам, подавляет синтез IFN- γ , ингибирует Th1-иммунный ответ, стимулирует адгезивные свойства нейтрофилов, выполняет роль индуктора острой воспалительной реакции, имеющего большое значение как в хронизации патологического процесса, так и в обеспечении его благополучного исхода. Повышение его функциональной активности сопровождается снижением синтеза IFN- γ и ингибированием Th1-иммунного ответа у обследуемых пациентов.

IL-10, являясь ингибитором синтеза IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-12, TNF- α , способствует снижению противомикробного иммунитета и развитию хронических инфекций. IL-10 обладает защитным свойством в отношении эндотелия сосудов, так как ослабляет эффект ангиотензина II, активированного продуктами оксидантного стресса, и восстанавливает активность NO-синтазы [10]. Источником IL-10 являются моноциты, макрофаги, активированные Т-хелперы; циркулирующие иммунные комплексы увеличивают его продукцию.

IFN- α регулирует функциональную активность системы неспецифической резистентности, обладает антивирусной активностью, является физиологическим ингибитором пролиферации клеток, активатором НК-клеток. Выявленное нами увеличение содержания IFN- α в сыворотке крови у лиц пожилого возраста обусловлено возрастными изменениями резистентности организма — ослаблением устойчивости к инфекциям, в том числе ВПГ-этиологии.

IFN- γ является представителем семейства цитокинов, регулирующих развитие воспалительных реакций при специфическом клеточном им-

мунном ответе, вырабатывается хелперными Т-лимфоцитами типа Th1, активирует продукцию провоспалительных цитокинов. У пациентов продукция IFN- γ была достоверно снижена.

ВЫВОДЫ

Резюмируя изложенное, можно высказать мнение, что определение маркеров GI и профиля цитокинов в комплексе с иммунологическим обследованием имеет важное значение в оценке активности патологического процесса, состояния иммунной системы, прогноза течения заболевания, подбора оптимальной схемы лечения и повышения качества жизни у пожилых с соматической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по геронтологии и гериатрии. Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. Т. 2. 784 с.
2. Vahanian A., Baumgartner H., Bax J. et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. 2007. Vol. 28. P. 230-268.
3. Руководство по вирусологии. Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред. Д.К. Львова. М.: МИА. 2013. 1200 с.
4. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология. Национальное руководство М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 636 с.
5. Воронков Л.Г. Хроническая сердечная недостаточность у больных в возрасте старше 70 лет: особенности патогенеза, диагностики и фармакотерапии // Украинский кардиологический журнал. 2005. № 4. С. 126-131.
6. Маншарипова А.Т. и др. Изучение показателей иммунитета и апоптоза при коронарной болезни сердца // Мед. иммунология. 2005. Т. 7. № 2-3. С. 253-254.
7. Аникин В.В., Михайленко А.А., Майоров Р.В. Иммунокорректирующая терапия как способ повышения эффективности нитратов в лечении стенокардии // Российск. кардиол. журн. 2010. № 5 (85). С. 73-76.
8. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление. 2003. Т. 2. № 3. С. 20-35.
9. Su H.C., Cousens L.P., Fast L.D. et al. CD4+ T cell interactions in INF γ and IL-4 responses to viral infections // J. Immunol. 1998. Vol. 160. P. 5007-5017.
10. Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю., Беленков Ю.Н., Фукс Д. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. 1999. № 3. С. 66-73.
11. Anisman H., Merali Z. Cytokines, stress and depressive illness: brain-immune interactions // Ann. Med. 2003. Vol. 35. № 1. P. 2-11.
12. Сукманова И.А., Яхонтов Д.А., Поспелова Т.И. Показатели функции эндотелия, морфофункциональные параметры сердца и метаболический статус при диастолической хронической сердечной недостаточности у больных разных возрастных групп // Сердечная недостаточность. 2010. № 3. С. 72-75.
13. Gottdiener J.S. et al. Predictors of congestive heart failure in the elderly: the Cardiovascular Health Study // J. Amer. Coll. Cardiol. 2000. № 35. С. 1628-1637.

Поступила 01.07.2014

ПОКАЗАТЕЛИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПРИЗНАКАМИ УСКОРЕННОГО СТАРЕНИЯ

Н.О. Захарова¹, Е.В. Тренева²

¹ Захарова Наталья Олеговна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой гериатрии СГМУ. Тел.: 8(846) 951-76-45. E-mail: geriatry@mail.ru.

² Тренева Екатерина Вячеславовна, аспирант кафедры гериатрии, терапевт. Тел.: 8(846) 9517645, 8(987) 915-55-79. E-mail: eka1006@yandex.ru.

Самарский государственный медицинский университет

Представлены результаты обследования пациентов, принимавших участие в боевых действиях. У ветеранов боевых действий по сравнению с группой контроля отмечены увеличение биологического возраста, возрастание агрегационной активности тромбоцитов и увеличение сосудистой жесткости, что обуславливает повышенный риск в развитии сердечно-сосудистой патологии и ее течения.

Ключевые слова: ускоренное старение, артериальная гипертензия, агрегация тромбоцитов, сосудистая жесткость, ветераны боевых действий

INDICATORS OF PLATELET AGGREGATION AND VASCULAR WALL STIFFNESS AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN COMBAT VETERANS WITH SYMPTOMS OF ACCELERATED AGING

N.O. Zakharova¹, E.V. Treneva²

¹ Zaharova Natalya Olegovna, MD, professor managing department of geriatrics, Samara State Medical University, 89 ul. Chapaevskaya, Samara 443099, e-mail: geriatry@mail.ru.

² Treneva Ekaterina Viacheslavovna, graduate student, Samara State Medical University, 89 ul. Chapaevskaya, Samara 443099, e-mail: geriatry@mail.ru.

Samara State Medical University

The article presents results of investigation of patients veterans of War. Showed an increase of the biological age of veterans of combat operations compared to the control group. Patients is increasing aggregation platelet activity and increased vascular stiffness, which leads to increased risk in the development and progression of cardiovascular disease.

Key words: senescence, arterial hypertension, platelet aggregation, arterial stiffness, veterans of War

Тяжелые психологические травмы, связанные с воздействием чрезвычайных факторов как военного, так и иного характера, способствуют формированию хронического дистресс-синдрома [1]. Сердечно-сосудистая система отличается высокой реактивностью и играет главенствующую роль в адаптационной перестройке функционального состояния организма, что определяет её практически немедленное вовлечение в стрессорные реакции. [5]. Краткосрочная стимуляция симпатoadреналовой системы, возникающая в условиях любого стресса, в норме обеспечивает адекватную психомоторную реакцию. Хроническая психогенная стимуляция приводит к патологическим изменениям сердечно-сосудистой системы или ее ремоделированию [8]. Одним из ведущих механизмов формирования и развития осложнений при АГ считается повышенная жесткость стенки артерий, определяемая скоростью распространения пульсовой волны (СРПВ) и лодыжечно-плечевым индексом (ЛПИ) [6,7]. Важную роль в патогенезе кардиоваскулярной патологии также отводят возрастанию агрегационной функции тромбоцитов, гиперкоагуляции и нарушениям микроциркуляции с развитием циркуляторной гипоксии [2]. По данным ряда авторов, именно состояние тромбоцитарного звена гемостаза отражает наиболее ранние нарушения гемостатического баланса [3,4].

Цель исследования: оценить темп старения, состояние сосудистой стенки артерий эластического типа, агрегационную активность тромбоцитов у ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе Центра медицинской и медико-психологической реабилитации участников боевых действий, контртеррористических операций и членов семей погибших военнослужащих Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн (СОКГВВ). Для решения поставленной цели нами обследован 91 мужчина, средний возраст $53,13 \pm 2,9$ года. Основная (I) группа: 31 пациент с гипертонической болезнью II стадии, 1–2-й степени, высокого риска, принимавшими участие в боевых действиях на территории Афганистана (1979–1989 гг.) и Чеченской Республики (1994–2002 гг.) (ВБД). II группу (сравнения) составили 30 человек без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, принимавших участие в боевых действиях на территории Афганистана и Чеченской Республики. Срок службы

в условиях боевых действий у пациентов составил $14 \pm 4,6$ мес. У всех обследованных в анамнезе присутствовал факт перенесенного боевого стресса (ведение боевых действий). В III группу (контроль) вошли 30 пациентов без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, не принимавших участие в боевых действиях.

Состояние сосудистой стенки оценивали методом объёмной сфигмографии прибором VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония) по показателям скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям преимущественно эластического типа справа и слева (R/L-PWV) и лодыжечно-плечевому индексу (ЛПИ) с обеих сторон (R/L-CAVI). Определяли биологический возраст (БВ) артерий автоматически по графику с учетом выше обозначенных значений. На основании разницы между биологическим и календарным возрастом оценивался темп старения пациентов (БВ–КВ, годы). Агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью лазерного агрегометра 230 LA НПФ «Биола». Определяли исходную спонтанную агрегацию тромбоцитов и агрегацию тромбоцитов в ответ на действие агонистов. В качестве индукторов использовались: АДФ – 5 мкмоль/л, адреналин – 5 мкг/л. Статистическую обработку данных проводили в среде программного пакета Statistica 6.0 (Stat. SoftInc., USA). Использовали параметрические методы. Рассчитывали средние показатели по группам, для всей выборки (M) и стандартное отклонение (SD). Сравнения межгрупповых различий проводили с использованием дисперсионного анализа Anova. Результаты считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе показателей биологического возраста артерий испытуемых отмечается достоверное различие при сравнении с календарным возрастом (КВ) во всех группах пациентов (табл. 1). В I и II группах отмечается увеличение БВ на $10,62 \pm 0,92$ лет и $7,14 \pm 0,73$ лет соответственно, что свидетельствует об ускоренном старении артерий у ветеранов боевых действий. У больных с артериальной гипертензией (АГ) отмечается достоверное увеличение БВ по сравнению с другими пациентами. У пациентов II группы, несмотря на отсутствие клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, также отмечается достоверное ускоренное старение артерий. У испытуемых группы контроля определяется замедление темпов старения на $6,32 \pm 0,91$ лет.

У пациентов с АГ наблюдается достоверное повышение на 41,3 % скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях эластичес-

кого типа по сравнению с таковой в группе контроля ($p < 0,05$) (табл. 2). Обращает на себя внимание, что лодыжечно-плечевой индекс в I группе статистически значимо повышен по сравнению с обеими группами: контрольной – на 43,3%, II – на 22,6% ($p < 0,05$). У ветеранов боевых действий без патологии сердечно-сосудистой системы не отмечены достоверные различия с обеими группами, однако СРПВ увеличена на 21,3%, а ЛПИ на 16,9% по сравнению с контрольной группой.

Полученные результаты (табл. 3) свидетельствуют о значительном повышении агрегационной способности тромбоцитов у пациентов – ветеранов боевых действий. Показатели спонтан-

ной агрегации повышены на 58,9 и 34,8% в I и II группах соответственно по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$). Отмечено достоверно значимое повышение индуцированной агонистами агрегации, в частности, адреналин-индуцированная агрегация повышена более, чем в 2 раза в обеих группах по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

- Ветераны боевых действий, страдающие артериальной гипертонией, представляют собой группу повышенного риска сердечно-сосудистых осложнений ввиду признаков ускоренного сосудистого старения, повышенных артериальной жесткости и агрегационной активности тромбоцитов.
- Ветераны боевых действий без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии представляют собой группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленного наличием у них субклинического ремоделирования артерий и предрасположенности к внутрисосудистому тромбообразованию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишев Н.В., Цыган В.Н., Драбкин Б.А., Апчел В.Я. и др. Психосоциальный стресс и соматические заболевания у ветеранов подразделений особого риска // Успехи геронтологии. 2008. Т. 21. № 2. С. 276-285.
2. Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов И.И., Тлешуков И.К. Физиология системы гемостаза. М., 1995. 243 с.
3. Гаврилов А.О., Сокольская Н.О., Гаврилов О.К. Общая гемоагрегатология. Часть 4: Реология, микроциркуляция и агрегатное состояние крови. М., 2001.
4. Задионченко В.С., Богатырева К.М., Адашева Т.В. Лечебная коррекция нарушений тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и изменений реологических свойств крови у больных артериальной гипертонией и др. // Тер. арх. 1996. № 5. С. 63-67.
5. Зайцев А.А., Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф., Абрамович С.Г. Влияние экстремальных стрессорных факторов на состояние основных систем гомеостаза у лиц опасных профессий // Сибирский мед. журн. 2011. № 6. С. 152-154.
6. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Виллевалде С.В. Рекомендации по артериальной гипертонии 2007 г.: текст, контекст и размышления // Кардиология. 2008. Т. 2. С. 72-87.
7. Соколов А.А., Солдатенко М.В. Увеличение резистивности артерий как определяющий фактор развития изолированной систолической артериальной гипертонии // Артериальная гипертензия. 2007. Т. 13. № 1. С. 36-45.
8. Судяков К.В. Психосоциальный стресс: профилактика и реабилитация // Тер. арх. 1997. № 69. С. 70-74.

Поступила 18.03.2014

Таблица 1
Показатели биологического возраста артерий у обследованных групп

Возраст, годы	Группа		
	I	II	III
Календарный	55,09 ± 2,91	51,18 ± 2,74	53,12 ± 2,46
Биологический	65,71 ± 2,56*#^	58,32 ± 2,13*^	46,8 ± 1,84*
БВ-КВ, лет	10,62 ± 0,92	7,14 ± 0,73	-6,32 ± 0,91

Примечание. * $p < 0,05$ при сравнении с КВ, # $p_{1-2} < 0,05$, ^ $p_{1-3} < 0,001$, ^ $p_{2-3} < 0,001$.

Таблица 2
Показатели жесткости сосудистой стенки у испытуемых

Показатель	Группа		
	I	II	III
R-PWV, м/с	14,24 ± 1,09*	12,23 ± 1,01	10,08 ± 0,72
L-PWV, м/с	14,22 ± 1,10*	12,29 ± 1,02	10,04 ± 0,73
R-CAVI	10,19 ± 0,61*#	8,31 ± 0,54	7,11 ± 0,32
L-CAVI	10,16 ± 0,63*#	8,35 ± 0,51	7,19 ± 0,40

Примечание. * $p_{1-3} < 0,05$, # $p_{1-2} < 0,05$. Обозначения показателей см. в тексте.

Таблица 3
Показатели агрегационной способности тромбоцитов по кривой среднего размера агрегатов

Показатель	Группа		
	I	II	III
Спонтанная, отн.ед	1,78 ± 0,14*	1,51 ± 0,09^	1,12 ± 0,08
АДФ, отн. ед	5,01 ± 0,40*#	4,09 ± 0,24^	3,04 ± 0,19
Адреналин, отн. ед	6,74 ± 0,58*#	5,25 ± 0,48^	2,62 ± 0,22

Примечание. * $p_{1-3} < 0,001$, # $p_{1-2} < 0,001$, ^ $p_{2-3} < 0,001$.

ФАКТОРЫ РИСКА УРОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

П.В. Маслов¹, Д.С. Медведев², С.У. Мурсалов, А.А. Большаков,
А.У. Мурсалов, Л.Н. Аргвлиани³, А.С. Климов

¹ Маслов Павел Витальевич – Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, научный сотрудник отдела клинической геронтологии. Тел. +79629821563. E-mail: wrach73@mail.ru.

² Медведев Дмитрий Станиславович. Доктор медицинских наук, доцент. Заведующий лабораторией восстановительного лечения и реабилитации Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии. Тел. +7(911)098-22-85. E-mail: rsc-ide@yandex.ru.

³ Аргвлиани Лиана Нодаровна – АНО Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», научный сотрудник отдела клинической геронтологии. Тел.: +7(985)722-63-39. E-mail: nimegerontologija@mail.ru.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
АНО Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»*

Представлены собственные данные о переносимости стрессового воздействия людьми пожилого возраста и о механизмах почечной адаптации к операционному и тепловому стрессу при исходно интактных почках. Результаты обследования 138 пациентов показали, что возраст пациента, операционная травма и фактор температуры окружающей среды являются независимыми и взаимоотягивающими факторами интраоперационного нейроиммунно-эндокринного дисбаланса и факторами повышения риска периоперационных уродинамических инцидентов.

Ключевые слова: стресс, уродинамические инциденты, пожилой возраст

RISK FACTORS OF URODYNAMIC DISORDERS IN OLDER PEOPLE IN ACUTE STRESS EFFECT

P.V. Maslov¹, D.S. Medvedev², S.U. Mursalov, A.A. Bolshakov,
A.U. Mursalov, L.N. Argvliani³, A.S. Kilmov

¹ Maslov Pavel Vitalevich – St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, Research Fellow, Department of Clinical Gerontology. Tel. +79629821563. E-mail: wrach73@mail.ru.

² Dmitry Medvedev, MD, associate professor. Head of the Laboratory of restorative treatment and rehabilitation of the St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology. Tel. +7(911)098-22-85. E-mail: rsc-ide@yandex.ru.

³ Argvliani Liana Nodarovna – ANO Research Medical Center «Gerontology», Research Fellow, Department of Clinical Gerontology. Tel.: +7(985)722-63-39. E-mail: nimegerontologija@mail.ru.

*St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology,
ANO Research Medical Center «Gerontology»*

Presented its own data on tolerability of stress elderly people and on the mechanisms of renal adaptation to operational and heat stress when initially intact kidneys. The results of a survey of 138 patients showed that the age of the patient, surgical trauma, and the ambient temperature factor are independent and intraoperative factors that influence neuro-immune- and endocrine-imbalance factors and increased risk of perioperative urodynamic incidents.

Key words: stress, urodynamic, elderly

С клинической точки зрения, для лиц в пожилом возрасте характерна полиморбидность [2]. В то же время большинство исследований в этой области ориентировано с позиций нозологии на изучение полиморбидности на основе сердечно-сосудистого континуума [1]. Вместе с тем задействованными в патологических процессах в пожилом возрасте могут быть и интактные органы, особенно в условиях стрессового воздействия [4-6]. Одним из потенциальных органов, которые могут быть задействованными в этих процессах в качестве так называемых мишеней, являются почки [3,7]. И если в литературе довольно много работ по проблеме участия почек в генезе полиморбидности при соматической патологии, то их роль в так называемых стрессовых состояниях обсуждается мало.

Цель исследования — изучить механизмы адаптации функционирования почек к стрессовому воздействию в пожилом возрасте (на примере операционного и теплового стресса).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены особенности функционирования почек у пациентов разного возраста без выраженной соматической патологии, оперированных по поводу острой хирургической патологии (ущемленная паховая, пахово-бедренная или пупочная грыжа): в условиях нормального температурного режима и в условиях повышенной температуры окружающей среды.

В исследование были включены 138 пациентов, которым выполнены экстренные оперативные вмешательства по поводу ущемленной паховой, пахово-бедренной или пупочной грыжи. Выбор этой модели операционного стресса был связан с тем, что данная хирургическая патология существенно не влияет на общее состояние пациентов. Пациенты были соматически практически здоровыми, а почки исходно интактными.

Пациенты были разделены на следующие группы:

1. Пациенты, у которых оперативные вмешательства были выполнены в условиях нормального температурного режима. Операции были выполнены в 2011 и в 2012 гг. в период с марта по май, средняя дневная температура наружного воздуха соответствовала климатической норме, средняя температура в палатах и операционной составляла $22,2 \pm 1,0$ °C (n = 65):

1.1. Пациенты молодого возраста (n = 34, возраст от 20 до 39 лет, средний возраст $32,2 \pm 3,4$ года, мужчин — 29, женщин — 5).

1.2. Пациенты пожилого возраста (n = 31, возраст от 60 до 69 лет, средний возраст $63,2 \pm 2,1$ года, мужчин — 28, женщин — 3).

2. Пациенты, у которых оперативные вмешательства были выполнены в условиях высокой температуры окружающей среды. Операции выполнены в 2011 и в 2012 гг. в период с июля по август, средняя дневная температура наружного воздуха превышала климатическую норму на $4,8$ °C, средняя температура в палатах и операционной составляла $28,3 \pm 1,1$ °C (n = 73):

2.1. Пациенты молодого возраста (n = 31, возраст от 20 до 39 лет, средний возраст $33,4 \pm 3,3$ года, мужчин — 29, женщин — 2).

2.2. Пациенты пожилого возраста (n = 42, возраст от 60 до 69 лет, средний возраст $65,1 \pm 2,4$ года, мужчин — 36, женщин — 6);

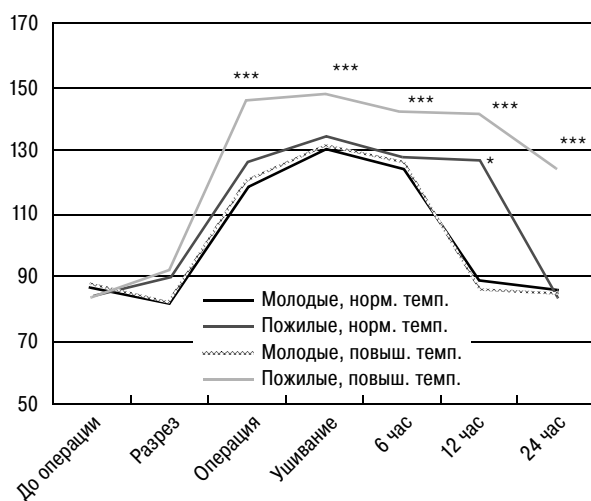
Группы были сопоставимы по исходному состоянию пациентов, объему и характеру оперативных вмешательств, методам анестезиологического обеспечения.

У всех пациентов исследован уровень фактора некроза опухолей альфа (ФНО- α) в плазме крови перед операцией, в момент разреза, наиболее травматических моментов операции, ушивания операционной раны, а также через 6, 12 и 24 ч после операции. Всем пациентам до операции, после операции, через 1, 2 и 3 сут после операции определялись уровень мочевины и креатинина в сыворотке крови и определялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Также проводилось динамическое наблюдение за количественными и качественными показателями диуреза и регистрировались уродинамические инциденты — снижение диуреза менее 50 мл/ч и (или) снижение СКФ более чем на 15% от минимальных нормативных значений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Определение концентрации фактора некроза опухоли (ФНО- α) служило интегральным механизмом влияния сочетания операционного стресса и температурного фактора на вероятность цитокинового повреждения организма.

При проведении оперативных вмешательств в условиях нормального температурного режима, использовании эндотрахеальной анестезии имело место умеренное повышение уровня ФНО- α в плазме крови на ряде значимых этапов оперативного вмешательства (рисунок).



Динамика ФНО- α в плазме крови (пг/мл) у людей молодого и пожилого возраста в процессе выполнения операций в различных температурных условиях.

В этих условиях у пациентов молодого возраста во время разреза уровень ФНО- α в плазме крови — $87,6 \pm 3,7$ пг/мл — достоверно не отличался от исходного уровня в $82,6 \pm 2,2$ пг/мл ($p > 0,05$). Другая закономерность, в соответствии с которой уровень ФНО- α достоверно превышал исходный, наблюдалась во время наиболее травматических моментов операции — $118,7 \pm 3,4$ пг/мл, в конце операции — $130,2 \pm 7,0$ пг/мл, а также через 6 ч после операции — $124,0 \pm 5,0$ пг/мл (для указанных этапов $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем). Однако через 12 ч и 24 ч после операции уровень ФНО- α в сыворотке крови соответствовал исходному ($p > 0,05$) и составлял $89,0 \pm 2,2$ и $86,4 \pm 3,9$ пг/мл соответственно.

У людей пожилого возраста в условиях нормального температурного режима ситуация не намного отличалась от таковой у людей молодого возраста. Так же как и у людей молодого возраста, в пожилом возрасте во время разреза уровень ФНО- α в плазме крови достоверно не отличался от исходного уровня в $84,5 \pm 3,1$ пг/мл и составлял $90,2 \pm 4,1$ пг/мл ($p > 0,05$). На дальнейших этапах операции в пожилом возрасте, как и в молодом уровень ФНО- α достоверно превышал исходный и во время наиболее травматических моментов операции составлял $126,8 \pm 5,1$ пг/мл, в конце операции — $134,3 \pm 4,2$ пг/мл, через 6 ч после операции — $128,2 \pm 3,9$ пг/мл (для указанных этапов $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем). Однако в отличие от пациентов моло-

дого возраста, через 12 ч после операции уровень ФНО- α в плазме крови продолжал оставаться высоким ($127,6 \pm 2,8$ пг/мл, $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем в данной возрастной группе и по сравнению с аналогичным операционным периодом у людей молодого возраста). Уровень ФНО- α возвращался к исходным значениям только через 24 ч и составлял $84,8 \pm 6,0$ пг/мл ($p < 0,05$).

При проведении оперативных вмешательств в условиях повышенного температурного режима у молодых людей имело место умеренное повышение ФНО- α на ряде значимых этапов оперативных вмешательств, достоверно не отличающееся от такового при операциях в условиях нормального температурного режима ($p > 0,05$).

Так, в этих условиях у пациентов молодого возраста во время разреза уровень ФНО- α в плазме крови — $88,2 \pm 3,6$ пг/мл — достоверно не отличался от исходного уровня в $82,6 \pm 2,2$ пг/мл ($p > 0,05$). Схожая с нормальными температурными условиями закономерность, в соответствии с которой уровень ФНО- α достоверно превышал исходный, наблюдалась во время наиболее травматических моментов операции — $120,2 \pm 3,8$ пг/мл, в конце операции — $131,4 \pm 6,5$ пг/мл, а также через 6 ч после операции — $126,2 \pm 4,9$ пг/мл (для указанных этапов $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем). Однако через 12 ч и 24 ч после операции уровень ФНО- α в сыворотке крови соответствовал исходному ($p > 0,05$) и составлял $86,2 \pm 4,2$ и $85,6 \pm 4,1$ пг/мл соответственно. При этом эти показатели на всех этапах достоверно не отличались от таковых при операциях в условиях нормального температурного режима ($p > 0,05$).

У людей пожилого возраста в условиях повышенного температурного режима ситуация не намного отличалась от таковой у людей молодого возраста. Так же как и у людей молодого возраста, в пожилом возрасте во время разреза уровень ФНО- α в плазме крови достоверно не отличался от исходного уровня в $84,5 \pm 3,1$ пг/мл и составлял $92,4 \pm 5,6$ пг/мл ($p > 0,05$). На дальнейших этапах операции в пожилом возрасте, так же как и в молодом возрасте, уровень ФНО- α достоверно превышал исходный, и во время наиболее травматических моментов операции составлял $146,9 \pm 5,2$ пг/мл, в конце операции — $147,4 \pm 4,6$ пг/мл, через 6 ч после опе-

рации – $142,4 \pm 5,6$ пг/мл (для указанных этапов $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем). Однако в отличие от пациентов молодого возраста, через 12 ч после операции уровень ФНО- α в плазме крови продолжал оставаться высоким ($141,2 \pm 3,1$ пг/мл, $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем в данной возрастной группе и по сравнению с аналогичным послеоперационным периодом у людей молодого возраста). Уровень ФНО- α в плазме крови и через 24 ч после операции оставался повышенным и составлял $124,2 \pm 5,1$ пг/мл ($p < 0,05$ с исходным уровнем в данной возрастной группе и по сравнению с аналогичным операционным периодом у людей молодого возраста). Кроме того, на всех этапах, начиная с травматических моментов операции и до периода 24 ч после операции, уровень ФНО- α в плазме крови был достоверно выше, чем при операциях в условиях нормального температурного режима ($p < 0,05$).

Анализ уродинамических инцидентов в послеоперационный период показал, что имелись достоверные отличия в их частоте у пациентов различных групп.

У пациентов молодого возраста достоверных отличий в частоте уродинамических инцидентов после операций, выполненных в различных температурных условиях, не было (при нормальном температурном режиме – 3,4%, при повышенной температуре окружающей среды – 3,7%, $\chi^2 = 0,223$, $p > 0,05$).

У пациентов пожилого возраста даже при проведении оперативных вмешательств в условиях нормального температурного режима частота уродинамических инцидентов не отличалась от таковой у людей молодого возраста (4,0%, $\chi^2 = 0,308$, $p > 0,05$). А вот при операциях у пожилых людей в условиях повышенного температурного режима частота уродинамических инцидентов возрастала до 25,2% ($\chi^2 = 0,810$, $p < 0,05$) по сравнению с молодыми, оперированными в тех же условиях, и с пожилыми, оперированными в условиях нормального температурного режима.

При этом наличие уродинамических инцидентов достоверно коррелировало с повышенным уровнем мочевины в сыворотке крови ($\chi^2 = 0,765$, $p < 0,05$), уровнем креатинина ($\chi^2 = 0,812$, $p < 0,05$), снижением скорости

клубочковой фильтрации (СКФ) ($\chi^2 = 0,630$, $p < 0,05$).

Интегральный анализ частоты уродинамических инцидентов показал, что их вероятность в расчете на 1 случай оперативного вмешательства различалась при влиянии различных факторов:

– возрастного фактора – у молодых пациентов риск составил 0,038, у пожилых – 0,137, $\chi^2 = 0,686$, $p < 0,05$;

– периоперационной цитокинемии – с нормоцитокинемией риск составил 0,039, при гиперцитокинемии – 0,460, $\chi^2 = 0,704$, $p < 0,05$;

– фактора нарушения температурного режима – при его отсутствии риск составил 0,040, при повышенной температуре окружающей среды – 0,211, $\chi^2 = 0,831$, $p < 0,05$).

* * *

Таким образом, почки как орган-мишень стрессового воздействия в пожилом возрасте в большей степени подвержены дезадаптационным процессам, чем в молодом возрасте, даже при их исходной интактности. При этом в развитии и усугублении процессов дезадаптации имеют значение не только процессы, затрагивающие непосредственно почечную ткань, но и нарастание негативной напряженности в сигнальном молекулярном взаимодействии. В ходе исследования получены данные, что возраст пациента, операционная травма и фактор температуры окружающей среды являются независимыми и взаимоотягощающими факторами интраоперационного нейроиммуноэндокринного дисбаланса и факторами повышения риска периоперационных уродинамических инцидентов.

ВЫВОДЫ

1. Степень негативного реагирования организма как целостной системы на дезадаптацию увеличивается с возрастом, что сопряжено с более длительной напряженностью цитокинемического статуса по показателю ФНО- α через 12 ч после операции у людей пожилого возраста ($127,6 \pm 2,8$ пг/мл) по сравнению с людьми молодого возраста ($89,0 \pm 2,2$ пг/мл). При этом при исходной интактности почек, при операционном стрессе в условиях нормального температурного режима в пожилом возрасте механизмы компенсации сохраняют свои возможности, в ре-

зультате чего частота уродинамических инцидентов (4,0%) не отличается от таковой у молодых людей (3,4%).

2. Пожилой возраст, в отличие от молодого, является фактором повышенного риска дезадаптационных процессов в функционировании почек при сочетании теплового и операционного стресса, что сопровождается увеличением количества уродинамических инцидентов с 3,7 до 25,2%, повышением интраоперационного уровня цитокинемии в 1,9 раза и пролонгацией данного явления в послеоперационном периоде.

3. Почки как орган-мишень для стрессового воздействия в пожилом возрасте в большей степени подвержены дезадаптационным процессам, чем в молодом, даже при их исходной интактности. При этом в развитии и усугублении процессов дезадаптации имеют значения не только процессы, затрагивающие непосредственно почечную ткань, но и нарастание негативной напряженности в сигнальном молекулярном взаимодействии.

4. Возраст пациента, операционная травма и фактор температуры окружающей среды являются независимыми и взаимоотягощающими факторами интраоперационного нейроиммунно-эндокринного дисбаланса и факторами повышения риска периоперационных уродинамических инцидентов.

5. Выявленные особенности процессов адаптации почек к стрессовому воздействию в пожилом возрасте при тепловой травме могут быть использованы при планировании лечебно-профилактических мероприятий для людей пожилого

возраста в периоды критического повышения температуры окружающего воздуха. В эти периоды целесообразно воздерживаться от плановых оперативных вмешательств у людей пожилого возраста и перенести их на период нормальной температуры окружающей среды. В случае необходимости проведения операций в неблагоприятные климатические периоды при подготовке к ним следует включать мероприятия, направленные на адекватное сохранение почечного кровотока и фильтрационной функции почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б. Полиморбидность у пожилых // Сердце. 2007. № 7. С. 25-27.
2. Лазебник Л.Б., Дроздов В.П. Генез полиморбидности // Клин. геронтол. 2001. № 1-2. С. 3-6.
3. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. — М.: Нурохиа Medical, 1993. 331 с.
4. Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., Зарадей И.И., Сафонов И.С. Клинические аспекты применения клофелина в послеоперационном периоде у пожилых пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией // Успехи геронтологии. 2009. № 3. С. 318-321.
5. Сергеев М.А., Фролова А.И. Влияние общей анестезии и операционной травмы на морфологический и биохимический состав крови кошек // Ученые записки КГАВМ: вып. 198. Казань, 2009. С. 98.
6. Chen S.C., Lu T.S., Lee H.L. et al. Hyperthermic pretreatment decreases microvascular protein leakage and attenuates hypotension in anaphylactic shock in rats // Microvasc. Res. — 2001. Vol. 61. № 2. P. 152-159.
7. Garg J., Bakris G.L. Treatment of hypertension in patients with renal disease // Cardiovasc Drugs Ther. 2002. Vol. 16. № 6. P. 503-510.

Поступила 02.07.2014

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУСНОГО СЕКВЕНСТИПИРОВАНИЯ ДЛЯ МОЛЕКУЛЯРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ШТАММОВ *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

А.В. Мартынова¹, Л.А. Балабанова, О.А. Чулакова

¹ Мартынова Алина Викторовна, кафедра эпидемиологии и военной эпидемиологии ТГМУ. Тел.: +8-914-701-69-08. E-mail clinmicro@yandex.ru.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Дальневосточный федеральный университет,
Тихоокеанский институт биоорганической химии им. Г.Б. Елякова*

Внебольничные пневмонии у лиц пожилого возраста являются значимой эпидемиологической проблемой для здравоохранения практически всех стран. Особенно актуальна проблема микробиологического мониторинга и эпидемиологического надзора за штаммами *S. pneumoniae* как одного из убиквитарных (повсеместных) возбудителей, вызывающих внебольничные пневмонии и другие инфекции дыхательных путей. Мультилокусное секвенирование является перспективным методом молекулярно-эпидемиологического мониторинга, позволяющего идентифицировать эпидемически опасные клоны такого возбудителя, как *S. pneumoniae*. Все штаммы, выделенные у пациентов с внебольничной пневмонией, ХОБЛ и у носителей пожилого возраста, представляют собой родственные изоляты вида *Streptococcus pneumoniae*, большинство из которых обладают уникальным генотипом, определяющим наличие одного секвене-типа для каждого штамма. Мультилокусное секвенирование позволяет идентифицировать новые генотипы и дать прогноз относительно появления эпидемически опасных штаммов с новыми свойствами.

Ключевые слова: мультилокусное секвенирование, пневмококковые пневмонии, внебольничные пневмонии, S. pneumoniae

APPLICATION OF MULTILOCUS SEQUENCING FOR MOLECULAR EPIDEMIOLOGICAL MONITORING STRAINS *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, ISOLATED ELDERLY PATIENTS WITH CAP

A.V. Martynova¹, L.A. Balabanova, O.A. Chulakova

¹ Martynova Alina Victorovna, Department of Epidemiology and Military Epidemiology of Pacific State Medical University. Tel.: +8-914-701-69-08. E-mail: clinmicro@yandex.ru.

*Pacific State Medical University,
Far Eastern Federal University,
Pacific Institute of Bioorganic Chemistry named after G.B. Elyakov*

Community-acquired pneumonia in the elderly are an important epidemiological health problem of almost all countries. Particularly urgent is the problem of microbiological monitoring and surveillance for strains *S. pneumoniae*, as one of the ubiquitous (everywhere) pathogens causing community-acquired pneumonia and other respiratory infections. Multilocus sequencing is a promising method for molecular epidemiological monitoring to identify epidemiologically dangerous pathogen clones such as *S. pneumoniae*. All strains isolated from patients with community-acquired pneumonia, COPD and in carriers older age represent isolates related species *Streptococcus pneumoniae*, most of which have a unique genotype determines the presence of a Sequence type for each strain. Multilocus sequencing allows new genotypes have been identified, and to forecast the relative occurrence of infectious strains with new properties.

Key words: streptococcus pneumoniae, multilocus sequence

Несмотря на все возрастающее внимание к проблеме инфекций дыхательных путей, внебольничные пневмонии до сих пор занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости органов дыхания практически во всех возрастных группах населения. Нельзя не отметить чрезвычайную актуальность этой проблемы у лиц пожилого возраста [1-3]. Распространенность внебольничных пневмоний среди лиц пожилого и старческого возраста в Москве составляет 17,4‰, а в США – 20–40‰. По данным американских и европейских врачей, у пожилых людей заболеваемость внебольничной пневмонией в 2 раза выше, чем у лиц молодого возраста; частота госпитализаций при этом заболевании с возрастом увеличивается более чем в 10 раз. Летальность при пневмонии среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и достигает 10–15% при пневмококковых пневмониях [4]. Учитывая тот факт, что *S. pneumoniae* является одним из основных возбудителей внебольничных пневмоний в других возрастных группах, а носительство этого возбудителя чрезвычайно распространено, значимость эпидемиологических исследований в отношении именно пневмококковых пневмоний у лиц пожилого возраста представляется более чем актуальной [5-7].

Основными проблемами, наиболее значимыми в практическом здравоохранении и требующими практической доработки, в отношении пневмококковых пневмоний у пожилых лиц являются организация контроля за распространением антибиотикорезистентных изолятов, а также молекулярно-эпидемиологический мони-

торинг выделяемых изолятов, основанный на генотипировании, так как именно он позволяет получить стандартизованную информацию о распространении того или иного изолята, сравнить полученную информацию о выявляемых штаммах. *S. pneumoniae* и соответственно планировать профилактические мероприятия в отношении пневмококковой инфекции.

Одним из методов молекулярно-эпидемиологического мониторинга является мультилокусное секвенирование, которое будучи более дискриминирующим методом по сути (так как основано на исследовании вариабельности фрагментов (по 500 кб) 7 пар аллельных генов пневмококка), позволяет создать фактически индивидуальный аллельный профиль каждого штамма, и в том числе охарактеризовать эпидемическую значимость штаммов пневмококка в развитии внебольничной пневмонии [8].

Цель: оценить при помощи метода мультилокусного секвенирования распространение эпидемически значимых штаммов *Streptococcus pneumoniae* у пациентов пожилого возраста с внебольничной пневмонией и определить доминирующий генотип.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поскольку одной из наиболее значимых эпидемиологических характеристик является устойчивость возбудителей к антибактериальным химиопрепаратам, в том числе и полирезистентность, в исследование были взяты полирезистентные штаммы и штаммы пневмококка, выделенные у пациентов пожилого возраста с внебольничными пневмониями (1-я группа, 14 штаммов: 7 полирезистентных и 7 чувствительных к антибиотикам). В качестве контроля были

полирезистентные штаммы, выделенные у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (2-я группа, 8 штаммов, поровну чувствительных и полирезистентных) и у носителей ($n = 4$). Полирезистентность – устойчивость штаммов пневмококка к пенициллину и эритромицину.

Мультилокусное секвенирование проведено согласно методике М.С. Enright и В.С. Spratt (1998).

Праймеры, использованные в исследовании:

ddl-up, 5' TGCC/TCAAGTTCCTTATGTGG,
и *ddl*-dn, 5' CACTGGGTG/AAAACCA/TGGCAT;

gdh-up, 5' ATGGACAAACCAGCNAGC/TTT,
и *gdh*-dn, 5' GCTTGAGGTCCATG/ACTNCC;

gli-up, 5' GGCAATGGAATGGATCACC,
и *gli*-dn, 5' TCTCCCGCAGCTGACAC;

recP-up, 5' GCCAACTCAGTTCATCCAGG,
и *recP*-dn, 5' TGCAACCGTAGCATTTGTAAC;

spi-up, 5' TTATTCCTCCTGATTCTGTG,
и *spi*-dn, 5' GTGATTTGCCAGAAGCGGAA;

xpt-up, 5' TTATTAGAAGAGCGCATCCT,
и *xpt*-dn, 5' AGATCTGCCCTTAAATAC.

В связи с общепринятым в мировой практике эпидемиологического надзора за пневмококковой инфекцией использованием метода серотипирования, мы применили эту методику с целью получения контрольных данных для сопоставления с данными, полученными при мультилокусном секвенировании. Все штаммы были серотипированы согласно общепринятой методике с использованием Pneumotest panel (Statens Seruminstitut, Копенгаген, Дания); серотипы, не включенные в панель, были идентифицированы в институте Statens Seruminstitut (Дания) [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для изучения возможности формирования госпитального полирезистентного штамма *S. pneumoniae*, происходящего из единого клона, мы провели мультилокусное секвенирование популяций штаммов пневмококка, выделенных в различных биотопах и обладающих различной антибактериальной резистентностью, и сравнили популяции полирезистентных и в равном количестве взятых изолятов, выделенных при внебольничных пневмониях (всего 14 штаммов: 7 штаммов, устойчивых к пенициллину и эритромицину, а также 7 штаммов, чувствительных к антибактериальным химиопрепаратам), штаммов, выделенных у пациентов с хроническим обструктивным бронхитом (8 штаммов: 4 штамма, устойчивые к пенициллину и эритромицину, и 4 штамма, чувствительные к антибактериальным химиопрепаратам), штаммов, выделенных

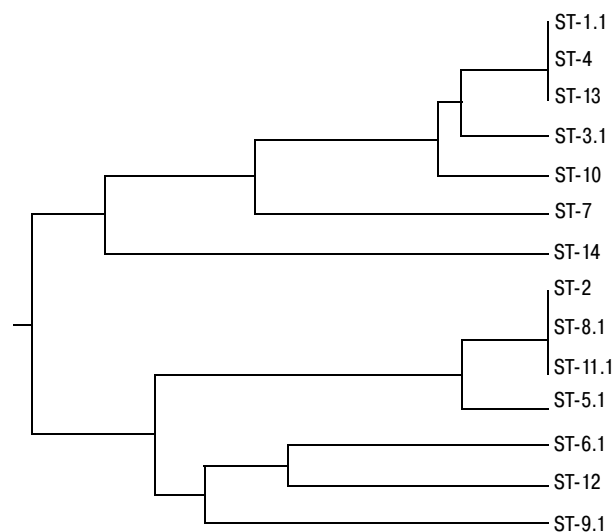


Рис. 1. Результаты мультилокусного секвенирования (MLST) штаммов *S. pneumoniae*, выделенных у пациентов с внебольничной пневмонией (нумерация штаммов «.1» – полирезистентные штаммы, без расширения «.1» – чувствительные к антибиотикам штаммы), всего 14 штаммов.

у носителей (2 штамма, чувствительные к антибактериальным химиопрепаратам, и 2 штамма, не чувствительные к антибактериальным химиопрепаратам). Всего исследовано 26 штаммов.

Таким образом, при анализе изучаемой нами популяции микроорганизмов, возбудителей пневмококковых инфекций, выделенных у больных 1-й группы (штаммы, выделенные у пациентов с внебольничными пневмониями), 2-й группы (штаммы, выделенные у пациентов с хроническим обструктивным бронхитом) и 3-й группы (штаммы, выделенные у носителей) – методом мультилокусного секвенирования было выявлено, что штаммы всех трех популяций представляют собой родственные изоляты вида *Streptococcus pneumoniae*, большинство из которых (18 из 26) обладают уникальным генотипом, определяющим наличие одного секвенстипа для каждого штамма.

При этом можно выделить 6 кластерных групп, которые содержат штаммы, выделенные у разных больных, обладающие различной молекулярно-эпидемиологической характеристикой (серотип, устойчивость к антибактериальным химиопрепаратам) и генетически близкородственные.

Полирезистентные штаммы формируются при внебольничных пневмониях путем горизонтального переноса генетического материала (рис. 1):

это подтверждается наличием двух клональных комплексов, в одном из них присутствует один полирезистентный штамм (клональный комплекс, содержащий ST-1.1, ST-4, ST-13), в другом – два (ST-2, ST-8.1, ST-11.1). Все это показывает возможность формирования полирезистентности у штаммов пневмококка, выделенных у пациентов с внебольничной пневмонией.

Анализ распространения близкородственных в генетическом отношении штаммов показывает, что из 4 полирезистентных, выделенных нами изолятов пневмококка у носителей, 2 являются представителями единого клонального комплекса; а это значит, что и у носителей, в обычных

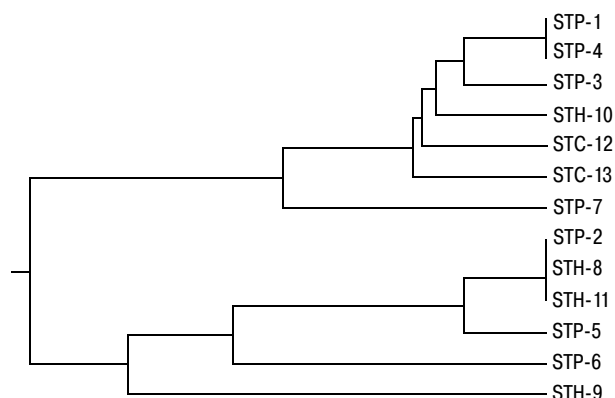


Рис. 2. Результаты мультилокусного секвенирования полирезистентных штаммов пневмококка, выделенных в 3 группах.

Молекулярно-эпидемиологическая характеристика полирезистентных к антибиотикам штаммов *S. pneumoniae*

Серотип	Данные MLST								Резистентность			Штаммы	
	<i>aroE</i>	<i>gdh</i>	<i>gli</i>	<i>recP</i>	<i>spi</i>	<i>xpt</i>	<i>ddl</i>	MLST тип	пен	эрит	клин	МИК (мг/мл)	
Штаммы, выделенные в 1-й группе (n = 14, внебольничная пневмония)													
19F	7	11	10	1	6	8	14	162	Ч	у	у	1,4	9
9V	7	11	10	1	6	8	14	158	Уч	у		0,2	10
19F	1	5	4	12	5	3	8	423	Ч	у	у	0,5	22
6B	20	28	1	1	15	14	14	315	Ч	уу		0,2	20
19F	4	4	2	4	4	1	1	81	Ч	у	у	0,2	5
23F	7	5	1	1	13	31	14	440	Ч	у		0,2	23
14	1	5	4	5	5	1	8	9	Ч	уу	у	0,3	1
н/г	1	5	4	5	5	1	8	9	у	уу	у	0,5	2
14	7	5	1	8	14	11	14	124	у	уу	у	0,2	8
18C	7	2	1	1	10	1	21	113	у	уу		0,2	6
6A	2	7	4	10	10	1	27	176	у	уу	у	1	12
15B	8	13	14	4	17	4	14	95	уу	уу	у	0,5	14
15C	8	13	14	4	17	4	14	201	у	уу		0,15	15
н/г	8	13	14	4	17	4	14	199	у	у	у	1	16
Штаммы, выделенные в 2-й группе (n = 8, ХОБЛ)													
9V	7	11	10	1	6	8	14	162	уу	уу		0,2	11
3	7	15	2	10	6	1	22	180	уу	уу	у	0,2	13
19F	1	8	9	1	6	4	6	311	уу	у	у	0,8	18
6A	2	7	4	10	10	1	27	65	у	у	у	1	4
19F	1	8	4	1	1	4	6	36	у	уу		2	3
23F	1	8	9	1	6	4	6	311	уу	уу		2	19
18C	7	2	1	1	10	1	21	113	у	у	у	1	7
23F	7	13	8	1	10	6	37	272	уу	уу		0,5	17
Штаммы у носителей (n = 4)													
19F	1	8	10	4	9	3	341			уу		1	21
19A	12	14	11	2	6	17	22	785	Уу	уу	У	1	24
6B	8	37	9	29	2	12	53	344	уу	Уу	у	0,02	4
6A	2	13	9	1	6	19	14	490		уу		0,04	5

условиях протекают процессы внутригеномной перестройки штаммов, что может привести к формированию госпитального изолята и что соответственно требует профилактических мер.

Сопоставив результаты мультилокусного секвенстирования всех полирезистентных штаммов (рис. 2), мы пришли к выводу, что наиболее высока вероятность к осуществлению событий горизонтального переноса в полирезистентных штаммах, выделенная у лиц пожилого возраста с хроническим обструктивным бронхитом, а также в штаммах, выделенных у пациентов с внебольничной пневмонией (таблица).

Таким образом, анализ генетического разнообразия штаммов *Streptococcus pneumoniae* показал, что среди изученных нами 26 чувствительных и нечувствительных (т. е. умеренно-устойчивых и устойчивых) к пенициллину и эритромицину штаммов было выделено 22 различных секвенстипа и 4 клональных комплекса. При этом 2 комплекса были представлены более чем одним изолятом.

Необходимо отметить, что из 14 штаммов, выделенных у лиц пожилого возраста с внебольничной пневмонией, 6 относились к профилю Taiwan 19F-14, из них 4 обладали одинаковым профилем резистентности: были устойчивыми/промежуточными к пенициллину, эритромицину, тетрациклину и клиндамицину. Генотипическая характеристика проанализированных штаммов также показала высокую степень однородности выборки: все изоляты имели детерминанты резистентности к макролидным антибиотикам – гены *mefE* и *ermB* (что согласуется с фенотипическими данными). Основной характеристикой штаммов *S. pneumoniae* генотипа Taiwan 19F-14 является то, что независимо от географической области выделения, эти микроорганизмы полирезистентны прежде всего по отношению к бета-лактамам и макролидам. Данный секвенстип распространен в основном в Южной Корее, Вьетнаме и Гонконге.

Среди штаммов, вызвавших у лиц пожилого возраста ХОБЛ, методом мультилокусного секвенстирования было идентифицировано 2 различных секвенстипа, при этом каждый из них был представлен 5 и 3 изолятами.

Несмотря на небольшую выборку, штаммы, выделенные у носителей, оказались фенотипически неоднородными: 2 штамма были умеренно-

устойчивы к пенициллину и 2 штамма чувствительны. При этом все 4 штамма были не чувствительными к эритромицину. В исследуемой группе оба штамма принадлежали к секвенстипу, идентичному штамму R6, который является авирулентным штаммом и может рассматриваться как условно-патогенная микрофлора.

ВЫВОДЫ

Таким образом, MLST в настоящее время рассматривается как наиболее точный метод дифференцировки стрептококков и идентификации *S. pneumoniae* [8] и один из важнейших инструментов микробиологического мониторинга штаммов этого микроорганизма, что позволяет провести типирование и прогнозировать появление штаммов с новыми свойствами, которые в перспективе могут стать госпитальными изолятами и потребовать совершенно новых мер в отношении эпидемиологического надзора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачинская Е.Н. Возбудители внебольничных пневмоний на пороге нового тысячелетия // Антибиотики и химиотерапия. 2000. Т. 45. С. 21-28.
2. Богданов М.Б., Черненко Т.В. Микробиологическая оценка антибактериальных препаратов, используемых для эмпирической терапии внебольничных инфекций нижних дыхательных путей // Антибиотики и химиотерапия. 2000. Т. 10. С. 15-19.
3. Жильцов И.В., Семёнов В.М. Бета-лактамазная активность мокроты и ее влияние на эффективность антибактериальной терапии // Туберкулез и болезни легких. 2012. Т. 4. С. 18-26.
4. Новиков Ю.К. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний // РМЖ. 2001. Т. 1. С. 11-16.
5. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. Приказ МЗ СССР № 535 от 22 апреля 1985 г.
6. Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Жильцов И.В. Микробиологические аспекты резистентности к антимикробным препаратам // Туберкулез и болезни легких. 2012. Т. 4. С. 18-26.
7. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией // Клини. микробиол. и антимикробн. химиотер. 2001. Т. 1. С. 18-21.
8. Enright M.C., Spratt B.G. A multilocus sequence typing scheme for *Streptococcus pneumoniae* identification of clones associated with serious invasive disease // Microbiology. 1998. Vol. 14. P. 5049-5060.
9. *Streptococcus pneumoniae*. Textbook in Serotyping, Virulence Factors and Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) for Measuring Pneumococcal Antibodies. – Statens Serum Institute, Copenhagen, Denmark. – 2013. 34 p.

Поступила 10.04.2014

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

УДК 159.9:37.0

ПОЖИЛЫЕ ИНВАЛИДЫ: ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ И МЕТАТЕХНОЛОГИЯ ПОНИМАНИЯ

М.Р. Арпентьева¹

¹ Арпентьева Мариям Равильевна – старший научный сотрудник, доцент кафедры психологии развития и образования Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского. Тел.: 8-962-175-10-51. E-mail: mariam_rav@mail.ru.

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Рассмотрено взаимодействие пожилых инвалидов, их семей и общества, общие аспекты включения инвалидов в жизнь общества, оккупационный и инклюзивный подходы, особенности и содержание (ре)абилитации пожилых инвалидов в контексте метатеchnологии понимания. Особое внимание уделено рассмотрению сущности и компонентов метатеchnологии понимания в ситуации помощи пожилым инвалидам и другим людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию (забота и эмпатия, уважение и конгруэнтность, принятие и терпение).

Ключевые слова: инвалидизм, инклюзия, любовь, метатеchnология понимания, конкретность, забота, терпение, уважение

ELDERLY PEOPLE WITH DISABILITIES: PROBLEMS OF INCLUSION AND UNDERSTANDING METATECHNOLOGY

M.R. Arpentieva¹

¹ Arpentieva Mariyam Raviľ'evna, senior researcher, associate professor of the department of psychology of development and formation of the Kaluga state University K.E. Tsiolkovsky, Kaluga 248003, Kaluga, Boldina street, 19-44, tel. mob. 8-962-175-10-51. Contact address: mariam_rav@mail.ru.

Kaluga state University K.E. Tsiolkovsky

The article is devoted to consideration of problems of interaction of older persons with disabilities, their families, and society, deals with the General aspects of the problem of inclusion of disabled people into society, occupation and inclusive approaches, features and content of (re)habilitation elderly disabled the context of metatechnologies understanding. Special attention is paid to the nature and components of metatechnologies understanding of the situation in care for elderly people with disabilities and other people in difficult life situation (care and empathy, respect and congruence, acceptance and patience).

Key words: invalidism, inclusion, love, understanding metatechnology, concreteness, care, patience, respect

Проблема реабилитации и социальной инклюзии пожилых людей с ограниченными возможностями на сегодняшний день очень актуальна и приобретает особую значимость в связи с ростом в последние десятилетия в России числа пожилых инвалидов. В реабилитационной работе с пожилыми людьми обычно подразумевается, что способов их эффективной абилитации и реабилитации не существует. Это снимает со специалистов ответственность, переносит акцент с неспособности или нежелания специалистов помочь тому или иному человеку, на «недостатки» и несовершенства самого человека. Дискриминация («disabilism»), или инвалидизм, как дискриминация людей с ограниченными возможностями и отношение к ним как к неполноценным, усиливается эйджизмом: отношением к пожилым людям как менее ценным для общества и «отжившим свое» [11, 15, 16]. Ценность пожилых или старого человека, рассмотренная с точки зрения его утилитарной «полезности» для общества, крайне мала, еще меньше ценность инвалида. Существующие в обществе сегрегация, отчуждение инвалидов, стремление изолировать их от общества, а общество от них, в ситуации общественного кризиса, аномии, стигматизации «инаковости», особенно заметны [16], хотя понятие «инвалид» за рубежом и в России постепенно выходит из употребления, а его применение считается нарушением прав человека, в нашей стране медленно вытесняется понятиями «ограничение возможностей, нетипичное состояние здоровья, особые потребности».

Дж. Стаббинс, однако, отмечает, что даже те, кто призван помогать пожилым инвалидам, обычно определяют проблемы и социальные потребности инвалидов способами, которые больше отвечают их собственным интересам и представлениям, чем интересам их клиентов [19]. Такой моделью стал, в частности, оккупационный подход, ограничившийся в большинстве случаев идеей самообслуживания инвалидов. Оккупационная (или эрготерапия) («occupational therapy»), как терапия повседневными занятиями, в шведском варианте звучит как «трудотерапия» («arbetsterapi»), что отражает ее направленность на оказание помощи человеку в выполнении задач его повседневной жизни: формирование, восстановление, поддержание и развитие навыков, значимых для поддержания здоровья и со-

циального благополучия индивидуума. Термин «occupation» (времяпрепровождение) используется для обозначения действий, направленных на то, чтобы «занять» (свободное время) клиента. Понятие «времяпрепровождения» как нельзя лучше демонстрирует, что оккупационный подход не был подходом развивающим, подходом инклюзивным, он был скорее, напротив, предназначен для того, чтобы, сформировав навыки самообслуживания, поместить клиента на безопасное от общества и самого себя расстояние, где время проводится, а не проживается [17].

Однако жизнь и развитие пожилого человека, инвалида не мыслима без полноценного продуктивного взаимно обогащающего взаимодействия с обществом, общения с миром во всем его многообразии, тем более что жизнь с каждым днем становится все ценнее. Поэтому в России в начале 90-х годов XX века для расширения понятия об оккупационном подходе возникла модель «социальной независимости» инвалида, под которой подразумевается не только приспособление или компенсация тех или иных видов имеющейся у человека социальной недостаточности, но активное, творческое ее преодоление, достижение максимально возможного в сложившейся ситуации жизни развития личности, ее самореализации [15]. Интеграция как позиция общества, направленная на общение, взаимодействие с людьми с особыми нуждами, на понимание их и принятие как полноправных членов группы, общества, требует от всех членов общества (больных, здоровых, богатых и бедных, мигрантов и коренных жителей, «правопослушных» и осужденных, т. д.) общих усилий жить вместе, принося пользу себе и обществу, развивая себя и отношения с миром в духе любви, коллективизма, понимания.

Однако до сих пор существуют интеграционные, инклюзивные технологии и программы, большинство из которых обращено к детям-инвалидам и процессу обучения. Потребность же в более широкой, выходящей за рамки обучения, инклюзивной реабилитации и абилитации актуальна и для пожилых инвалидов. Реабилитация (абилитация) — комплекс мер, направленных на восстановление (формирование и развитие) психофизической, личностной и социальной полноценности человека, целью которой является его социальная интеграция и самореализация [5, 9, 15, 16]. Единство социальной интеграции и

самореализации пожилого инвалида предполагает, что инвалиды и их семьи, проходящие абилитацию и реабилитацию, организованную как процесс комплексного, междисциплинарного сопровождения, так же как и остальные члены общества проходят процесс трансформации представлений о себе и мире, их реинтеграции, вовлекаются в процессы (ре)абилитации других инвалидов и их семей. Неслучайно, что группы самопомощи, взаимопомощи, институт «ближних помощников» в социально-психологической поддержке семей инвалидов рассматриваются специалистами как одна из наиболее перспективных форм работы с инвалидами разного возраста, включая индивидуальный, семейный, общинный контексты.

Внедрение в жизнь общества на уровне государственных программ социальности, взаимопомощи и самопомощи способствует осмыслению инклюзии как универсального принципа восстановления разрушенных социальных групп и их связей с обществом и друг другом. При этом постулат взаимодействия, взаимопомощи, являющийся центральным аспектом понимающей парадигмы социальной работы, способен обеспечить то, что, к сожалению, не смогли обеспечить предшествующие подходы: предоставление помощи, даже в виде обеспечения пожилых людей средствами самопомощи, не актуализирует состояния включенности в общество, а значит поддержка ограничивается внешними, весьма подчас эфемерными результатами. Инвалидам, как и другим группам страдающих людей, нужно предоставить возможность и создать необходимость включения в жизнь сообщества, помощи его членам, страдающим подчас не меньше, чем они.

В настоящее время инвалидность пожилого человека выступает как одна из причин его выраженной дезадаптации: дезадаптивных состояний и реакций, проблем психологического и социального плана. Среди пожилых инвалидов немало тех, кто, убегая от распространенного в обществе инвалидизма и стратегии инвалидизации (закрепляющей ощущение человека с особыми нуждами себя как неполноценного), ударяется в крайности разнотипных психологических и социальных девиаций, многие убегают от социального контроля и общества как такового — множеством самых разных способов. Консультатив-

ная работа с такими людьми — шанс вернуть их в общественную жизнь не столько даже как «полноправных и полноценных», сколько важных — для социального и духовного развития самого общества частиц.

Жизнь пожилого человека с особыми нуждами со стороны кажется существенно более трудной и подчас травмирующей, чем жизнь обычных, здоровых пожилых людей. Однако в пожилом возрасте доля здоровых людей невелика, а вероятность нарушений, напротив, возрастает вместе с нарастанием недовольства жизнью, собою, старением, социальным кризисом и т. д. Многие пожилые люди отказываются осмыслять жизнь как данность, либо убегая от проблем (в том числе в болезни), либо вытесняя их из сознания, либо, напротив, продолжая упорствовать в сохранении своей позиции, моделей поведения и т. д. При попытках соответствовать требованиям к социально адаптированной личности (успешной, полной сил, молодой, позитивной) пожилой инвалид сталкивается с массой трудностей, переоценивая роль взаимоотношений с обществом и направляя ресурсы, данные ему для осуществления внутренних преобразований, глубоких и обширных личностных изменений, с которыми связаны как старость сама по себе, так и серьезная болезнь сама по себе, на решение проблем отношений с представителями общества как таковыми.

Общественные и государственные структуры, задавая модели и нормы (ре)абилитации, не обладающие качеством всеобщности и всеохватности, нередко не только не помогают, но и мешают нормальной жизни человека [4,9,14]. Будучи созданными чтобы оказывать влияние на семью, действуя как «двойные агенты» влияния, защищающие интересы и общества, и конкретных клиентов, социальные службы и организации, контактирующие с семьей, подчас не могут просто оставить пожилого инвалида «в покое». Пожилой человек нередко совершает целую серию серьезных по отношению к самому себе ошибок: пытается доказать обществу, что он «хороший» («нормальный»), сможет заслужить «любовь» сообщества и ее представителей, получить от сообщества дополнительную помощь, подтверждающую его значимость [3]. Доказывая, он понимает, что «доказать» что-то невозможно, процесс доказательства является источником

психологических игр, шантажа, деформаций личности и ее отношений, вплоть до психосоматических и психических отклонений [1]. Пожилкой инвалид понимает, что он — индивидуален, однако, как отметил К. Роджерс, чем больше человек приближается к сознанию своей неповторимости, тем больше в нем развивается осознание общечеловеческого, постичь которое в пожилом возрасте не всегда кажется безопасным. Он понимает, что существует динамический баланс «плохого» и «хорошего» в каждом конкретном человеке, событии, отношении [18]. Он понимает, подчас пройдя через многие сложности, что любовь и принятие самого себя и со стороны общества невозможно заслужить, оно достигается в процессе построения отношений любви и принятия самим человеком. Пожилкой человек понимает, что сущность любви — не есть неизменный комфорт, напротив, любовь связана с более или менее существенными испытаниями, трудностями повседневного функционирования, выживания и преодолением барьеров развития. Ожидая от общества помощи и поддержки, он ограничивает собственные ресурсы и ответственность, препятствуя выздоровлению. Доверяя исходящим от не слишком заинтересованных в помощи ему и не слишком компетентных врачей представлениям о нормальном, о здоровье и болезни, о возможности излечения тех или иных нарушений, перекрывает себе возможности развития. В противном случае, он понимает, что ответственность за свою болезнь и активность в разрешении проблем, связанных с нею, лежит на нем: помощь общества необходима, но лишь постольку, поскольку не блокирует внутренние ресурсы, не способствует утяжелению имеющихся внутренних ограничений [2,3,12,13,18].

Вопрос же продуктивной реабилитации — это вопрос о том, научился ли пожилой человек любить, проявлять любовь, способен ли он, готов ли он в тот или иной конкретный момент к глубоко человеческим, трансперсональным отношениям и если нет, то как его научить, помочь реализовать себя, стать самим собой и партнером, хотя бы в старости? Какова метатехнология этого процесса? Метатехнология как произвольный, осуществляемый субъектом в рамках имеющегося у него стремления к развитию, самореализации, процесс воздействия на технологию, преобразующий ее с целью повышения продуктив-

ности и эффективности (жизне)деятельности, предоставляет возможность управления развитием, ключ к инновационному использованию иных, частных технологий и приемов. В поисках таких метатехнологий пожилые люди и те, кто с ними работают, часто обращаются к философско-религиозным текстам, содержащим опыт совладания и выживания в самых тяжелых обстоятельствах, опыт осмысления «скорбей» как важнейших моментов развития, без которых само развитие, осмысление себя как человека невозможно. Отвечая на вопросы организации и осмысления жизни человека, терпящего множество скорбей, но не чувствующего в себе достаточно любви и счастья, многие мыслители рекомендуют «делать дела любви»: даже если человек кажется себе и другим лишенным любви, то совершая «дела любви», он дает ей место внутри себя: «...делай дела любви, хотя сначала без любви. Господь увидит твое желание и старание и вложит в сердце твое любовь», — писал преподобный Амвросий Оптинский [10]. В трудах многих религиозных мыслителей, философов-экзистенциалистов, призывающих «быть» (а «не казаться», «не иметь»), раскрываются аналогичные метатехнологии развития человека, гармонизации его отношения с миром [12,13]. Метатехнология понимания — любящего, осмысленного отношения к себе и окружающему миру как к человеку, творящему «дела любви», включает:

1) заботиться, делиться друг с другом, жертвовать силы и время окружающим людям, отдавать больше чем «брать», вкладывать в значимых других и значимые сферы жизни (духовное развитие, воспитание внуков и правнуков, наставничество и т. д.);

2) терпеть свои немощи и немощи друг друга, с достоинством и благодарностью нести бремя жизни как таковой (проявляя «жизнестойкость», справляясь с «болью отношений», нарастающей с возрастом «болью потерь», «умение отпускать» негативные переживания, трудности, других людей и себя самих, давая событиям и людям «объяснять самих себя»);

3) уважать себя и других, уметь и стремиться исправлять собственные ошибки, а не только ошибки окружающих, понимать, что болезнь есть отражение состояния души, что гармония в душе и правильное, нравственное поведение — залог выздоровления, развития, счастья.

Понимая, что его проблемы – частный случай проблем, с которыми сталкиваются люди, пожилой инвалид получает возможность управлять своим состоянием, ставить реалистичные и адекватные нарушению задачи (коррекции и развития). Кроме того, продуктивность преодоления, выход из «полосы препятствий» определяется тем, насколько человек, не включаясь в круги бесконечных повторений непродуктивных сценариев, готов меняться, осмысливая и разрешая проблемы своей жизни с позиции умножения любви. Поэтому важно, помимо уважения, терпения и заботы друг о друге, в своих отношениях с миром быть реалистичным, конкретным. Взаимодействие должно быть а) предметным и осуществляться в каждой конкретной ситуации по конкретному поводу; б) персонифицированным, отражающим переживания говорящего, в) обращенным, учитывающим другого, его особенности и «всеобщую человечность». Как отмечали представители психоанализа А. Адлер и Ж. Лакан, человек психически болен, когда говорит не о себе и не с тем, с кем говорит. Исцеление означает способность, готовность и подчас даже риск – говорить с другим человеком, стремясь понять его (кто он), от собственного лица, то есть лица такого же, как он – человека: могущего ошибаться, стремящегося решать проблемы лучшим из известных ему способов, совершать поступки, отражающие его истинные жизненные цели – любовь [2,7,13].

Кроме того, пожилым инвалидам важно помочь осмыслить ряд аспектов, помогающих справляться с отчаянием боли и одиночества, преодолевать кризисы болезней, старения и смерти, кризисы распада и трансформации семейных отношений [8,10,14,18]:

1) трудности развивают человека, помогая осознать свои ресурсы, чтобы преодолеть тяжелые ситуации жизни, болезни;

2) совладание требует сосредоточения на успехах, благодарности;

3) исцеление как и созревание болезни, даже полученной в результате травмы, требует времени, это путь, который человек должен пройти вместе с окружающими его людьми, научившись верить друг другу и жизни.

Помимо того, важно организовать помощь пожилым инвалидам как целостный процесс сопровождения, направленный, в контексте осу-

ществления выделенных компонентов метатехнологии понимания, на реорганизацию жизни человека на основе ежедневных больших и малых «дел любви».

Понимание как парадигмальный подход в социальной работе предполагает, что проблемы клиента осмысливаются как система, существующая в конкретных социальных и личностных времени и пространстве, требующая поддержки и участия всех включенных в процесс реабилитации (инклюзии) субъектов, четкого соотношения целей, содержания и форм поддержки. Это, в частности, предполагает:

1) изменение социальной политики государства, а также общественных представлений об инвалидности, о трудных жизненных ситуациях и людях, которые в них попадают в целом, развитие нравственных основ социального взаимодействия как взаимно обогащающего обмена людей и групп, направленного на поддержание и развитие человечности как ведущего модуса социальных отношений;

2) трансформацию моделей, технологий и идеологии социальной работы, внедрение парадигмы понимания, комплексного многоуровневого мультидисциплинарного и полисубъектного процесса, направленного на помощь людям и обществу в развитии социальности (человечности);

3) сочетание специальных и общих моделей социально-психологической поддержки, переориентацию современных моделей обучения и воспитания на реализацию возможностей каждого человека, помощь в преодолении ограничений и барьеров развития, профилактику и коррекцию нарушений жизнедеятельности у «нормальных» пожилых людей),

4) вовлечение (включение) инвалидов и их семей в процессы общественного взаимодействия как субъектов самопомощи и взаимопомощи, трансляцию идеи взаимопомощи (в противовес рента-потребительским установкам) как важнейшего компонента включения инвалидов и их семей в жизнь общества;

5) многоуровневую систему специализированной подготовки и переподготовки (повышения квалификации) социальных работников и иных специалистов, работающих с инвалидами и их семьями,

6) формирование и внедрение моделей социальной инклюзии (интеграции) пожилых инвалидов в общество в противовес моделям инклюзивного образования для детей, общую гуманизацию отношений общества и государства, поддержку государством и обществом всех категорий страдающих, попавших в трудную жизненную ситуацию людей, в том числе за счет организации общинной работы, групп «ближних помощников», волонтерской и добровольческой поддержки, участия в решении проблем людей, попавших в трудную жизненную ситуацию, того или иного типа меценатов, общественных организаций,

Говоря о пожилых инвалидах, проблемах их семейной и социальной жизни, мы можем столкнуться со всем списком перечисленных проблем: кризис общества настолько глубок, что однофакторные комплексы нарушений мало распространены. Доминирует мультифакторные нарушения функционирования и развития, ключ к преодолению которых лежит в плоскости трансформации общества и государства, их институтов, служб социальной помощи и иных социальных организаций, социальных работников и иных специалистов, клиентов – в направлении развития отношений любви, взаимопомощи, сотрудничества, соучастия («соинклюзии»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейтсон Г. Экология разума. М.: Смысл, 2000. 476 с.
2. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь. М.: Класс, 2001. 336 с.

3. Виллма Л. Прощаю себе. В 2 т. Екатеринбург: У-Фактория, Т. 1. 2004. 720 с., Т. 2., 2007. 640 с.
4. Гуттенбуль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: «Б.С.К.», 1997. 116 с.
5. Коробков А.Н. Психологический аспект в исследованиях по реабилитации. Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. М.: ЦНИИЭТИН МСО, 1989.
6. Лазарев С.Н. Человек будущего. СПб.: Ленингр. изд-во. Т. 1. 2008. С. 232 с., Т. 2. 2009. 272 с. Т. 3. 2009. 224 с. Т. 4 и 5. 2010. 256 с.
7. Лакан Ж. Семинары. Кн. 1. М.: Гнозис, Логос, 2009. 432 с.
8. Маслоу А. Психология бытия. М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1997. 304 с.
9. Минигалиева М.Р. Практическая подготовка психосоциального работника. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 508 с.
10. Оптиные старцы: наставления, письма, дневники. М.: Лепта Книга, 2012. 816 с.
11. Финзен А. Психоз и стигма. М.: Алетейя, 2001. 216 с.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
13. Фромм Э. Бегство от свободы. М.: АСТ, 2004. 571 с.
14. Хиллман Д. Исцеляющий вымысел. СПб.: «Б.С.К.», 1997. 157 с.
15. Элланский Ю.Г., Пешков С.П. Концепция социальной независимости инвалидов // СоцИс. 1995., № 12. С. 9-35.
16. Юн Г. Дети с отклонениями. Кишинев: Штинца, 1987. 175 с.
17. Crepeau E.B., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. Willard & Spackman's Occupational Therapy. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
18. Roger C. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
19. Stubbins J. The politics of disability. Attitudes toward persons with disabilities. Ed. H. Yaker. N.Y.: Springer, 1988.

Поступила 15.07.2014

ВИКТИМНОСТЬ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА (ГЛОБАЛЬНЫЕ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Л.Е. Пищикова¹

¹ Пищикова Любовь Евгеньевна, канд. мед. наук, руководитель группы геронтопсихиатрических исследований, старший научный сотрудник. Тел. 8-903-770-08-63. E-mail: agape101@yandex.ru.

*ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Минздрава России*

Рассмотрены глобальные и судебно-психиатрические аспекты виктимности лиц пожилого и старческого возраста. Отмечены случаи жестокого обращения с лицами данной возрастной категории и усиление других негативных социальных тенденций по отношению к ним. Эти процессы сопровождаются нарастанием в группе пожилых и старых людей соматоневрологической и психической патологии.

Ключевые слова: виктимность, деменция, пожилой возраст, судебно-психиатрические аспекты

VICTIMIZATION OF PERSONS LATE AGE (GLOBAL AND FORENSIC ASPECTS)

L.E. Pischikova¹

¹ Pischikova Liubov Evgenevna, PhD, Team Leader of Gerontius Psychiatric Research, Senior Researcher. Tel. 8-903-770-08-63. E-mail: agape101@yandex.ru.

*FGBI «Institute of Social and Forensic Psychiatry im. V.P. Serbskogo»
Russian Ministry of Health*

We consider global and forensic aspects of victimization of elderly and senile age. Cases of ill-treatment of persons in this age category and gain other negative social trends in relation to them. These processes are accompanied by an increase in the group of older people somatoneurological and mental pathologies.

Key words: aged, dementia, psychiatric aspect, victimization

В мире отмечается глобальный процесс постарения населения, связанный со снижением рождаемости и ростом продолжительности жизни. По прогнозам демографов, в период с 2007 по 2050 гг. число лиц старше 60 лет возрастет с 10 до 33%, достигнув 2 млрд человек. Впервые в истории пожилые и молодые люди будут составлять равные доли в структуре населения, а в некоторых странах число пожилых людей вдвое превысит число детей. Этот процесс будет сопровождаться нарастанием в группе пожилых со-

матоневрологической и психической патологии. Так, прогнозируется рост числа пациентов с деменциями от 35,6 млн (в настоящее время) до 65,7 млн – к 2030 г. и 115,4 млн – к 2050 г., что дает основание специалистам констатировать «эпидемию деменций». Одновременно отмечается усиление негативных социальных тенденций в отношении пожилых:

- уменьшение роли и размера семей,
- уменьшение заботы о пожилых,
- их одиночество и изоляция,

- ухудшение состояния здоровья,
- снижение уровня жизни при переходе в старшие возрастные группы,
- профессиональная дискриминация по возрастному признаку,
- дискриминация в доступе к медицинскому обслуживанию и его низкое качество,
- недостаточное распространение и малая доступность в мире гериатрической медицины,
- жестокое и пренебрежительное отношение и насилие.

Под жестоким отношением ВОЗ подразумевает физическое, сексуальное, психологическое, эмоциональное, финансовое насилие, а также пренебрежительное отношение, оставление без заботы, оскорбление достоинства и неуважение пожилых людей [4], а именно:

- финансовую эксплуатацию и злоупотребления,
- лишение (ограничение) прав на собственность и наследство,
- ограничение свободного волеизъявления и манипуляции при составлении завещания,
- ненадлежащее обращение в социальных и медицинских учреждениях,
- физическое удержание,
- лишение возможности выбирать повседневные занятия,
- преднамеренное обеспечение недостаточного ухода (например, в результате которого у пациента появляются пролежни),
- предоставление чрезмерного или недостаточного количества лекарств или не предоставление их вовсе,
- оскорбление достоинства (например, отказ в смене грязной одежды).

В своем послании от 15 июня 2014 г. Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун подчеркнул, что от 4 до 6% пожилых людей во всем мире страдают от жестокого обращения и злоупотреблений, подвергаются физическим и психологическим надругательствам, а также становятся жертвами финансовых махинаций. Он призвал все государства-члены ООН принимать более действенные законы и стратегии для решения всех аспектов этой не признанной социальной проблемы в сфере защиты прав человека и предложил считать 15 июля Всемирным днем распространения информации о злоупотреблениях в отношении пожилых людей.

По данным ВОЗ, в Европейском регионе:

- 29 млн (19,4%) пожилых людей испытывают психологическое насилие,
- 6 млн (3,8%) – становятся жертвами финансовых злоупотреблений,
- 4 млн (2,7%) – подвергаются физическому насилию, из них 8500 ежегодно погибают в результате убийств, 2500 (30%) которых совершаются членами семей,
- 1 млн (0,7%) подвергаются сексуальному насилию.

Отмечается, что случаи жестокого обращения увеличиваются для инвалидов, людей с психическими расстройствами и слабоумием, при физической, финансовой, эмоциональной зависимости и совместном проживании с обидчиком, социальной изоляции. При этом чаще всего насилие над пожилыми совершается в семье (супругами и детьми, в том числе и злоупотребляющими алкоголем). Однако оценить истинный масштаб проблемы не представляется возможным из-за того, что пожилой человек отказывается предпринимать правовые меры по отношению к насильнику и старается уберечь его от наказания.

Случаи жестокого обращения с пожилыми людьми отмечаются и в домах престарелых. Они связаны с плохой подготовкой персонала, их терпимостью к насилию, ненадлежащей поддержкой деятельности пожилых в повседневной жизни, недостатком их автономии, неуважением к их независимости, а также с недостаточным вниманием или полным их игнорированием со стороны родственников, посещения которых могли бы предотвратить случаи жестокого обращения [4].

Несмотря на отсутствие статистических данных, в России отмечаются аналогичные дискриминационные тенденции, определяющие victimность (от лат. *victima* – жертва) лиц позднего возраста, – их подверженность становиться жертвой внешних обстоятельств, социального окружения или преступлений. Констелляция таких факторов дезадаптации, как социально-экономическая стратификация, дискриминация по возрастному принципу, жизнь за чертой бедности, хронический стресс, конфликтные отношения в семье, стесненность жилищных условий, притязания детей на жилье и имущество родителей, наряду с инволюционными изменениями организма, заострением акцентуированных черт личнос-

ти, доверчивостью, внушаемостью, накоплением соматоневрологической и психической патологии приводит к тому, что пожилые люди зачастую сами создают вокруг себя конфликтную среду и становятся ее жертвами; попадают в различные мотивационно-сложные, в том числе и криминальные ситуации в качестве правонарушителей или потерпевших; становятся жертвами мошенников и семейных конфликтов; под влиянием обмана или заблуждения, а также стесненных жизненных обстоятельств совершают различные сделки с имуществом, заключают договора дарения, купли-продажи, ренты и т. д., составляют завещания и доверенности, а затем оспаривают их из-за изменения жизненной ситуации; недобровольно осматриваются в психиатрических учреждениях и помещаются в психиатрические стационары, а в дальнейшем могут лишаться дееспособности и пожизненно определяться в психоневрологические интернаты, несмотря на наличие детей и собственного жилья.

В немногочисленных исследованиях, посвященных криминологическим аспектам позднего возраста, отмечается, что в ряде регионов России в отношении пенсионеров совершается каждое 12-е преступление, и этот показатель неуклонно растет, что определяет уровень нравственного состояния общества [8]. В связи с особой виктимностью пожилых людей, криминологами обсуждается усиление уголовной ответственности в случае совершения против них преступления. В случае совершения преступления пожилыми людьми возраст старше 70 лет предлагается учитывать как смягчающее обстоятельство, а достижение возраста 75 лет — как условие досрочного освобождения [1,2,3,7].

Надводной частью айсберга, отражающего отмеченные глобальные негативные социальные и виктимологические тенденции в отношении пожилых людей, является рост числа судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проводимых в отношении лиц позднего возраста по уголовным и гражданским делам. Так, доля подобных «геронтологических» экспертиз в 2011 г. в Центре им В.П.Сербского составила почти одну четвертую часть (23,5%) от экспертиз, проведенных в отношении подэкспертных всех возрастов [6].

Рассмотрение виктимологических характеристик не только пожилых потерпевших — жертв уголовных преступлений в рамках криминаль-

ной виктимологии, но и всех пациентов позднего возраста в ситуации причинения им вреда [9] позволило описать виктимологические детерминанты как пожилых правонарушителей в уголовном процессе, пожилых истцов и ответчиков — в гражданском процессе по признанию совершенных ими сделок недействительными, так и самой уязвимой категории пожилых людей — в отношении которых решаются вопросы дееспособности.

Так, для всех потерпевших в уголовных делах по причинению вреда их здоровью (нанесение телесных повреждений, побои) был характерен длительный внутрисемейный конфликт с детьми из-за их притязаний на жилье родителей; не только физическое, но и психологическое насилие, связанное с угрозами принудительного освидетельствования у психиатра в психоневрологическом диспансере (ПНД) или помещения в психиатрический стационар, возбуждения против них уголовных дел; изоляция; финансовые злоупотребления, связанные с попытками лишения их собственности. При этом у этих пожилых пациентов не отмечалось выраженных психических расстройств, достигающих степени слабоумия.

Для всех потерпевших в уголовных делах, связанных с мошенничеством, были характерны обман со стороны посторонних людей, направленный на лишение их собственности или материальных средств (психологическое и финансовое насилие), одиночество, нередкое злоупотребление алкоголем. Ранее эти пациенты возбуждали гражданские дела о признании совершенной ими сделки с собственностью недействительной. Это также были лица с недементными психическими расстройствами.

Среди пожилых преступников особо выделялась группа виктимных пациентов, обвиняемых в убийстве своих взрослых детей. Их можно было определить как «жертв», ставших «причинителями вреда». Они подвергались длительному физическому, финансовому, психологическому насилию со стороны детей, которые не работали, находились на иждивении своих пожилых родителей, проживали с ними в одной квартире, злоупотребляли алкоголем, отбирали у них пенсионные накопления, подвергали издевательствам и избиениям не только отца, но и часто большую мать, находившуюся в беспомощном состоянии. Правонарушение совершалось ими на фоне на-

копления (кумуляции) стрессорного фактора, по механизму «последней капли», по альтруистическим мотивам, т. е. с целью защитить от насилия другого беспомощного члена семьи. Отмечалось возникновение «аффективного состояния» с разной степенью суженности сознания, которое квалифицировалось как состояние аффекта. Вне ситуации правонарушения у таких пациентов выраженных психических расстройств не обнаруживалось. Характерно, что ранее ими предпринимались неоднократные попытки возбуждения уголовных дел против детей в качестве потерпевших по фактам причинения телесных повреждений, побоев и т. д., которые вскоре «закрывались» ими из-за жалости к детям.

Для ряда пожилых пациентов в гражданском процессе, оспаривающих совершенную ими ранее сделку, был также характерен длительный внутрисемейный конфликт с детьми, связанный с их притязаниями на жилье подэкспертных; физическое, финансовое, психологическое насилие, отчуждение, пренебрежение и изоляция со стороны детей, что выражалось в недобровольном помещении пожилых родителей в психиатрические стационары, в попытках лишения их дееспособности. Для других пожилых пациентов было характерно совершение сделок в состоянии психической декомпенсации, вызванной одиночеством, утратой близких людей или тяжелой соматоневрологической патологией на фоне недементных психических расстройств. Ранее они или их представители (чаще всего дети) неоднократно предпринимали попытки оспорить совершенные ими гражданско-правовые акты через возбуждение уголовных дел по факту мошенничества или гражданских дел по определению их сделкоспособности и недееспособности, многократно переквалифицировали статьи ГК РФ (с так называемых статей «с пороком воли» или «кабальных»).

Самые уязвимые пожилые люди аккумулировались в гражданском процессе по определению их недееспособности. Незначительная их часть была направлена на судебную-психиатрическую экспертизу для восстановления дееспособности, которой ранее они были лишены. Таких пациентов характеризовали конфликтные отношения с родственниками или детьми из-за притязаний тех на жилье пожилых пациентов или из-за употребления пожилыми людьми алкоголем. Они

подвергались физическому, психологическому, финансовому насилию, отмечались злоупотребления психиатрией, выражавшиеся в их недобровольном помещении в психиатрические стационары, в попытках лишения дееспособности, несмотря на отсутствие у них тяжелых психических расстройств и деменции, в недобровольном определении их в психоневрологические интернаты. О восстановлении им дееспособности ходатайствовали уже не родственники, а вопреки желанию последних, посторонние люди. Лишение их ранее дееспособности было обусловлено превенцией отчуждения ими жилья, неблагоприятного для родственников или совершения правонарушения в состоянии алкогольного опьянения.

Схожая группа пациентов, не обнаруживающая тяжелых психических расстройств, но направленная на СПЭ для определения их недееспособности, отличалась подобными виктимологическими свойствами — конфликтными или отчужденными отношениями с детьми, женами и близкими родственниками, связанными с притязаниями на жилье пожилых пациентов. Ранее они подвергались физическому, психологическому, финансовому насилию и пренебрежению со стороны близких. В отношении них также отмечалось злоупотребление психиатрией, что проявлялось в их недобровольных госпитализациях в психиатрические стационары с удержанием там до даты проведения экспертизы, несмотря на положительную динамику в психическом состоянии; в недобровольном освидетельствовании их в ПНД; в ранее уже предпринимавших в отношении них попытках лишения дееспособности; в установлении им не подтвержденного впоследствии диагноза деменции или бредового расстройства. Попытки лишения их дееспособности были связаны с превенцией отчуждения ими жилья, возможностью совершения ими не выгодных для родственников сделок.

Значительная часть пожилых пациентов в гражданском процессе по определению недееспособности обнаруживала признаки тяжелых психических расстройств (деменций и параноидов), что, однако, не могло служить основанием для лишения их достоинства и прав человека. Несмотря на наличие у них детей и собственного жилья, они длительное время пребывали в ПНИ (от 1 до 5 лет), помещались туда задолго до инициирования экспертизы по определению недееспособности.

способности. Для таких пациентов было характерно эмоциональное, психологическое пренебрежение и отвержение со стороны детей, социальная изоляция, доставление на экспертизу в ряде случаев в неудовлетворительном соматоневрологическом состоянии, несвоевременное и неудовлетворительное оказание им необходимой врачебной помощи.

ООН и ВОЗ для предупреждения насилия над пожилыми людьми и дискриминации по возрастному принципу предлагается следующий комплекс мероприятий, актуальный и для нашей страны:

- ✓ создание эффективного законодательства по защите прав пожилых людей, в том числе страдающих старческим слабоумием, которое регулировало бы вопросы их право- и дееспособности и защиты от всех видов физического насилия и финансовой эксплуатации,
- ✓ создание международных документов по правам человека, направленных на борьбу с дискриминацией людей старшего возраста и на признание их самостоятельности,
- ✓ мониторинг случаев жестокого обращения с пожилыми людьми,
- ✓ включение этого вопроса в образовательные программы по подготовке специалистов в области здравоохранения, юстиции, образования и социальной помощи,
- ✓ разработка программ по юридическому, психологическому, образовательному просвещению пожилых, в том числе с помощью СМИ,
- ✓ пропаганда «здорового старения» и разработка программ по раннему диагностированию, предупреждению или замедлению слабоумия с учетом отсутствия эффективных методов лечения,
- ✓ повышение общественной осведомленности в отношении слабоумия и уменьшение стигма-

тизации, которая приводит к социальной изоляции и к отсрочке обращения для диагностирования, получения медицинской помощи и социальной поддержки,

- ✓ оказание психологической помощи престарелым, в том числе по телефону, социальными и медицинскими работниками [4,5].

С нашей точки зрения, все эти мероприятия не могут быть эффективны без повышения уровня духовной культуры людей, так как известно, что основные мировые конфессии не приемлют обмана, насилия и неуважения в отношении лиц старшего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М. Преступность пожилых людей // Советское государство и право. 1991. № 11. 67 с.
2. Антонян Ю.М., Волкова Т.Н. Преступность стариков: Монография. Рязань, 2005. С. 8-9.
3. Барсукова О.В. Старческая преступность и преступления против лиц пожилого возраста. Автореф. дис. ... канд. юр. наук. Владивосток, 2003. 10 с.
4. ВОЗ. Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми, 2011. <http://www.who.int.ru>.
5. ООН. Доклад «Старение в XXI веке: триумф и вызов», 2012. <http://www.un.org>
6. Пищикова Л.Е. Судебно-психиатрические аспекты геронтопсихиатрии // Журн. вестник неврол., психиатр., нейрохирург. 2011. № 7. С. 50-56.
7. Разумов П.В. Криминологическая характеристика геронтологической преступности и меры ее предупреждения. Автореф. дис. ... канд. юр. наук. М., 2005. 192 с.
8. Репецкая Ю.О. Виктимологическая характеристика и предупреждение преступлений, совершенных в отношении лиц пожилого возраста. Автореф. дис. ... канд. юр. наук. М., 2010. 26 с.
9. Ривман Д.В. Криминальная виктимология. Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2002.

Поступила 08. 10.2014.

УДК 314: 612.67

ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В г. ОМСКЕ

О.В. Гончарова¹, С.Н. Мальцев², А.В. Готов³

¹ Гончарова Ольга Викторовна, д-р мед. наук, профессор кафедры спортивной медицины и лечебной физкультуры ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Тел.: 8(495) 799-11-43.

² Мальцев Сергей Николаевич, канд. мед. наук, Министерство здравоохранения Омской области. Тел.: 8-913-971-58-03. E-mail: msn77@mail.ru.

³ Готов Андрей Васильевич, д-р мед. наук, профессор кафедры гигиены труда с курсом профпатологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел: 8-903-982-70-70.

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Управление формирования территориальной программы государственных гарантий
и планирования бюджета департамента экономики и финансов
Министерства здравоохранения Омской области,
Омская государственная медицинская академия*

Проведен анализ заболеваемости и болезненности лиц пожилого возраста г. Омска за период 2003–2012 гг. в сравнении с гражданами трудоспособного возраста, приведена динамика показателей. Выявлены существенные различия показателей общей заболеваемости в группах разного возраста, обоснована необходимость проведения первичной профилактики и диспансеризации по ряду классов болезней МКБ-10 пересмотра.

Ключевые слова: заболеваемость, болезненность, пожилые люди

TRENDS IN THE INCIDENCE OF ELDERLY LIVING IN A LARGE INDUSTRIAL CENTER OF WESTERN SIBERIA

O.V. Goncharova¹, S.N. Maltsev², A.V. Glotov³

¹ Goncharova Olga Viktorovna, MD, prof., I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;

² Maltsev Sergey Nikolaevich, PhD of Medical Science, Ministry of Health of the Omsk region;

³ Glotov Andrey Vasilievich, MD, prof., State Educational Institution of Higher Professional Education «Omsk State Medical Academy» of the Ministry of Health of the Russian Federation.

*PhD of Medical Science,
Ministry of Health of the Omsk region,
Sechenov First Moscow State Medical University*

Analysis of the incidence and morbidity of elderly city of Omsk in the period 2003–2012, compared with citizens of working age, given the dynamics of change indicators. Significant differences in overall incidence in the described groups, the necessity of primary prevention and health examinations for a number of classes ICD-X.

Key words: incidence, morbidity, elderly

Увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения, называемое демографическим старением населения, еще 2 10-летия назад рассматриваемое как феномен, относящийся исключительно к развитым странам, сегодня охватывает практически весь мир. С 80–90-х годов средняя продолжительность жизни приблизилась в развитых странах к 80 годам [10], а «наиболее быстро растущий сегмент старческой популяции – это лица 80 лет и старше» [4]. Доля пожилых людей во всем мире будет увеличиваться по сравнению с ростом населения – за последние 160 лет продолжительность жизни в экономически развитых странах постоянно увеличивалась со средней скоростью 3 мес в год, и нет никаких оснований полагать, что эта тенденция изменится в ближайшее время [11]. Подобная демографическая ситуация порождает экономические проблемы, связанные с тем, что в развитых странах 70% расходов на здравоохранение потребляют 10% населения, в первую очередь – пенсионеры [9]. В Российской Федерации расходы на оказание медицинской помощи одному больному пенсионного возраста по меньшей мере в 3 раза выше, чем больному трудоспособного возраста, при этом стоимость лечения увеличивается с возрастом пациента, что существенно увеличивает нагрузку на систему здравоохранения и социального обеспечения [1,2]. Так, максимальные коэффициенты потребления объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения приходятся на лиц пожилого возраста, что превосходит соответствующие коэффициенты даже детского населения [8]. Ситуация настолько обострилась, что с 2009 года Правительством Российской Федерации в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи для лиц 60 лет и старше установлен страховой взнос на обязательное медицинское страхование с повышающим коэффициентом в размере 1,32 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения [7].

На фоне постарения населения региона [3] отмечается и положительное сальдо миграции именно пожилого контингента [6], что характерно в разной степени для всех 12 городов-миллионников Российской Федерации. Однако система здравоохранения Российской Федерации не готова обеспечить качественной медицинской помощью именно пожилое население [5].

Цель настоящего исследования – изучение показателей заболеваемости и болезненности для оптимизации оказания медицинской помощи пожилому населению.

Показатели болезненности («общая заболеваемость») лиц пожилого возраста значительно выше показателей болезненности трудоспособного населения. Так, за период с 2003 по 2012 гг. в г. Омске число зарегистрированных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста увеличилось с 337,9 тыс. до 614,0 тыс., а доля заболеваний у лиц старше 60 лет (от общего числа зарегистрированных в городе заболеваний у взрослого населения) увеличилась с 30,5 до 38,7%. При этом удельный вес лиц пожилого возраста (в когорте взрослого населения) за анализируемый период значительно меньше – 19,8% (средняя хронологическая ряда).

Если показатель болезненности у населения 18–59 лет увеличился всего на 18,5% (наибольший прирост – в период проведения диспансеризации работающего населения, $y = 36,14x + 916,0$), то у людей старших возрастных групп он вырос на 60,5% ($y = 124,05x + 1854,2$), что указывает на увеличение так называемого груза болезней региона за счет граждан пожилого возраста и возникающими, в связи с этим, экономическими проблемами.

Ведущие классы заболеваний в структуре болезненности лиц старше трудоспособного возраста (на 1000 человек) по итогам 2012 г:

1. Болезни системы кровообращения – 949,2.
2. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 330,1.
3. Болезни органов дыхания – 325,5.
4. Болезни глаза и его придаточного аппарата – 311,7.
5. Болезни органов пищеварения – 262,1.

Необходимо отметить, что ведущие причины болезненности лиц трудоспособного возраста несколько отличаются (на 1000 человек):

1. Болезни органов дыхания – 210,2.
2. Болезни системы кровообращения – 204,2.
3. Болезни органов пищеварения – 149,4.
4. Болезни мочеполовой системы – 127,7.
5. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 109,3.

Показатели первичной заболеваемости (собственно «заболеваемость») у лиц старше трудоспособного возраста также имеют тенденцию к росту – за аналогичный период показатель уве-

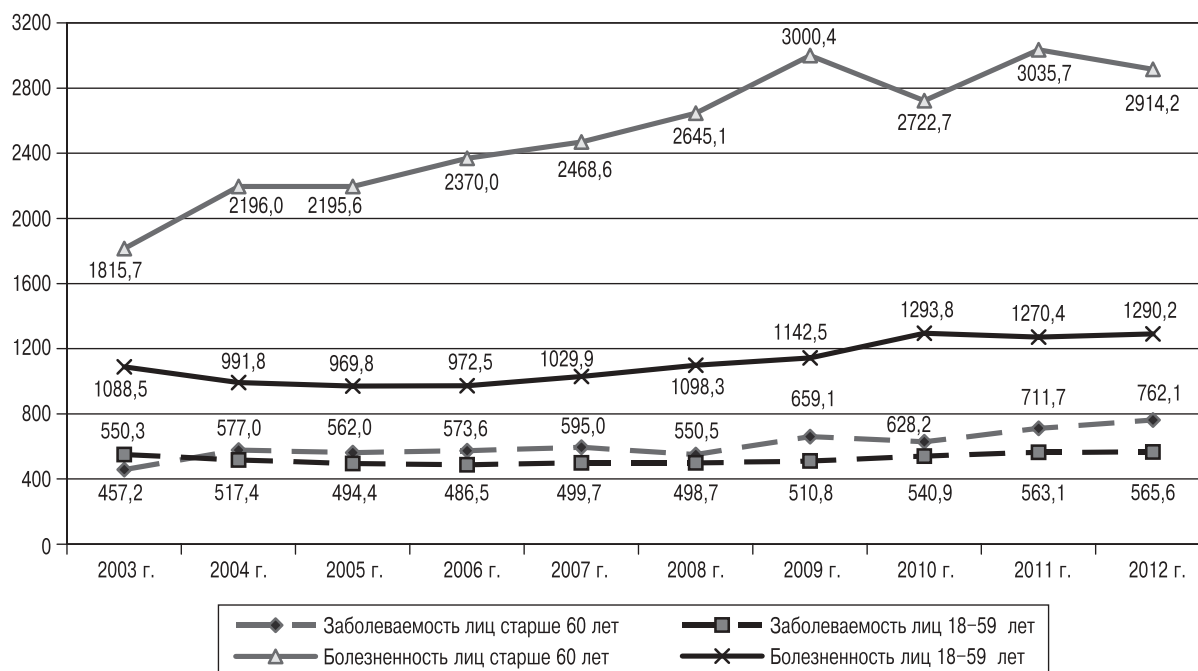


Рис. 1. Заболеваемость и болезненность лиц в возрасте 18–59 лет, а также старше 60 лет в городе Омске в 2003–2012 гг. (на 1000 человек).

личился на 66,7%: с 457,2 до 762,1 на 1000 человек. Показатель заболеваемости в группе 18–59 лет увеличился всего на 2,8%: с 550,3 на 1000 человек в 2003 году до 565,6 – в 2012 году.

По итогам 2012 года, ведущие классы заболеваний в структуре заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста следующие (заболеваний на 1000 человек):

1. Болезни органов дыхания – 216,4;
2. Болезни системы кровообращения – 104,3;
3. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 73,7;
4. Болезни органов пищеварения – 73,1;
5. Болезни уха и сосцевидного отростка – 56,1.

Ведущие классы Международной классификации болезней X пересмотра, по которым зарегистрирована наибольшая заболеваемость у лиц трудоспособного возраста:

1. Болезни органов дыхания – 156,5.
2. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 82,7.
3. Болезни мочеполовой системы – 52,1.
4. Болезни органов пищеварения – 51,5.
5. Болезни системы кровообращения – 35,8.

Несмотря на увеличение показателя заболеваемости у лиц исследуемой возрастной группы и возрастанию его доли в структуре заболеваемости всего взрослого населения с 17,9 до 27,3%, основополагающим в лечении этих пациентов, на

наш взгляд, должно стать диспансерное наблюдение с целью профилактики и раннего купирования возможных новых осложнений на фоне значительной болезненности контингента (2,9 заболевания на каждого жителя в 2012 г.; для сравнения: у лиц в возрасте 18–59 лет аналогичный показатель в период диспансеризации работающего населения составляет только 1,3). Как видно на рис. 1, работа в этом направлении проводится недостаточно эффективно – на фоне роста показателей заболеваемости (как показателя эффективности профилактики заболеваний) наблюдается еще более значительный рост показателей болезненности.

В таблице наглядно представлена разница показателей болезненности и заболеваемости лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста: показатели здоровья лиц пенсионного возраста значительно более неблагоприятны, чем трудоспособного населения. Данные таблицы свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения за пациентами пенсионного возраста с целью снижения «хронизации» патологии по классам болезней: инфекционные и паразитарные заболевания, новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной

системы и соединительной ткани, болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Наличие отрицательных показателей диктует необходимость профилактики первичных заболеваний по классам: болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях.

Для лиц трудоспособного возраста, по сравнению с населением пенсионного возраста, необходимо диспансерное наблюдение по классам болезней: новообразования, болезни нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов дыхания, болезни кожи и

подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни мочеполовой системы, а также первичная профилактика болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, психических расстройств и расстройств поведения, болезней уха и сосцевидного отростка, заболеваний системы кровообращения, болезней органов пищеварения, врожденных аномалий [пороков развития], деформаций и хромосомных нарушений.

ВЫВОДЫ

Учитывая, что обеспеченность врачами по специальности «гериатрия» в Российской Федерации чрезвычайно низкая [5] (в Омской области по состоянию на начало 2013 г. только один врач этой специальности) и, как правило, они не доступны для большинства пожилого населения, ввиду их концентрации в федеральных и специализированных учреждениях, необходимо рас-

Показатели болезненности и заболеваемости лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста по классам болезней МКБ-10 в г. Омске за 2003-2012 годы (%)

Класс болезней	Болезненность		Заболеваемость	
	18—59 лет	60 лет и старше	18—59 лет	60 лет и старше
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	-62,1	-35,8	-62,1	-53,8
Новообразования	104,8	240,4	51,2	149,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	36,5	128,4	203,5	446,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	67,0	78,0	177,3	131,4
Психические расстройства и расстройства поведения	-73,1	99,9	-64,9	-40,5
Болезни нервной системы	40,5	39,1	35,5	-4,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	45,7	28,1	3,2	17,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	22,1	77,9	22,2	100,5
Болезни системы кровообращения	118,7	84,4	152,8	209,7
Болезни органов дыхания	0,9	26,0	-3,9	85,0
Болезни органов пищеварения	7,8	58,2	161,5	199,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-49,8	-40,5	-50,5	-53,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	26,6	83,7	14,3	70,0
Болезни мочеполовой системы	27,9	100,7	-10,7	71,2
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	-5,0	56,4	11,3	-50,3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	814,9	153,4	1181,7	178,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	-8,2	17,6	-8,2	14,7
Итого	18,5	60,5	2,8	66,7

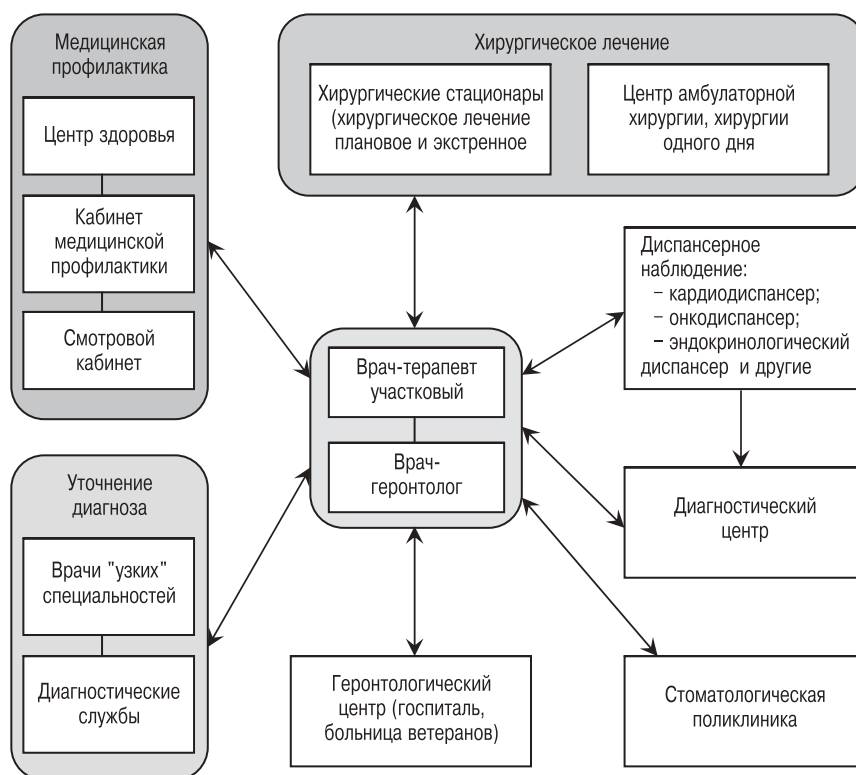


Рис. 2. Схема методического центра для динамического наблюдения за пожилым контингентом.

смотреть предложения по созданию методических центров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений по примеру, представленному на рис. 2.

Очевидно, что организационные связи должны быть обеспечены информационно-коммуникационной поддержкой для автоматизации процесса динамического наблюдения. Это позволит решить ряд вопросов по своевременному и более полному обследованию пожилых пациентов, включая их диспансеризацию. Очевидно, что оптимизация потоков пациентов и совершенствование оказания им медицинской помощи может привести к уменьшению государственных затрат на лечение пожилого контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалянц И.Е. Медико-экономическая характеристика стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста в системе ОМС Самарской области // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 5. С. 37-40.
2. Валид М.С., Зайцева Н.В. Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире // Менеджер здравоохранения. 2009. № 5. С. 58-64.
3. Возрастно-половой состав населения Омской области и состояние в браке по итогам Всероссийской переписи

населения 2010 года: Статистический сборник. Омск: Омкстат. 2012, 157 с.

4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Демографические аспекты старения населения Москвы, России и стран СНГ (плерарный доклад) // Клин. геронтол. 2008. № 12. С. 3-6.
5. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 3-7.
6. Миграционные процессы в Омской области: Статистический бюллетень. Омск: Омкстат. 2012, 43 с.
7. Постановление Правительства РФ от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год». Российская газета. 2008. № 255.
8. Щепин В.О. Лечебно-профилактическая помощь населению Российской Федерации: ресурсное обеспечение и основные показатели деятельности в 2007 г. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 1. С. 3-6.
9. Щепин В.О., Тишук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С. 43-50.
10. Berg G.V., Sarvimski A., Hedelin B. Hospitalized older peoples' views of health and health promotion // Int. J. Older People Nursing. 2006. № 1. P. 25-33.
11. Oeppen J., Vaupel J.W. Broken limits to life expectancy // Science. 2002. Vol. 296. P. 1029-1030.

Поступила 18.03.2014

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
КОМПЛЕКСНОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УЧРЕЖДЕНИИ
ПОСТОЯННОГО ПРЕБЫВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ ФГБУ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

И.В. Архипов¹, В.Ю. Захарова

¹ Архипов Игорь Витальевич, канд. мед. наук, директор ФГБУ «ВНМГЦ», доцент. Тел. 8(495) 435-02-88.
E-mail: peredelkinoge@inbox.ru.

ФГБУ «ВНМГЦ»

Предложено решение вопросов комплексного геронтологического медико-социально-психологического сопровождения пожилых людей в учреждения постоянного пребывания на примере Всероссийского научно-методического геронтологического центра.

Ключевые слова: пожилой возраст, геронтологический центр, постоянное проживание

**TOPICAL ISSUES OF INTEGRATED MEDICAL
AND GERONTOLOGICAL SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL
SUPPORT AND REHABILITATION OF ELDERLY PEOPLE
IN THE ESTABLISHMENT OF A PERMANENT STAY
ON THE EXAMPLE FGBI «SCIENTIFIC AND TECHNICAL
GERONTOLOGY CENTER»**

I.V. Arkhipov¹, V.Y. Zakharova

¹ Arkhipov Igor Vitalevich, PhD, Director of FGBU «VNMGC», docent. Tel. 8(495) 435-02-88. E-mail: peredelkinoge@inbox.ru.

FGBU «VNMGC»

Proposed solution for comprehensive geriatric medical, social and psychological support of the elderly in the establishment of a permanent stay on the example of the All-Russian scientific-methodological Gerontology Center.

Key words: gerontology center, permanent residence, aged

В настоящее время в мире насчитывается почти 700 млн людей старше 60 лет (по данным Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам). К 2050 г. лиц старше 60 лет будет около 2 млрд., и они составят более 20% населения земного шара.

В России проживает около 33 млн человек старше 60 лет, более 50% населения в возрасте старше 70 лет проживают одиноко, 9–12% пожилых (3–4 млн чел.) нуждаются в постоянной медико-социальной помощи и лишь 0,65–0,67% из них пребывают в интернатах (по ма-

териалам интернет-журнала «Третий возраст» 2009 г.).

Эта проблема требует государственного подхода. Должна быть сформирована полноценная государственная программа поддержки и сопровождения пожилых людей, не только способствующая максимальному продлению активного долголетия человека, но и заботливо сопровождающая его на всех последующих этапах жизни. Грамотное перемещение стареющего человека по маршруту возрастной адаптации, выстраивание прозрачной «путевой карты адаптации» позволит человеку сохранять позитивный настрой и достойное качество жизни до последних ее минут, что особенно актуально в связи с принятием нового федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28.12.2013 г.

Должна быть выстроена гибкая многоуровневая система стационарной поддержки пожилых людей на разных возрастных этапах, разной специализации и направленности, разных предоставляемых медицинских, социальных и психологических услуг — от дневных геронтологических стационаров в центрах социальной помощи и в лечебных учреждениях до развитой сети геронтологических центров, пансионатов, интернатов, вплоть до хосписов для престарелых.

Основная цель пребывания пожилого человека в подобных учреждениях — повышение качества его жизни посредством комплексной системной медико-социально-психологической адаптации и реабилитации, разработка которой — одна из первоочередных задач для отечественной геронтологии.

Надо сказать, что на сегодняшний день существует около сотни различных определений базового понятия «качество жизни», в которых акценты расставляются несколько по-разному. Но где нет единого понимания — там нет методологии, нет конкретных прикладных задач. Нам, к примеру, ближе такая трактовка: по определению ВОЗ, качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества (Kind P., Williams A. Measuring success in health care — the time has come to do it properly. Health Policy Matter, Issue 9, 2004).

Международный план действий по проблемам старения на 2002 г. требует в этой сфере пересмотра основных подходов, политики и практики на всех уровнях. Базовой основой для отечественной политики и практики в этой сфере должны стать идеи III съезда геронтологов и гериатров России, изложенные в концепции Государственной программы на период 2012—2025 гг. «Активное долголетие с высоким качеством жизни населения России».

При этом важно учитывать то обстоятельство, что при всей важности и социальной составляющей процесса адаптации и реабилитации, в учреждениях постоянного пребывания на первый план зачастую выходят вопросы психологического плана, или даже еще более узко — вопросы социальной психологии. Любое учреждение для постоянного пребывания представляет собой в той или иной мере ограниченное, замкнутое социально-коммуникативное пространство. Именно замкнутость и ограниченность «жизненного пространства» является потенциальным источником скрытых или явных угроз микросоциальных конфликтов на уровне групп и групповых отношений, которые могут иметь тенденцию к развитию в макроконфликты, и наша задача — найти способ не только их разрешения или текущего предотвращения, но сформировать максимально четкий и реально действующий набор превентивных мер.

Поэтому не случайно на первый план мы выдвигаем вопрос грамотного отбора и комплектования контингента проживающих.

Нельзя забывать, что за плечами у каждого человека позднего возраста разные, зачастую очень непростые жизни и судьбы, разный уровень профессиональной активности и самореализации, разный опыт счастливой или неблагополучной семейной жизни, разные характеры, разная степень соматической отяжеленности и жизненных ограничений.

Геронтологические учреждения временного проживания с учетом специфики решаемых медико-социально-психологических задач вполне могут комплектоваться по принципу «все для всех». Однако геронтогериатрические учреждения постоянного проживания требуют принципиально иного подхода именно потому, что это место должно стать по сути домом для стареющего человека, у которого и без того происходят серьезные возрастные изменения не только в сфере физического здоровья, но и в личностной, когни-

тивной, эмоциональной сферах. Даже в относительно благоприятной внешней среде у стареющего человека на фоне общего снижения адаптивных ресурсов организма постепенно может снижаться эмоциональная устойчивость, могут заостряться негативные черты характера с преобладанием эгоцентричности, нетерпимости, повышенной склонности к конфликтам, негативизму и т. п.

Жизнь стареющего человека в геронтологическом учреждении не ограничивается только понятием койко-дней. Наличие двух—трех проживающих со скрытой патопсихологией, с негативными заострениями характера способно свести на нет все реабилитационные усилия и испортить жизнь как коллективу проживающих, так и коллективу персонала.

Когда пожилой человек проживает самостоятельно, в открытом социуме, там он так же уязвим, но менее защищен, поскольку решение большинства проблем предполагает больших самостоятельных усилий. Но если человек поступает в геронтологический центр, предлагая нам разделить с ним заботу о его психологическом и соматическом благополучии, то в задачу учреждения входит создание и поддержание атмосферы позитивного психологического настроя в учреждении. Свою главную задачу по обеспечению качества жизни проживающих в геронтологических центрах мы видим именно в этом. Поскольку убеждены, что при всей важности вопросов поддержания относительной стабильности физического состояния, обеспечения необходимых социальных гарантий и прочих компонентов комплексного геронтологического сопровождения, вопрос психологического комфорта от пребывания в конкретном коллективе проживающих становится решающим и определяющим эффективность или неэффективность всей реабилитации.

И вот здесь мы сталкиваемся с рядом острых и важных вопросов, требующих своего решения. На наш взгляд, сегодня назрела необходимость воспользоваться опытом великого русского хирурга Н.И. Пирогова — теперь уже на новом уровне и применительно к «другой отрасли», то есть геронтогериатрии.

Сейчас геронтологическое обслуживание осуществляется «потоком», без учета социопсихологических особенностей клиентов. Однако очевидно, что, упрощенно говоря, ветеран-профессор вряд ли сможет существовать в состоянии

психологического комфорта, находясь в коллективе ветеранов-дворников. Равно как и ветеран-дворник вряд ли будет чувствовать себя комфортно среди ветеранов-профессоров. Если в «большом мире» человек имеет возможность сам формировать свое окружение, то в замкнутом, ограниченном пространстве геронтологического центра возможности такого формирования резко снижаются. Отсюда потенциальная почва для микросоциальных конфликтов с риском последующего ухудшения показателей качества жизни.

Опыт Пирогова применительно к геронтогериатрии заключается в необходимости введения понятия «социальной сортировки» геронтологических клиентов. Мы считаем, что подобная сортировка необходима как при поступлении клиентов в учреждение, так и в процессе адаптации (деадаптации) и в последующем проживании.

Для этого должен быть разработан стандарт медицинских, социальных, психологических и культурных параметров, комплексно оценивающих статус пожилого человека, его готовность и способность находиться в геронтологическом учреждении и алгоритм последующей адаптации и реабилитации.

Мировой опыт успешного решения подобной проблемы есть. В частности, в Германии для обеспечения надлежащего уровня качества, в том числе для выбора подходящего учреждения и процедур в соответствии со стандартом и определением степени рисков, используют научно обоснованные гериатрические оценки.

На наш взгляд, на основе упомянутой выше социальной сортировки геронтологических клиентов возможно построение системы специализированных геронтогериатрических учреждений постоянного проживания. Например, это может быть разделение по принципу ресурсности и жизненной активности проживающих. На одном полюсе — Центр активного долголетия, с соответствующим контингентом проживающих, не отягощенных серьезной соматикой, с хорошим психосоматическим потенциалом, с позитивным настроением и отчетливо выраженной мотивацией на активную социальную, а, возможно, — и на профессиональную деятельность, с соответствующим спектром медико-социально-психологических услуг и соответствующим штатом. На наш взгляд, таким может и должен быть ФБГУ

«Всероссийский научно-методический геронтологический центр».

На другом полюсе – Центр милосердия для маломобильных и немобильных пожилых людей, вплоть до хосписа общей геронтологической направленности, уже с другим спектром медико-социально-психологических услуг и другим набором кадров.

Возможна специализация геронтогериатрических учреждений по ведомственному или иному социальному принципу (к примеру, для работников творческих профессий, для работников сельского хозяйства, железнодорожного транспорта и т. п.), в основе которой лежит идея не ведомственной изоляции и привилегированности, а объединение пожилых людей по принципу общности прежних профессиональных интересов и интеллектуальных потребностей, что может служить очередным шагом к их объединению, а не разобщению. Вопрос для обсуждения.

Мы убеждены, что отбор кандидатов и решение о приеме ветерана в учреждение постоянного проживания должны осуществляться непосредственно в учреждении. На основе первичного знакомства с пакетом обязательной сопроводительной документации, личного собеседования с заявителем, с его сопровождающими родственниками должно приниматься коллегиальное решение о приеме кандидата на адаптационный период либо мотивированный отказ. Коллегиальное решение подразумевает трехсторонний учет мнений:

- профильных специалистов – в лице медико-социально-психологической комиссии;
- общественности – в лице Совета ветеранов геронтологического центра;
- юриста.

Окончательное решение о переводе на постоянное проживание по прошествии 3-месячного срока, предусмотренного для адаптации, принимается также коллегиально, на основе заявления от временно проживающего и анализа динамики адаптационного периода.

В случае выявления негативной динамики геронтологического и психологического статуса проживающего, тот же коллегиальный состав наделяется правом рассмотрения вопроса о рекомендации направления того или иного проживающего в другие специализированные или лечебные учреждения либо на передачу проживающего на попечение близких родственников (если таковые имеются).

ВЫВОДЫ

1. Привести в соответствие с реальными потребностями общества количество геронтологических учреждений в РФ (во исполнение Государственной программы «Активное долголетие» на 2012–2025 гг.)

2. Отбор кандидатов и решение о приеме ветерана в геронтологическое учреждение постоянного проживания должны осуществляться непосредственно в учреждении.

3. Рассмотреть вопрос о введении понятия «социальной сортировки» геронтологических клиентов на основе медико-социально-психологического стандарта, способствующей профилактике зон повышенной конфликтности и повышению эффективности адаптации и последующей реабилитации постоянно проживающих в геронтогериатрических учреждениях.

4. Необходима разработка гериатрического медико-социально-психологического стандарта параметров, комплексно оценивающих статус пожилого человека, его готовность и способность находиться в геронтологическом учреждении и проходить реабилитационный курс.

5. Решение задачи разработки геронтологических стандартов и алгоритмов гериатрического сопровождения в специализированных учреждениях России требует ряда неотложных организационных решений, первым из которых может быть введение должностей главного гериатра и главного геронтолога в каждом регионе страны и на федеральном уровне РФ по согласованию с ассоциацией геронтологов и гериатров РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова О.В. Психологические проблемы пожилых клиентов в условиях стационарного проживания и пути их решения // Психология зрелости и старения. 2013. № 2 (62). С. 102-112.
2. Вальтер Ф. Структура гериатрии в Германии. М., 2013.
3. Дубовик Ю.Б. Исследование психологического благополучия в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 1 (15).
4. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им В.Ф. Купревича. 2012. № 4-5. С. 66-84.
5. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии Учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2007.
6. Стюарт-Гамильтон Я. [Stuart-Hamilton I.] Психология старения. СПб.: Питер, 2002.
7. Kind P., Williams A. Measuring success in health care – the time has come to do it properly // Health Policy Matter. 2004. № 9. P. 1-8.

Поступила 03.10.2014

**XIX Международная
Научно-практическая конференция
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

**XIX international scientific and practical conference
«THE ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE».
Material of the conference (continuation)**

Key words: gerontology center, permanent residence, aged

6–7 октября 2014 года

Материал конференции (продолжение)*

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

С.С. Афанасьева

Стоматологическая поликлиника № 5, Москва

Цивилизация, дающая человечеству множество благ, одновременно порождает серьезные проблемы, которые, прежде всего, отражаются на людях пожилого и старческого возраста. С детства мы привыкли слышать поговорку: «старость – не радость», нам прививается отношение к старикам, как к людям беспомощным и слабым, постоянно нуждающимся в нашей заботе и поддержке. Помимо этого, общество навязывает нам много стереотипов в отношении к пожилым людям, большая часть из которых имеет негативный характер. Например, представления о том, что все старые люди нездоровы, подвержены депрессии, одиноки, слабоумны и т. д. Несмотря на то, что некоторые из подобных утверждений являются отчасти заблуждениями, все же они не безосновательны.

Старение – это естественный, неотъемлемый процесс, заключительный этап жизни, который резко отличается от всех предыдущих. Поскольку старение представляет собой и физиологическое, и психологическое, и социальное явление, то серьезные изменения претерпевает вся жизнь человека. В силу этих изменений пожилому человеку приходится сталкиваться с огромным количеством различных проблем.

В рамках данного исследования были изучены проблемы, с которыми сталкиваются пожилые люди при обращении за стоматологической помощью в медицинские организации. В первую очередь это проблемы физиологического характера. Старение сопровождается снижением репаративных функций и восстановительных процессов; снижением барьерных и иммунных механизмов защиты, поэтому, данные пациенты помимо стоматологических заболеваний имеют общесоматические хронические заболевания, для них характерно смазанность клинического течения, высокая частота осложнений, быстрое ухудшение состояния, если не начать вовремя лечение.

Не последнюю роль при оказании стоматологической помощи данным пациентам играют социальные факторы, а именно: снижение физической активности, снижение собственного контроля над состоянием стоматологического здоровья. Часто пациенты пожилого и старческого возраста негативно воспринимают стоматологическое вмешательство на фоне повышенной раздражимости, связанной с социально-бытовой неудовлетворенностью и наличием сопутствующих заболеваний центральной нервной системы и сосудов головного мозга (снижение слуха, забывчивость).

Из вышесказанного, становится явным, что данные пациенты не могут ходить на прием к врачу-стоматологу несколько раз и часто не заканчивают своего лечения. Поэтому для оптимизации оказания стоматологической помощи лицам пожилым и старческого возраста, автором исследования предлагается применять метод расширенной плановой одномоментной санации рта. Особенности метода заключаются в следующем:

- сочетание специалистов-стоматологов (терапевт + пародонтолог + хирург + ортопед);
- использование стационарозамещающих технологий;
- организация профилактической и диспансерной работы на стоматологическом приеме с позиции взаимодействия врачей различных специальностей.

Автором был применен вышеописанный метод в стоматологической клинике для обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста декретированных контингентов. Для реализации данного метода нами были разработаны варианты маршрутных карт движения пациентов и схемы взаимодействия врачей-специалистов различных профилей. Так называемые схемы маршрутизации пациентов. В выборе и формировании маршрута для пациентов рассматриваемой категории, ключевое значение приобретает участие старшей медицинской сестры. В зависимости от нозологии, выявленной при осмотре пациента врачом специалистом, старшая медицинская сестра выстраивает маршрутную карту для этого больного с учетом привлечения врачей различных профилей, дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза, с целью наиболее эффективного оказания стоматологической помощи.

* Материал публикуется в авторском виде, без редактирования.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1. проведение стоматологического лечения лиц пожилого и старческого возраста должно быть комплексным и осуществляться при взаимодействии врачей специалистов (терапевта, хирурга, ортопеда, пародонтолога), с учетом соматической патологии пациента; 2. оказание комплексной стоматологической помощи таким категориям лиц рекомендуется проводить в режиме расширенной плановой одномоментной санации рта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦЕПЭГИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В (АЛЬГЕРОН) В КОМБИНАЦИИ С РИБАВИРИНОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА СТАДИИ ОЦЕНКИ БЫСТРОГО И РАННЕГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТОВ

А.В. Мамонов, П.Н. Масыкин, Р.А. Мамонов

Научно исследовательский институт физико-химической медицины ФМБА России, Москва

В РФ инфицированность населения вирусом гепатита С (HCV) оценивается от 1,5 до 3,5%. Большинство пациентов заражаются HCV в молодом возрасте. Течёт хронический гепатит С (ХГС) медленно, но неуклонно приводит к развитию фиброза, цирроза печени (ЦП) и гепато-целлюлярной карциномы (ГЦК) в старших возрастных группах, что снижает качество и продолжительность жизни пожилых людей и приводит к большим медико-экономическим потерям. Эрадикация HCV посредством терапии пегелированными интерферонами альфа (ПИ-а) и рибавирином (Р) до формирования фиброза предотвращает развитие ЦП и ГЦК. Одной из важных причин отказа от такой терапии является её высокая стоимость. В феврале 2013 г компания «БИОКАД» зарегистрировала инновационный препарат ПИ-а отечественного производства – цепэгинтерферон альфа-2b (Альгерон), показавший в клинических исследованиях эффективность не меньшую, чем ПИ-а зарубежного производства. Препарат имеет сравнительно невысокую стоимость, что делает его высокодоступным в РФ. Использование «Альгерона» в клинической практике пока непродолжительно, что актуализирует востребованность обмена опытом его применения.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность оригинального ПИ-а (Альгерон) в сочетании с Р (расчёт дозировок по массе тела) у больных ХГС на стадии достижения быстрого (БВО) и раннего (РВО) вирусологического ответов.

Материалы и методы: оценена частота развития БВО (РНК HCV < 50 МЕ/мл через 4 недели лечения) и РВО (РНК HCV < 50 МЕ/мл – полный (пРВО) или РНК HCV > 50 МЕ/мл, но снижение вирусной нагрузки > 100 раз – частичный (чРВО) через 12 недель лечения), а также изучены динамика АЛТ, плотности печени (фиброэластометрия) у 20 пациентов с ХГС (10 м и 10 ж от 21 до 55 л., стаж болезни от 2 до 16 л.), стратифицированных по генотипу (gt) HCV (10 чел. – 1b, 8 чел. – 3-й и 2 чел – 2-й gt). 3 пациента с 1b gt не имели полиморфизма в локусе rs12979860 гена интерлейкина 28В (gIL28В), и 7 имели аллель С > Т. Повышение АЛТ от 1,5 до 5 норм отмечено у 16 (80%) чел., фиброз печени 1 ст. выявлен у 5; 2 ст. у 2; 3 ст. у 2 и 4 ст. у 1 пациента. Все пациенты получали цепэгинтерферон альфа-2b (Альгерон) 1,5 мкг/кг/нед и Р (800–1200 мг/сут).

Результаты: БВО развился у 8 из 10 пациентов со 2 и 3 gt и 2 пациентов с 1b gt HCV. Активность АЛТ в этот срок оказалась нормальной у 17 из 20 больных. Полный РВО достигнут у 9 из 10 чел. со 2 и 3 gt и у 8 из 10 пациентов с 1b gt; у остальных 3 чел. – развился чРВО. У всех пациентов через 12 недель терапии активность АЛТ была в пределах нормы и отмечена тенденция к снижению показателей плотности печени. Проведенный анализ показал, что предикторами отсутствия БВО и наличия лишь чРВО, а не пРВО, являлись 1b gt HCV, а также С/Т генотип rs12979860 gIL28В. В ходе 12-недельной терапии ни у одного пациента не зарегистрировано побочных эффектов, требовавших прекращения лечения, коррекции доз лекарств или применения стимуляторов кроветворения.

Заключение: отечественный инновационный цепэгинтерферон альфа-2b (Альгерон) в комбинации с рибавирином у ранее не леченных больных ХГС является достаточно эффективным и безопасным на стадии достижения быстрого и раннего вирусологического ответа, что позволяет прогнозировать вероятность достижения эрадикации HCV в стандартные сроки терапии не меньшую, чем при лечении препаратами пегелированного интерферона альфа зарубежного производства.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ЛЮДЬМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ ВЫНУЖДЕННОГО ОБЩЕНИЯ

К.Г. Сердакова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Представленные в ряде отечественных и зарубежных источников данные демографических отчетов показывают увеличение доли пожилых людей во всем мире. Из этого следует, что медицинские услуги необходимо определять с учетом социально-психологических особенностей взаимодействия с пациентами позднего возраста. Оказание таких услуг, чаще происходит именно в ситуации вынужденного общения. Попытаемся рассмотреть особенности общения медицинской сестры с пациентом позднего возраста. В работах отечественного исследователя М.В. Ермолаевой даются качественные характеристики различных типов пожилых людей и стратегии их адаптации. Рассмотрим данные характеристики для определения способа взаимодействия с пожилыми людьми.

Сложности в общении могут возникнуть при работе с пожилыми людьми, отличающимися неуравновешенным характером, склонными к импульсивным, аффективным реакциям. В работе с такими пожилыми людьми надо уметь переключать их внимание, отвлечь от предмета возбуждения и вернуться к его рациональному обсуждению только после нормализации состояния. Если у пожилого человека наблюдаются тревожно – мнительные черты характера, то медицинской сестре надо себя настроить на терпеливый и долгий разговор. Некоторыми специалистами описывается так называемая «война поколений». Это может быть выражено в нежелании работать с молодой медицинской сестрой, ссылаясь на её профессиональную некомпетентность, а также сложность необходимых манипуляций, выполняемых молодой медицинской сестрой, у которой «может не быть опыта» для этого. В таком случае лучше всего поможет саморезентация или презентация молодой медицинской сестры, более старшими коллегами, заканчивающаяся словами *об её высокой ответственности за работу и профессионализме*. В ситуации вынужденного общения медицинской сестре необходимо делать паузы в разговоре, это очень важный момент «психологического протезирования». Медицинская сестра как бы замедляет свою речь, давая возможность пожилому пациенту ее осмыслить. Можно использовать также прием уточнения, который может содержаться в такой фразе: «правильно ли я Вас понимаю, что...», далее обязательно проговаривается проблема и путь ее решения. Безусловно, возможны и другие способы взаимодействия с пожилым пациентом.

Таким образом: процедура взаимодействия с пациентом позднего возраста должна осуществляться с учетом его психологических особенностей. Это позволит медицинской сестре избежать профессионального выгорания и остаться в профессии эффективным работником, а пожилому пациенту получить весь спектр медицинских услуг и даже в ситуации вынужденного общения ощутить счастливую старость.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С.О. Сосновский, О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец

Госпиталь «ОрКли», Санкт-Петербург

Лечение недержания мочи (НМ) у женщин – одна из актуальных проблем современной урологии. В России недержание мочи встречается у 39–42% женщин. После 55 лет распространённость НМ увеличивается в 3,5–4 раза. Однако за медицинской помощью обращаются лишь 1,5% из них.

В наших исследованиях при обследовании 65 женщин, средний возраст которых составил $63,5 \pm 0,7$ года, помимо симптомов ГМП при опросе, а затем при объективном обследовании, у всех пациенток было выявлено urgentное недержание мочи. У 63,5% из них urgentное НМ сочеталось со стрессовым. У 46% пациенток установлена средняя степень тяжести НМ, у 28,9% – легкая, у 4,7% – тяжелая.

Количество мочеиспусканий, согласно дневников мочеиспускания за 3-е суток варьировало от 20 до 88 раз (в среднем $33,4 \pm 0,6$ раз). При этом число ночных мочеиспусканий отмечено в диапазоне значений от 0 до 22 ($6,3 \pm 0,2$). Количество императивных позывов составляло $12,2 \pm 0,5$ раз с диапазоном варьирования 0–76, а императивных позывов в ночное время – $2,3 \pm 0,1$ с диапазоном варьирования 0–20 раз. Количество эпизодов urgentного НМ составило $3,8 \pm 0,3$ (0–46) и $0,7 \pm 0,1$ (0–19) соответственно в дневное и ночное время.

Гинекологический анамнез обследуемых показал, что среди гинекологических заболеваний в данной группе наиболее часто наблюдали миому матки у 11 (16,9%) женщин. Кроме того, у 5 (7,7%) женщин миома матки к моменту обследования была удалена оперативным путем. Экстирпация матки по различным показаниям была выполнена 30 (46,2%) женщинам. Средний возраст женщин, в котором была осуществлена экстирпация матки составил $47,1 \pm 1,3$ года. Опущение тазового дна было выявлено у 36 (55,4%) из 65 женщин, из которых I степень выявлена у 9 (25%), II степень – у 18 (50%), III степень – у 7 (19,4%) и у 2 (5,6%) больных выявили пролапс гениталий IV степени. У 27 (41,5%) выявлено стрессовое НМ. При этом 3 (4,6%) больным ранее выполняли оперативные вмешательства по поводу стрессового НМ. Всего опущение тазового дна и степень опущения тазовых органов была выявлена у 46 (70,8%) женщин.

Нарушения уродинамики по данным урофлоуметрии выражались в уменьшении эвакуаторной способности мочевого пузыря: удлинении времени мочеиспускания в 2,23 раза, снижении максимальной объемной скорости потока мочи в 1,7 раз и накопительной способности мочевого пузыря в 2 раза в сравнении с нормой.

При проведении цистометрии у 67,3% пациенток была снижена цистометрическая емкость от 50 до 140 мл, в среднем составляла 100 мл, что свидетельствует о сниженной накопительной функции мочевого пузыря. У 82,2% пациентов пациенток констатировали гиперактивную детрузора, что проявлялось наличием непроизвольных детрузорных сокращений в фазу наполнения мочевого пузыря (спонтанных либо спровоцированных), которые не могли быть полностью прекращены волевым усилием пациентов. В 48,6% случаев отмечено укорочение времени мочеиспускания. У 18,1% женщин выявлены признаки нестабильности уретры.

Полученные данные позволили выработать определенный подход в выборе лечебной тактики в амбулаторных условиях и подобрать соответствующее лечение на срок 12 недель:

- пациенткам с urgentным НМ назначалась монотерапия солифенацином (Везикар) в дозе 5 мг/сутки;
- пациентки с urgentным НМ в сочетании со стрессовым – солифенацин (5 мг/сутки) в комбинации с α 1-адреноблокатором теразололом (Сегетис) (2 мг/сутки) или солифенацин (5 мг/сутки) в комбинации с тренировкой мышц тазового дна (ТМТД).

СКРИНИНГ БОЛЬНЫХ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С.О. Сосновский, О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец

Госпиталь «ОрКли», Санкт-Петербург

На основании предъявляемых жалоб, анализа анкет мочеиспускания, опросников и данных клинического и уродинамического исследований проведен скрининг пациентов пожилого возраста с гиперактивностью мочевого пузыря (ГМП), в результате которого сформированы статистические данные, характеризующие особенности симптоматики и течения ГМП у лиц пожилого возраста.

Проведено обследование 126 пациентов (61 мужчина и 65 женщин), обратившихся с симптомами ГМП. Средний возраст больных составил $70,0 \pm 0,6$ года (от 50 до 92 лет). Наибольшая частота (38,4%) возникновения ГМП у пожилых женщин приходилась на период от 60 до 69 лет ($63,5 \pm 0,7$ года), а у мужчин (37,7%) в период от 67 до 79 лет ($72,0 \pm 0,6$ года). У 36,5% пациентов преобладало urgentное недержание мочи (НМ), а у 63,5% – urgentное НМ сочеталось со стрессовым (смешанное). При этом, у 46% пациентов выявлена средняя степень тяжести недержания мочи, у 28,9% – легкая, у 4,7% – тяжелая. Urgentное НМ встречалось во всех возрастных группах: у 56,2% пациентов в возрасте 50–59 лет, у 41,7% – 60–69 лет, у 18,8% – 70–79 лет, у 20,0% – 80–89 лет и у 25,0% пациентов – старше 90 лет. Частота смешанного НМ выявлена у 43,8% пациентов 50–59 лет, у 58,3% – 60–69 лет, у 81,25% – 70–79 лет, у 80% – 80–89 лет и у 75% – старше 90 лет.

Наиболее беспокоящими симптомами расстройства мочеиспускания являлись: учащение мочеиспускания днем и ночью (30,2%), urgentное недержание мочи (23,0%), императивные позывы на мочеиспускание (17,5%), стрессовое недержание мочи (19,0%) учащение мочеиспускания только днем (7,9%), учащение мочеиспускания только ночью (2,3%). При этом сильные позывы на мочеиспускание провоцировались охлаждением (65,1%), звуком текущей воды (52,4%), подходом к дому (30,2%), эмоциональным стрессом (19%), кашлем и чиханием (33,4%), физической нагрузкой (11,2%); смехом (2,3%) или без причин (2,3%). По данным дневников мочеиспускания за 3-е суток количество мочеиспусканий составляло от 20 до 88 раз (в среднем $33,4 \pm 0,6$ раз); число ночных мочеиспусканий – от 0 до 22 раз ($8,0 \pm 0,2$); количество императивных позывов – от 0 до 76 раз ($12,4 \pm 0,5$), число императивных позывов – от 0 до 20 раз ($2,7 \pm 0,1$); число эпизодов urgentного НМ в дневное время – от 0 до 46 раз ($3,1 \pm 0,3$); число эпизодов urgentного НМ в ночное время – от 0 до 19 раз ($0,6 \pm 0,1$).

Нарушения уродинамики по данным урофлоуметрии выражались в уменьшении эвакуаторной способности мочевого пузыря: удлинении времени мочеиспускания в 2,23 раза, снижении максимальной объемной скорости потока мочи в 1,7 раз, снижении в 2 раза накопительной способности мочевого. Больные ГМП со смешанным типом НМ характеризовались меньшим максимальным объемом мочевого пузыря, внутривезикулярным давлением при максимальной скорости потока мочи, детрузорным давлением при максимальной скорости потока мочи, максимальным уретральным давлением, колебаниями максимального уретрального давления.

ГМП достоверно ухудшало качество жизни пожилых пациентов, влияя на все стороны их жизни. Согласно анализу ответов на вопросы анкеты КНУ у всех пациентов была снижена общая оценка своего здоровья; 99,4% пациентов ощущали влияние нарушений мочеиспускания на здоровье; 80,9% испытывали ограничения в повседневных занятиях, 67,4% – в физической и социальной активности, 98,4% – в нарушении сна, 89% отмечали ухудшение эмоционального состояния и 40,5% – личных отношений. Около 27% пациентов оценивали общее состояние своего здоровья как «плохое» и «очень плохое», 65,1% пациентов – как «среднее» и только 8,0% пациентов – как «очень хорошее» и «хорошее».

Таким образом, проблема ГМП, urgentного и смешанного недержания мочи занимает значительную долю среди причин снижения качества жизни больных пожилого возраста. Проведенный скрининг больных с ГМП позволит выработать определенные подходы в диагностике и выбрать эффективную лечебную тактику в условиях амбулатории или стационара для пациентов данной возрастной группы.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СО СМЕШАННЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

С.О. Сосновский, О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец

Госпиталь «ОрКли», Санкт-Петербург

Высокая эффективность лечения гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) отмечается при комбинировании медикаментозной терапии с тренировкой мочевого пузыря. Преимуществами немедикаментозных методов лечения являются практически полное отсутствие побочных эффектов и ограничений к последующим видам лечения, а также возможность их применения наряду с медикаментозной терапией. В случае хорошей приверженности пациента лечению уменьшается количество эпизодов и объемы потерь и континенция достигается раньше.

Одной из разновидностей поведенческой терапии является гимнастика мышц тазового дна по Kegel. Упражнения помогают больным подавлять непроизвольные сокращения детрузора и одновременно улучшить контроль над запирательным механизмом уретры, восстанавливают фаз физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря, способствуют улучшению кровообращения в органах малого таза. Гимнастику рекомендуют проводить ежедневно по несколько подходов в день в различных положениях (лежа, сидя или стоя). Эффективность лечения с помощью тренировки мочевого пузыря может достигать от 44% до 70%.

Целью тренировки мочевого пузыря является прогрессивное повышение интервала между мочеиспусканиями. При проведении тренировки мочевого пузыря больной старается сдерживать позыв на мочеиспускание и мочиться в соответствии с заранее установленным планом. В начале лечения интервал между мочеиспусканиями у пациентов составлял 1,5 часа. При достижении способности без усилий воздерживаться от мочеиспусканий этот интервал постепенно увеличивали на 0,5 часа – максимально до 3,5 часов.

В наше исследование включено 40 пациентов с ГМП (20 мужчин и 20 женщин) со смешанным недержанием мочи, из которых 32 пациента были в возрасте старше 60 лет и 8 пациентов – до 60 лет (50–59 лет). Первичное обследование включало в себя субъективные методы оценки: шкалу ГМП, визуальную аналоговую шкалу, оценку качества жизни с помощью анкеты King's Health Questionnaire (KHQ); объективные методы оценки: дневник мочеиспусканий, урофлоуметрию дважды с определением остаточной мочи, комбинированное уродинамическое исследование. При уродинамическом исследовании оценивали скорость и время мочеиспускания, максимальную цистометрическую емкость, наличие или отсутствие детрузорной гиперактивности.

По данным дневников мочеиспускания за 3-е суток количество мочеиспусканий составляло от 20 до 88 раз (в среднем $33,4 \pm 0,6$ раз); число ночных мочеиспусканий – от 0 до 22 раз ($8,0 \pm 0,2$); количество императивных позывов – от 0 до 76 раз ($12,4 \pm 0,5$), число императивных позывов – от 0 до 20 раз ($2,7 \pm 0,1$); число эпизодов ургентного НМ в дневное время – от 0 до 46 раз ($3,1 \pm 0,3$); число эпизодов ургентного НМ в ночное время – от 0 до 19 раз ($0,6 \pm 0,1$). Нарушения уродинамики по данным урофлоуметрии у пожилых пациентов выражались в уменьшении эвакуаторной способности мочевого пузыря: удлинении времени мочеиспускания в 2,23 раза, снижение максимальной объемной скорости потока мочи в 1,7 раз, снижение в 2 раза накопительной способности мочевого в сравнении с нормой.

Все пациенты получали терапию М-холинолитиком солифенацином в комбинации с тренировкой мочевого пузыря. Солифенацин назначался в дозе 5 мг однократно в сутки. Продолжительность курса лечения составила 12 недель.

К концу курса высокую эффективность лечения отметили 71,88% ($p < 0,05$) пролеченных больных «старше 60 лет» и 75,0% ($p < 0,05$) больных «до 60 лет». Частота мочеиспусканий в сутки в данных возрастных группах уменьшилась на 42,2% и 50,0% ($p < 0,05$) соответственно; число эпизодов ургентного недержания мочи – на 58,2% и 60,4% ($p < 0,05$), а среднее неэффективное количество мочевого пузыря по данным УЗИ на фоне данной терапии увеличилось на 30,16% и 31,71% ($p < 0,05$) соответственно. При этом, уменьшение выраженности симптомов ГМП сопровождалась улучшением качества жизни больных с положительной динамикой наблюдался на протяжении всего периода лечения.

Переносимость лечения солифенацином в дозе 5 мг в сочетании с тренировкой мочевого пузыря в сутки была удовлетворительной. Среди лечившихся 46 больных ни один не прекратил лечения досрочно из-за развития побочных эффектов. Самым частым побочным эффектом лечения, вызванного солифенацином являлась сухость во рту, которая была отмечена у 2 (25,0%) больных группы «до 60 лет» и у 7 (21,88%) больных группы «старше 60 лет». Реже наблюдались запоры (соответственно у 1 (12,5%) и 3 (9,37%) больных) и тошнота (соответственно у 1 (12,5%) и 4 (12,5%) больных). У 1 (3,13%) больного группы «старше 60 лет» отмечено нарушение четкости зрения. Ни в одном случае не выявлено побочных эффектов тяжелой степени, что послужило бы причиной отмены назначенной терапии.

Таким образом, комбинированное лечение ГМП М-холинолитиком солифенацином в дозе 5 мг/сутки и тренировкой мочевого пузыря курсом 12 недель сопровождается достаточно хорошим терапевтическим эффектом у пожилых пациентов со смешанным недержанием мочи и оказывает существенное влияние на клиническую картину и уродинамические показатели.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ МЕТОДОВ АРТ-ТЕРАПИИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

О.В. Таньшина

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва

В 1974 г. психолог Джером Франк сформулировал пять основных возможностей любой успешной психотерапии, которая: предоставляет новые обучающие возможности – как на познавательном, так и практическом уровне; вселяет надежду на избавление от страданий; предоставляет опыт успешной деятельности; дает возможность преодолеть чувство отверженности; пробуждает яркие эмоции.

Всеми перечисленными выше возможностями обладает метод Арт-терапия. Арт-терапия (АТ) – психотерапия пациентов посредством изобразительного творчества. При этом создаваемые творческие произведения являются скорее «побочным продуктом», чем целью этой деятельности. В Арт-терапии нет задач обучения навыкам изобразительного искусства или создания высокохудожественного произведения – это процесс ради процесса, спонтанное самовыражение, ценное само по себе.

Применение методов психологической помощи и психотерапии в отношении людей пожилого и старческого возраста сильно ограничено, что связано с особенностями их состояния: наличием многочисленных органических нарушений, частым когнитивным снижением, расстройствами личности и поведения.

Учитывая выше описанные ограничения, применение АТ представляется наиболее приемлемым для пациентов пожилого и старческого возраста с психическими нарушениями. Данный метод не несет ограничений и противопоказаний, но и обладает множеством видов техник и вариациями их применения, например: рисование красками, карандашами, фломастерами, мелками по батнику, холсту, бумаге; лепка из пластилина и глины; лоскутное шитье из ткани, атласных лент; квиллинг – создание объемных композиций из скрученных бумажных полос и т. д. Все перечисленные технологии у нас проводятся в отделениях психиатрической больницы сестринским персоналом в тесном сотрудничестве с психологической службой и специалистами по социальной работе. Ежегодно работы наших пациентов представляются в рамках Фестиваля творчества душевнобольных «Нить Ариадны».

Описанный автором опыт применения АТ в психиатрической больнице города Москвы показал, что у 100% пациентов была отмечена положительная динамика. Выравнилась эмоциональное состояние, снизилась интенсивность тревоги, повысился общий фон настроения. Легче проходила адаптация к условиям стационара, заметно улучшалась координация. У 80% пациентов отмечалось восстановление элементарных моторных актов.

Таким образом, из выше сказанного можно сделать следующий вывод, что применение метода Арт-терапии целесообразно в геронтопсихиатрии и данный метод снижает психофизическую напряженность и формирует позитивный образ настоящего и будущего у пожилого пациента психиатрической больницы.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОРРЕКЦИИ
СИМПТОМОВ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО
ПУЗЫРЯ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН КОМБИНАЦИЕЙ
ВЫСОКИХ ДОЗ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОВ

К.В. Косилов, С.А. Лопарев, М.А. Красных,
Л.В. Косилова 3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ
ЖЕЛЕЗ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫЕ
ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко 14

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И
СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л.М. Алимбарова, А.А. Лазаренко, Н.Д. Львов,
Е.Л. Аверина 20

ПОКАЗАТЕЛИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ
ТРОМБОЦИТОВ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ
СТЕНКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
С ПРИЗНАКАМИ УСКОРЕННОГО СТАРЕНИЯ

Н.О. Захарова, Е.В. Тренева 26

ФАКТОРЫ РИСКА УРОДИНАМИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

П.В. Маслов, Д.С. Медведев, С.У. Мурсалов,
А.А. Большаков, А.У. Мурсалов, Л.Н. Аргвлиани,
А.С. Климов 29

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУСНОГО
СЕКВЕНСТИПИРОВАНИЯ ДЛЯ МОЛЕКУЛЯРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА
ШТАММОВ STREPTOCOCCUS PNEUMONIA,
ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

А.В. Мартьянова, Л.А. Балабанова, О.А. Чулакова 34

ORIGINAL ARTICLES

EFFICACY AND SAFETY OF CORRECTION
OF SYMPTOMS OF OVERACTIVE BLADDER
IN ELDERLY WOMEN WITH COMBINATION
OF HIGH DOSES OF ANTIMUSCARINIC DRUGS

K.V. Kosilov, S.A. Loparev, M.A. Krasnykh,
L.V. Kosilova 3

COMMON DISEASES OF THE SALIVARY
GLANDS IN THE ADULT
AT DIFFERENT AGES

A.K. Iordanishvili, V.V. Lobeyko 14

INDICATORS OF IMMUNE INFLAMMATION
IN ELDERLY PATIENTS WITH SOMATIC
PATHOLOGY AND MERCHANDISE HERPESVIRUS
INFECTIONS

L.M. Alimbarova, A.A. Lazarenko, N.D. Lvov,
E.L. Averina 20

INDICATORS OF PLATELET AGGREGATION
AND VASCULAR WALL STIFFNESS
AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT
AND PROGRESSION OF CARDIOVASCULAR
DISEASE IN COMBAT VETERANS
WITH SYMPTOMS OF ACCELERATED AGING

N.O. Zakharova, E.V. Treneva 26

RISK FACTORS OF URODYNAMIC
DISORDERS IN OLDER PEOPLE
IN ACUTE STRESS EFFECT

P.V. Maslov, D.S. Medvedev, S.U. Mursalov,
A.A. Bolshakov, A.U. Mursalov, L.N. Argvliani,
A.S. Kilmov 29

APPLICATION OF MULTILOCUS
SEQUENCING FOR MOLECULAR
EPIDEMIOLOGICAL MONITORING
STRAINS STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE,
ISOLATED ELDERLY PATIENTS
WITH CAP

A.V. Martynova, L.A., Balabanova, O.A. Chulakova . . . 34

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

MEDIC AND SOCIOLOGICAL PROBLEMS

ПОЖИЛЫЕ ИНВАЛИДЫ: ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ
И МЕТАТЕХНОЛОГИЯ ПОНИМАНИЯ

OLDER PEOPLE WITH DISABILITIES: PROBLEMS
AND INCLUSION OF META-AWARENESS

М.Р. Арпентьева 39

M.R. Arpeneva 39

ВИКТИМНОСТЬ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
(ГЛОБАЛЬНЫЕ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ)

VICTIMIZATION OF PERSONS
LATE AGE (GLOBAL AND FORENSIC
ASPECTS)

Л.Е. Пищикова 45

L.E. Pischikova 45

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ
В Г. ОМСКЕ

TRENDS IN THE INCIDENCE OF ELDERLY LIVING
IN A LARGE INDUSTRIAL CENTER OF WESTERN
SIBERIA

О.В. Гончарова, С.Н. Мальцев, А.В. Глотов 50

O.V. Goncharova, S.N. Maltsev, A.V. Glotov 50

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В
УЧРЕЖДЕНИИ ПОСТОЯННОГО ПРЕБЫВАНИЯ НА
ПРИМЕРЕ ФГШБУ «ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-
МЕТОДИЧЕСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

TOPICAL ISSUES OF INTEGRATED MEDICAL
AND GERONTOLOGICAL SOCIAL
AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT
AND REHABILITATION OF ELDERLY PEOPLE
IN THE ESTABLISHMENT OF A PERMANENT STAY
ON THE EXAMPLE FGBI «SCIENTIFIC
AND TECHNICAL GERONTOLOGY CENTER»

И.В. Архипов, В.Ю. Захарова 55

I.V. Arkhipov, V.Y. Zakharova 55

**ТЕЗИСЫ К XIX МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
(Продолжение) 59**

**ABSTRACTS OF THE XIX INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
«THE ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE»
(Continuation) 59**