

**Комитет по социальной защите населения
Ленинградской области
Геронтологическое общество РАН
Ленинградское областное отделение ГО РАН
ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»**

**ПЕРВАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**

**«ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ:
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ
АСПЕКТЫ»**

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ





**Комитет по социальной защите населения
Ленинградской области
Геронтологическое общество РАН
Ленинградское областное отделение ГО РАН
ЛОГБУ «Геронтологический центр
Ленинградской области»**

**ПЕРВАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ:
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ»**

19 октября 2017 г., Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

**Под редакцией Л.Н. Нещадим,
чл.-корр. РАН, д.м.н., доцента А.С. Башкирёвой**

Санкт-Петербург
2017

УДК 364.65(364.4.046.6)

ББК 51

Научное издание

Геронтология и гериатрия: социально-медицинские аспекты. Сборник научных работ Первой межрегиональной научно-практической конференции. 19 октября 2017 г. / Под редакцией Л.Н. Нецадим, чл.-корр. РАЕ, д.м.н., доц. А.С. Башкирёвой. – СПб.: изд-во «Полет». – 2017. – 146 с.

В сборнике представлены тезисы докладов и научных работ по актуальным разделам геронтологии и гериатрии: фундаментальная и клиническая геронтология и гериатрия, профилактика преждевременного старения, биомаркеры старения и биологический возраст, профессиональное долголетие, правовые основы организации гериатрической помощи населению, модели межведомственного взаимодействия при организации медико-социальной, психотерапевтической и реабилитационной помощи пожилым, особенности сестринского и паллиативного ухода, опыт и перспективы межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, проект МЗ РФ «Территория «ЗАБОТЫ», роль геронтологических центров в системе социальной защиты населения в РФ, деятельность общественных организаций и социальное предпринимательство в геронтологии и гериатрии.

Материалы сборника представляют интерес для руководителей учреждений социальной защиты населения, специалистов по социальной работе, врачей-гериатров, врачей общей практики, семейной медицины, терапевтов, неврологов, кардиологов, онкологов и врачей других специальностей, организаторов здравоохранения, среднего медицинского персонала, сотрудников научных учреждений, изучающих вопросы старения, других специалистов, работающих в сфере оказания помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Ответственность за мнения, выраженные в статьях, исследованиях и других материалах, полностью лежит на авторах научных работ.

СОДЕРЖАНИЕ

ВОЗРАСТ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАРОДОНТИТ

Арьева Г.Т., Арьев А.Л. 9

О ЛАБОРАТОРНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ахметова А.Р., Салыхова Р.М., Еникеев Ю.В. 13

ПИТАНИЕ И БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Байда А.В., Воронина Л.П., Кузнецова Н.Б. 15

ИННОВАЦИОННЫЕ GERONTOTEХНОЛОГИИ «AGE FRIENDLY WORKPLACES» КАК ОДНА ИЗ СТРАТЕГИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗАНЯТОСТИ И ПОДДЕРЖАНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Башикирёва А.С. 18

СТАРЕНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Башикирёва А.С. 23

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ И УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ УСКОРЕННОГО СТАРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Башикирёва А.С. 26

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Белицкий С.Н., Кирсанов Р.И. 29

УСКОРЕННОЕ СТАРЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ НАРУШЕНИИ СВЕТОВОГО РЕЖИМА

Виноградова И.А., Горанский А.И. 31

**РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
В ОТНОШЕНИИ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЗА ГОДЫ
ЕЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ В РФ**

Владимирова О.Н., Башикирёва А.С. 34

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Владимирова О.Н., Башикирёва А.С., Карасаева Л.А. 38

**ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ВЗРОСЛОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 14 ЛЕТ (2003-2016 гг.)**

Владимирова О.Н., Рябоконт А.Г., Башикирёва А.С., Доронина О.В. 42

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Головина Н.В., Дятлова Е.О., Кураленко О.А., Фролова Л.В., Шахова Т.В. 47

**СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИ-
ЗАЦИЙ И ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБ-
СЛУЖИВАНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Горанская С.В. 50

**О СОСТОЯНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ:
ПЕРСПЕКТИВЫ НОВЫХ ФОРМАТОВ**

Даниелян А.А. 53

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ
В ГЕРОНТОЛОГИИ**

Дьяконов М.М. 57

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В КГБУЗ «АЛТАЙ-
СКИЙ КРАЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»**

Зубова О.А., Подсонная И.В., Харлова А.Г. 59

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Иванова М.А., Одинец А.В., Сачек О.И. 62

**ИННОВАЦИОННЫЕ GERONTOTEХНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ
ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ УХОДА ЗА
GERIATРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ**

Ильина И.К. 65

**ВЛИЯНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, ВЫЯВЛЕННОГО В РАМКАХ
КОМПЛЕКСНОГО GERIATРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Киселева Г.В., Фролова Е.В., Рафальская К.А. 68

**ПРОБЛЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ПРАКТИКЕ
НЕВРОЛОГА СТАЦИОНАРА**

*Коржавина Н.А., Хабибрахманова Н.С.,
Зыкова Т.А., Каюмова И.И., Петрова Г.П. 72*

**ОБУЧЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЙ РЕСУРС СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПЕНСИОНЕРОВ**

Круглянская Л.Я. 75

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ
ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Максютова С.С., Максютова Л.Ф., Фрид С.А., Мустафин Х.М.,
Максютова А.Ф., Бакулина И.А., Кудрявцева И.В., Фаррахова Ф.И. 79*

**КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Максютова С.С., Мустафин Х.М., Максютова А.Ф., Фрид С.А.,
Максютова Л.Ф., Бакулина И.А., Кудрявцева И.В., Хусаинова А.Г.,
Долганов М.И. 81*

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИО-КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА	
<i>Мелёхин А.И.</i>	83
К ВОПРОСАМ ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	
<i>Михалюк Р.А., Михалюк С.Ф.</i>	87
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ПЕРВЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «ТЕРРИТОРИЯ ЗАБОТЫ» В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
<i>Мустафин Х.М., Дубровин Д.А., Авзалетдинова А.Р.</i>	89
ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИМЕСУЛИДА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ	
<i>Мустафин Х.М., Муталова Э.Г., Нигматуллина А.Э., Фрид С.А., Максютова С.С., Бакулина И.А., Камалтдинова Г.Я., Кудрявцева И.В., Долганов М.И., Алексеева Е.Е., Ядренникова И.В.</i>	93
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
<i>Новикова Н.А., Мамаев Е.И.</i>	96
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
<i>Носов В.П., Григорян А.М.</i>	101
ТИП СТАРЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ПОЗДНЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ	
<i>Один В.И., Диденко В.И., Кочанова Е.А., Самойлов А.А.</i>	103

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА СЕСТРИНСКОГО УХОДА
В ЛЕЧЕНИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Петрова А.И., Павлова Н.А., Петрова В.Б. 105

**ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г. 106

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ НАРУШЕННОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА ПРИ ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ
ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Разумовская А.М., Разумовский М.И. 109

**СЕМЕЙНАЯ ГЕРИАТРИЯ: ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ,
КОГНИТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ, СЕМЕЙНАЯ ЗАБОТА**

Романчук Н.П., Романчук Т.Г., Романчук П.И. 112

**НОВЫЙ ПОДХОД К ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ДГПЖ И ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ПРОСТАТИТОМ**

Рябчун П.В., Рязанцева Н.П. 116

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ПОЖИЛЫМ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ
ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

Садыкова Р.Т., Шангареева Л.С. 118

**ОСОБЕННОСТИ КОНТАКТА С ЛЮДЬМИ, БОЛЬНЫМИ
СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

Субкевич Д.И. 121

**ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА
«МУЛЬТИМАГ» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ
У ПОЖИЛЫХ**

Сумина Е.В., Зубова О.А., Фазлиахметова Л.М., Подсонная И.В. 122

**РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ
ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

Торбик Д.В. 124

**СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИЙ
ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ**

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Соколова Я.В. 126

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА УЛЬТИБРО У ПОЖИЛЫХ

*Фрид С.А., Мустафин Х.М., Максютова С.С., Бакулина И.А., Муталова Э.Г.,
Нигматуллина А.Э., Камалтдинова Г.Я., Кудрявцева И.В., Долганов М.И.,
Алексеева Е.Е., Ядренникова И.В., Фаррахова Ф.И., Акманова З.А.* 129

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ
ОЦЕНКИ НА БАЗЕ ЛОГБУ «ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»**

Фролова Е.В., Башкирѐва А.С., Неуймин А.Л., Ефимова С.Е., Петухова Е.Н. ... 133

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ
РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
В КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ
ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»**

Черепанова Н.В. 137

ВОЗРАСТ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАРОДОНТИТ

Арьева Г.Т.^{1,2}, Арьев А.Л.¹

*¹ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра гериатрии,
пропедевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург*

*²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
кафедра стоматологии общей практики, Санкт-Петербург*

Артериальная гипертензия (АГ) – наиболее серьёзная глобальная патология, затрагивающая приблизительно 972 миллиона взрослого населения в 2000 г. К 2025 г. ожидают рост данной патологии: предполагается, что она будет охватывать до 1,56 млрд. человек [9]. Известно, что артериальная гипертензия увеличивает риск развития различных сердечно-сосудистых заболеваний, таких как атеросклероз, инсульт, ишемическая болезнь сердца. Оксидативный стресс и эндотелиальная дисфункция – составляющие патогенеза АГ. Ранее установлено, что артериальная гипертензия и пародонтит разделяют общие факторы риска, а именно – курение, стресс, увеличение возраста и ряд социально-экономических факторов. Согласно заявлению, сделанному American Heart Association, проведённые научные исследования подтверждают наличие ассоциации между пародонтиком и сердечно-сосудистыми заболеваниями вне зависимости от общих факторов риска [10].

Пародонтит – это воспалительное заболевание всего комплекса тканей пародонта, сопровождающееся деструкцией периодонта и костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Процесс характеризуется реактивным воспалением дёсен (гингивит) с возникновением патологических зубодесневых карманов, гноетечением, расшатыванием зубов и атрофией альвеолярного отростка вследствие резорбции кости. Пародонтит ассоциирован с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Хронический воспалительный процесс и системные реакции являются основой гипотетической ассоциации между пародонтиком (хронической формой) и ССЗ [8, 21].

Данные исследований, полученных к 2009 г. и выполненных на значительном контингенте пациентов с пародонтиком дали основа-

ние говорить о связи АГ с хроническим пародонтитом, локализованным в десневых тканях [1]. Установлено, что у пациентов с АГ был выявлен более худший пародонтальный статус [20, 5, 7, 4]. Эпидемиологические исследования, проведённые к настоящему времени, показали чёткую ассоциацию между АГ и пародонтитом. Научными исследованиями на большой популяции пациентов (от 180 до 11948 человек) показана достоверная корреляция между хроническим пародонтитом и увеличением систолического и диастолического артериального (АД) давления, злокачественной АГ, пульсового давления [18, 3, 22, 19, 14, 15].

Кроме того, получены убедительные данные о том, что лечение пародонтита вызывает стабилизацию или уменьшение риска потенцирования АГ. Было показано, что уровень СРБ, маркера воспаления, который является предиктором исходов ССЗ, увеличивался у пациентов с хроническим пародонтитом и значительно уменьшался после проведения специального пародонтального лечения [12, 2, 11].

Следовательно, в настоящее время существуют доказательства, что хронический пародонтит является важным фактором риска развития АГ, ССЗ, включая инсульт [Slowik J. et al., 2010], периферическую артериальную болезнь [6; 16], и ишемическую болезнь сердца [13]. Однако наиболее убедительные факты были получены в отношении ассоциации локальной и системной воспалительных реакций, сопутствующих пародонтиту, как важного фактора, который негативно влияет на регулирование АД.

Таким образом, лечение пародонтита является одной из составляющих профилактики возникновения и прогрессирования АГ и, как следствие, ССЗ.

Литература:

1. Bullon, J. M. Morillo, M. C. Ramirez-Tortosa, J. L. Quiles, H. N. Newman, and M. Battino, “Metabolic syndrome and periodontitis: is oxidative stress a common link?” *Journal of Dental Research*, vol. 88, no. 6, pp. 503–518, 2009.
2. Dasanayake P., “C-reactive protein levels are elevated in patients with periodontitis and their CRP levels may go down after periodontal therapy,” *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, vol. 9, no. 1, pp. 21–22, 2009.

3. Desvarieux, R. T. Demmer, D. R. Jacobs Jr. et al., “Periodontal bacteria and hypertension: the oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST),” *Journal of Hypertension*, vol. 28, no. 7, pp. 1413–1421, 2010.
4. Engström, L. Gahnberg, H. Högberg, and K. Svärdsudd, “Association between high blood pressure and deep periodontal pockets: a nested case-referent study,” *Uppsala Journal of Medical Science*, vol. 112, no. 1, pp. 95–103, 2007.
5. Golebiewska, K. Taraszkievicz-Sulik, A. Kuklińska, and W. J. Musiał, “Periodontal condition in patients with cardiovascular diseases,” *Advances in Medical Sciences*, vol. 51, pp. 69–72, 2006.
6. Higashi Y., Goto C., Hidaka T. et al., “Oral infection-inflammatory pathway, periodontitis, is a risk factor for endothelial dysfunction in patients with coronary artery disease,” *Atherosclerosis*, vol. 206, no. 2, pp. 604–610, 2009.
7. Holmlund, G. Holm, and L. Lind, “Severity of periodontal disease and number of remaining teeth are related to the prevalence of Myocardial infarction and hypertension in a study based on 4,254 subjects,” *Journal of Periodontology*, vol. 77, no. 7, pp. 1173–1178, 2006. View at Publisher .
8. Humphrey L. L., Fu R., Buckley D. I., Freeman M., Helfand M., “Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis,” *Journal of General Internal Medicine*, vol. 23, no. 12, pp. 2079–2086, 2008.
9. Kearney P. M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P. K., He J., “Global burden of hypertension: analysis of worldwide data,” *Lancet*, vol. 365, no. 9455, pp. 217–223, 2005.
10. Lockhart B., Bolger A. F., Papapanou P. N. et al., “Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the American Heart Association,” *Circulation*, vol. 125, no. 20, pp. 2520–2544, 2012.
11. Miyashita H., Honda T., Maekawa T. et al., “Relationship between serum antibody titres to *Porphyromonas gingivalis* and hs-CRP levels as inflammatory markers of periodontitis,” *Archives of Oral Biology*, vol. 57, no. 6, pp. 820–829, 2012.
12. Paraskevas, J. D. Huizinga, and B. G. Loos, “A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis,” *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 35, no. 4, pp. 277–290, 2008.

13. Pasqualini, L. Bergandi, L. Palumbo et al., "Association among oral health, apical periodontitis, CD14 polymorphisms, and coronary heart disease in middle-aged adults," *Journal of Endodontics*, vol. 38, no. 12, pp. 1570–1577, 2012.
14. Peres M. A., Tsakos G., Barbato P. R., Silva D. A. S., Peres K. G., "Tooth loss is associated with increased blood pressure in adults: a multidisciplinary population-based study," *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 39, no. 9, pp. 824–833, 2012.
15. Rivas-Tumanyan S., Campos M., Zevallos J. C., Joshipura K. J., "Periodontal disease, hypertension and blood pressure among older adults in Puerto Rico," *Journal of Periodontology*, vol. 84, no. 2, pp. 203–211, 2013.
16. Shanker J., Setty P., Arvind P. et al., "Relationship between periodontal disease, Porphyromonas gingivalis, peripheral vascular resistance markers and coronary artery disease in Asian Indians," *Thrombosis Research*, vol. 132, no. 1, pp. e8–e14, 2013.
17. Slowik J., Wnuk M. A., Grzech K. et al., "Periodontitis affects neurological deficit in acute stroke," *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 297, no. 1-2, pp. 82–84, 2010.
18. Tsakos G., Sabbah W., Hingorani A. D. et al., "Is periodontal inflammation associated with raised blood pressure? Evidence from a National US survey," *Journal of Hypertension*, vol. 28, no. 12, pp. 2386–2393, 2010.
19. Vidal F., Figueredo C. M. S., Cordovil I., Fischer R. G., "Higher prevalence of periodontitis in patients with refractory arterial hypertension: a case-control study," *Oral Diseases*, vol. 17, no. 6, pp. 560–563, 2011.
20. Wakai K., Kawamura T., Umemura O. et al., "Associations of medical status and physical fitness with periodontal disease," *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 26, no. 10, pp. 664–672, 1999.
21. Zamirian M., Raoofi S., Khosropanah H., Javanmardi R., "Relationship between periodontal disease and acute myocardial infection," *Iranian Cardiovascular Research Journal*, vol. 1, no. 4, pp. 216–221, 2008.
22. Zhang L, Li Y. F., Liang Z. Z. et al., "The association between chronic periodontitis and hypertension in rural adult Uygur residents," *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi*, vol. 39, no. 12, pp. 1140–1144, 2011.

О ЛАБОРАТОРНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ахметова А.Р.¹, Саяхова Р.М.², Еникеев Ю.В.¹

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», Уфа

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

МЗ России, Уфа

Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов геронтологического отделения от 60 до 94 лет (средний возраст 72,1±0,6 лет) с заболеваниями системы кровообращения (основная группа). Среди пациентов преобладали больные со стенокардией напряжения (68%) и нарушениями сердечного ритма (14%). В группу сравнения были включены пациенты терапевтического отделения с заболеваниями системы кровообращения в возрасте от 47 до 59 лет (15 человек). Для оценки состояния пациентов при поступлении им проводились лабораторные исследования, включающие химико-микроскопические, гематологические, биохимические и коагулологические анализы (в соответствии с утвержденными МЗ РФ стандартами обследования и лечения). Лабораторные исследования проводились на гематологическом и биохимическом анализаторах MINDRAY, анализаторе электролитов E-LITE 5, коагулометре «Астра».

Результаты гематологических исследований (содержание эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гемоглобина и гематокрит) у пациентов основной группы не выявили достоверных отклонений от референсных значений. Вместе с тем, в отличие от группы сравнения наблюдалось снижение гемоглобина на 13,3%, количества эритроцитов – на 11%, гематокрита – на 13%, что могло быть обусловлено ослаблением эритропоэза и другими причинами. Уровень СОЭ у пациентов основной группы значительно превышал значения в группе сравнения (в 2,28 раза). Исследования биохимических показателей выявили заметное повышение уровней мочевины и креатинина на 25% по сравнению со второй группой, наиболее выраженное у пациентов в возрастной категории 80-90 лет. Очевидно, что увеличение данных показателей связано с развитием отрицательного азотистого баланса и снижением почечного кровотока, характерными для этого возраста. Наблюдались умеренные сдвиги биохимических тестов:

снижение активности АЛТ на 20-25% по сравнению с группой сравнения и увеличение уровня общего билирубина на 10-15% у пациентов старше 90 лет. Липидные показатели (холестерин и триглицериды) у геронтологических больных были несколько снижены относительно группы сравнения – на 13,2% и 15,5%, соответственно. Приведенные данные могут отражать как снижение синтетической функции печени, так и склонность к холестазу в пожилом возрасте. Было также отмечено повышение уровня калия (до 5,5-6,5 ммоль/л) по сравнению с контрольной группой, которое было особенно выражено среди пациентов 70-80 лет. Возможно, часть случаев относительной гиперкалиемии была вызвана длительным приемом препаратов калия, назначенных для купирования аритмии. Уровень глюкозы превышал референтные значения у пациентов 80-90 лет, причем 30% из них имели сахарный диабет II типа. Исследования гемостаза обнаружили повышение уровня фибриногена у пациентов 80-90 лет до 4,2±0,4 г/л (на 21 % больше, чем в группе сравнения), а также значительное (в 1,6 раза) повышение содержания РФМК и (в 3,75 раз) D-димера, более выраженное у пациентов в возрасте от 70 до 90 лет.

Таким образом, у гериатрических пациентов отмечаются существенные отличия ряда основных лабораторных показателей (СОЭ, РФМК, фибриноген), а также менее выраженное отклонение некоторых других параметров (калий, мочевины, креатинин, холестерин, триглицериды, гематологические показатели) от общепринятых референтных значений, что отражает физиологические возрастные изменения, характерные для лиц пожилого и старческого возраста. Гериатрические контрольные значения не должны обязательно совпадать нормальными значениями. К сожалению, в протоколах исследования на многих анализаторах не предусмотрено выведение возраст-зависимых референтных интервалов, и лечащие врачи вынуждены ориентироваться на границы «нормы» для лиц более молодого возраста, указанные в инструкциях к тест-системам или в бланке лабораторного исследования. На наш взгляд, внедрение ЛИС с соответствующей настройкой позволит решить данную проблему и поможет клиницистам обоснованно проводить интерпретацию лабораторных данных с адекватной терапией гериатрических пациентов.

ПИТАНИЕ И БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Байда А.В., Воронина Л.П., Кузнецова Н.Б.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь*

В мире прослеживается стойкая тенденция по увеличению количества людей в возрасте 60 лет и старше. В Республике Беларусь коэффициент старения населения составляет более 15%. Старение населения ставит задачи укрепления здоровья и расширения функциональных возможностей пожилых людей для увеличения периода активной, полноценной жизни человека.

Снижение интенсивности обмена веществ в пожилом возрасте обуславливает снижение потребности в энергии, в количестве потребляемой пищи. При этом создаются трудности в обеспечении организма незаменимыми пищевыми веществами, что усугубляет течение имеющихся хронических заболеваний. Длительное переедание, ожирение укорачивают продолжительность жизни на 6-8 лет. Поэтому одним из главных принципов геродиететики является сбалансированность калорийности питания в соответствии с энергетическими тратами организма.

Цель работы: изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни (ИБС) сердца у лиц пожилого возраста и разработать способ вторичной профилактики путем коррекции пищевого статуса данной категории населения.

Объект исследования: состояние здоровья лиц пожилого и старческого возраста.

Методы исследования: антропометрические, клинико-функциональные, биохимические, статистические.

Проведено обследование 203 мужчин и женщин старше 60 лет, страдающих АГ и (или) ИБС: стенокардией (основная группа), и 73 мужчин и женщин данной возрастной группы без выраженных клинических признаков указанных заболеваний (группа сравнения).

Анализ процентильного распределения обследованных лиц в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) показал, что более 75% обследованных мужчин и женщин 60-75 лет имели избыточную

массу тела и ожирение. По показателям ИМТ и окружности талии в возрастной группе 60-74 лет к высокому риску диабета 2 типа и болезней системы кровообращения относятся 75% женщин и 50% мужчин, в возрастной группе 75 лет и старше – 75% женщин и 25% мужчин, соответственно.

При оценке средних значений биохимических показателей у мужчин отмечено превышение референсных значений содержания в крови липопротеидов низкой плотности в возрастной группе 60 лет и старше, а также прямого билирубина. Содержание общего холестерина в обеих возрастных группах находилось на верхней границе референсных значений. У женщин в обеих возрастных группах средние величины общего холестерина превышали референсные значения. В возрастной группе 60-74 лет отмечали также превышение референсных значений содержания липопротеидов низкой плотности. Результаты биохимических исследований содержания общего холестерина и липопротеидов низкой плотности согласуются с результатами изучения фактического питания, свидетельствующими об избыточном потреблении общих жиров, в том числе насыщенных жирных кислот, высоком содержании холестерина в рационах, недостаточном потреблении пищевых волокон.

Общими характеристиками рационов мужчин и женщин в основной и контрольной группах являлись:

- повышенное содержание белков животного происхождения в структуре общих белков;
- высокое содержание общих жиров относительно энергетической ценности (ЭЦ) рациона (34,6% ЭЦ – 39,5% ЭЦ при рекомендуемом уровне 25-30% ЭЦ)
- высокое содержание насыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (14,0% ЭЦ – 16,2% ЭЦ при рекомендуемом уровне не более 10% ЭЦ);
- удовлетворительное содержание полиненасыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (6,1% ЭЦ – 8,9% ЭЦ при рекомендуемом уровне 6-10% ЭЦ);
- удовлетворительное содержание ω -6 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (содержание линолевой кислоты 6,5% ЭЦ – 8,1% ЭЦ при рекомендуемом уровне 5-8% ЭЦ);

- сниженное содержание ω -3 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (менее 0,5% ЭЦ – менее 0,8% ЭЦ при рекомендуемом уровне 1-2% ЭЦ);

- сниженное содержание углеводов за счет недостаточного количества сложных углеводов, в том числе пищевых волокон (особенно в рационах женщин);

- высокое содержание пищевого холестерина (0,3-0,7 г при рекомендуемом уровне не более 0,3 г);

- сниженное содержание в рационах витаминов группы В, Д, С, кальция, магния, цинка, достаточное содержание железа, повышенное – фосфора.

Результаты выполненных исследований свидетельствуют о том, что питание лиц пожилого и старческого возраста нуждается в коррекции по следующим направлениям:

- коррекция дисбаланса белкового компонента рационов: уменьшение содержания белков животного происхождения до 50-55% от общих белков, при обеспечении соответствия количества общих белков рекомендуемым уровням;

- уменьшение количества общих жиров в рационе до рекомендуемых уровней за счет насыщенных жиров;

- коррекция дисбаланса жирных кислот в рационе: уменьшение содержания насыщенных жиров до 8-10% от энергетической ценности рациона, увеличение содержания омега-3 жирных кислот до 1-2% от энергетической ценности;

- увеличение количества углеводов в рационах до рекомендуемых уровней за счет сложных углеводов, пищевых волокон, клетчатки, при уменьшении моно- и дисахаров;

- увеличение содержания в рационах витаминов группы В, Д, С;

- увеличение содержания в рационах кальция, магния, цинка, уменьшение – натрия.

Проведенные исследования и полученные данные позволят оптимизировать формирование сбалансированных по пищевым веществам и адекватных потребности организма норм питания для лиц старшего возраста в лечебно-профилактических учреждениях. Использование рекомендаций по разработке рационального питания позволит достигать большей сбалансированности рациона пита-

ния у лиц с сердечно-сосудистой патологией, будет способствовать уменьшению развития у пациентов с ИБС и артериальной гипертензией, таких осложнений, как инфаркт миокарда, мозговые инсульты и тромбоэмболии.

ИННОВАЦИОННЫЕ GERONTOTЕХНОЛОГИИ «AGE FRIENDLY WORKPLACES» КАК ОДНА ИЗ СТРАТЕГИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗАНЯТОСТИ И ПОДДЕРЖАНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Башкирёва А.С.

*Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург*

ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,

Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево

Современная медико-демографическая ситуация в России характеризуется низким уровнем рождаемости, высоким уровнем смертности по всем определяющим классам причин, в том числе преждевременной смертности, сверхсмертностью трудоспособного населения от неестественных причин, низким уровнем средней продолжительности предстоящей жизни, что в сочетании с ростом числа лиц пожилого и старческого возраста может привести к депопуляции населения и дефициту трудового потенциала. Увеличение численности и доли граждан старше трудоспособного возраста в России, наряду с усложнением структуры социально-экономической группы пожилых людей, послужило основанием для подготовки Распоряжения Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164 р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (далее — Стратегия). Данный документ призван сформулировать цели, принципы, задачи и приоритетные направления государственной социальной политики в отношении граждан старших возрастных групп. В качестве ключевых целей государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста определены устойчивое повышение продолжительности,

уровня и качества жизни пожилых людей, а также стимулирование активного долголетия граждан пожилого возраста, их социального и экономического интегрирования в жизнь общества. В Стратегии четко обозначены специфические особенности медико-демографической ситуации в России. В частности, старение населения в РФ характеризуется увеличением удельного веса лиц старше трудоспособного возраста с 20,5% в 2002 г. до 23,5% в 2014 г. (т. е., практически каждый четвертый человек находится в возрасте старше трудоспособного), сохранением весьма существенной разницы в средней продолжительности жизни мужчин и женщин — более 10 лет, сохранением гендерной диспропорции в населении старше трудоспособного возраста — в 2014 г. на 1000 мужчин 60 лет и старше приходилось 1869 женщин; увеличением удельного веса лиц 65 лет и старше в населении страны (на 01.01.2014 г. — 13,1%). По среднему варианту прогноза Росстата, к началу 2021 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны возрастет до 26,7%, а их численность достигнет 39,5 млн человек.

Данные демографические процессы приводят к существенному увеличению коэффициента демографической нагрузки на общество — числа лиц в дорабочем и послерабочем возрасте в расчете на 1000 лиц трудоспособного возраста. Согласно среднему варианту прогноза Росстата, в 2031 г. число иждивенцев составит 832 человека на 1 000 человек населения трудоспособного возраста, причем $\frac{2}{3}$ составят люди 60 лет и старше, что уже сейчас весьма осложняет экономическую ситуацию в стране и вызывает значительные структурные изменения в сфере занятости, социальной помощи и обеспечения уходом нетрудоспособных. Как следствие, лица трудоспособного возраста вынуждены повышать профессиональную работоспособность и производительность труда, увеличивая, тем самым, ассигнования в пенсионные фонды.

Таким образом, старение населения в России порождает необходимость привлечения во все более возрастающих масштабах значительных финансовых, материальных и трудовых ресурсов для реализации целей государственной политики в отношении лиц старших возрастных групп, обеспечения достойного уровня и качества их жизни. Развитие государственной геронтосоциальной политики,

направленной на повышение качества жизни пожилых людей, приобретает важное общественно-политическое значение, в том числе в связи с тем, что в условиях имеющихся демографических изменений повышается «цена» обоснованности решений, связанных с проблематикой пожилых людей, для достижения успешного развития страны. Старение населения требует формирования специальной социальной инфраструктуры, ориентированной на реализацию потребностей все большего числа граждан пожилого возраста. Подобная модернизация, в первую очередь, касается систем здравоохранения, социального обслуживания, образования.

На наш взгляд, особый интерес вызывает раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста. В частности, подчеркнуто, что в условиях демографического старения населения и сокращения трудовых ресурсов с каждым годом будет нарастать потребность экономики в использовании труда пожилых людей. Наиболее перспективным представляется использование образовательного и трудового потенциала лиц старших возрастных групп, как с позиции обеспечения их собственных доходов, так и с точки зрения социализации и интеграции в жизни общества.

Правовой основой содействию занятости лицам предпенсионного и пенсионного возраста в рамках региональных программ содействия занятости, финансируемых из бюджетов субъектов РФ, является закон РФ от 19.04.1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации», в соответствии с которым граждане данной категории имеют право на содействие в подборе подходящей работы, бесплатное получение информации и услуг, связанных с профессиональной подготовкой, переподготовкой и повышением квалификации.

В то же время занятость пожилых людей осложняется низкой конкурентоспособностью таких работников на рынке труда в связи с рядом объективных и субъективных обстоятельств. Часть из них отражена в Стратегии, где одной из основных причин низкой занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста названа дискриминация по возрасту, в первую очередь со стороны работодателей, да и общества в целом. По определению Международной организации труда (МОТ), дискриминация в области труда и занятий означает

иное и менее благоприятное обращение с людьми из-за присущих им характеристик, не имеющих отношения к их заслугам или требованиям к данной работе, причем возрастная дискриминация вызывает особую озабоченность МОТ и ее социальных партнеров. Проблемы занятости пожилых работников МОТ рекомендует рассматривать в рамках всеобщей, сбалансированной социальной политики и стратегии полной занятости, уделяя должное внимание всем группам населения.

Вместе с тем, оценка состояния и динамики изменений структуры рабочей силы, анализ и прогноз показателей в сфере занятости и профессионального образования пожилых работников выявили несоответствие существующей нормативно-правовой базы современным требованиям регулирования социально-трудовых отношений в условиях расширения квот для трудоустройства лиц предпенсионного и пенсионного возраста, в том числе с ограниченными возможностями. Сложившаяся ситуация наряду с проблемами социальной адаптации, рационального профессионального определения и трудоустройства лиц старших возрастных групп с учетом имеющихся нарушений здоровья и степени их выраженности, нуждаемость в создании доступной среды для их социальной интеграции и экономической самостоятельности определяют потребность в оптимизации законодательной базы в области охраны и медицины труда пожилых работников с обязательным включением перечня рекомендуемых для рационального трудоустройства профессий, а также специальных рабочих мест с указанием санитарно-гигиенических требований к ним.

Так, изучение остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет показало, что около 57% пожилых работников и 96,7% людей старческого возраста нуждаются в применении эргономических инноваций на производстве для компенсации возрастного снижения работоспособности. Обнаружен так называемый «комбинаторный эффект» при оценке остаточной работоспособности, когда уникальная комбинация физических и интеллектуально-мнестических качеств у лиц старше 60 лет формирует долю профессиональной работоспособности, свойственную деятельности человека молодого возраста. Кластерный анализ позволил выявить достоверные раз-

личия в механизмах формирования остаточной работоспособности в пожилом и старческом возрасте. Более того, доказана корреляционная взаимозависимость остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет и показателей профессионального трудового анамнеза (категории труда по классификации МОТ, класса вредности и опасности труда, тяжести и напряженности трудового процесса согласно гигиеническим критериям, класса интенсивности труда и уровня образования).

Своевременность и комплексность решения проблемы занятости граждан пожилого возраста, на наш взгляд, определяет целесообразность развития отдельных позиций, прописывающих создание системы скрининга и мониторинга трудоспособности, специальных возраст-ориентированных условий труда и рабочих мест в различных профессиональных группах для наиболее рационального трудоустройства пожилых работников. Назрела необходимость построения инновационной научно-методической модели подготовки рабочих мест для пожилых работников, включающей не только современные санитарно-гигиенические требования к ним с учетом вступления в силу в 2014 г. Федеральных законов от 28.12.2013 г. № 426-ФЗ, № 421-ФЗ и Приказа Минтруда России от 24.01.2014 г. № 33н, но и критерии адекватности рабочих мест нуждам пожилых работников, а также интегральные критерии трудоспособности, адаптивности лиц старших возрастных групп к функциональным, физиологическим и психофизиологическим нагрузкам с оценкой степени соответствия всех показателей в виде системы скрининга и мониторинга трудового процесса. Предложенная нами модель инновационных геронтотехнологий «Age Friendly Workplaces» включает все этапы профессиональной реабилитации, что позволяет учитывать индивидуальные особенности функционирования организма пожилых работников в четком соответствии с возрастом, профессией, наличием и длительностью стажа работы, в том числе во вредных условиях, уровнем трудоспособности, мотивационными характеристиками. Дальнейшая разработка и практическая реализация подобной модели в рамках развития Стратегии будет способствовать решению накопившихся проблем низкой эффективности мероприятий по созданию доступной среды для лиц предпенсионного и пен-

сионного возраста, а также более успешному подбору рабочих мест в условиях расширения возможностей для трудоустройства пожилых работников.

Следовательно, в условиях демографического старения и сокращения численности трудоспособного населения в РФ важным фактором обеспечения устойчивого производства и экономического роста становится развитие системы менеджмента профессионального долголетия. Разработка и внедрение такой системы, как одной из основополагающих в решении проблемы занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста, позволят более мягко и плавно подойти к рассмотрению вопроса о продлении трудоспособного возраста в России. Ключевым фактором эффективности при внедрении системы менеджмента профессионального долголетия, на наш взгляд, являются межведомственные связи медицинских организаций, служб занятости, охраны труда и социальных служб при условии создания специальной нормативно-правовой базы.

СТАРЕНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Башкирёва А.С.

*Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург*

*ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,
Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево*

Проблема охраны здоровья работающего населения носит государственный характер и содержит целый ряд нерешенных первоочередных задач, одна из которых – профилактика ускоренного и (или) преждевременного старения работающих. Решение этой задачи требует разработки и использования принципиально новых подходов и современных высоких технологий для количественной оценки процесса старения, повышения профессиональной работоспособности и качества жизни людей при снижении реальных темпов старения с целью увеличения продолжительности активной трудоспособной жизни. Количественная оценка процесса старения является необхо-

димым этапом для разработки мер воздействия на процесс старения и должна отражать разносторонность и одновременность старения различных органов и систем, индивидуальные особенности старения конкретного человека.

Иными словами, сложившаяся в настоящее время в России медико-демографическая ситуация, особенно при сохранении существующего уровня смертности лиц трудоспособного возраста, в достаточно короткий срок может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны и росту ее валового национального продукта.

В современном обществе проблемы старения трудовых ресурсов характеризуются увеличением среднего возраста рабочего и количества пожилых рабочих, наличием категорий работ, где отмечается ускоренное профессиональное старение, прекращение труда до наступления пенсионного возраста, связанное с несоответствием требований, предъявляемых данной профессией, функциональным возможностям ускоренно стареющего организма. Следовательно, возрастно-стажевые изменения, лимитирующие профессиональную работоспособность, приводящие к ограничению диапазона функциональных возможностей организма работающих, снижению их надежности и ускорению темпа старения, требуют своевременной коррекции оптимально подобранными геропротекторами. Широкое практическое применение геропротекторов для воздействия на фундаментальные биологические механизмы организма человека, определяющие скорость процесса старения, позволит продлевать жизнь в среднем на 12-15 лет. Создание и ведение геронтологических баз данных работающих в контакте с вредными факторами производственной среды и трудового процесса, в том числе, с помощью унифицированного протокола индивидуальных данных «Геронтологический паспорт», скрининг и мониторинг изменений профессиональной работоспособности и биологического возраста в различных профессиональных группах позволит своевременно установить специфические для каждой категории труда возрастно-стажевые группы риска с явлениями преждевременного и (или) ускоренного старения.

Вместе с тем, создание программ «Успешное и продуктивное старение», «Третий возраст» для увеличения периода активного профессионального долголетия на 15-25 лет требует не только системного, но и многоуровневого подхода, реализованного в виде концептуальных основ геронтотехнологий «Старение и работа».

Реализация концепции «Успешного и продуктивного старения» заключается в решении следующих первоочередных задач: изучение взаимосвязей между длительностью профессионального стажа в той или иной профессии и процессом старения организма работающих; предупреждение преждевременного и (или) ускоренного старения работающих молодого возраста; профилактика профессиональной и профессионально обусловленной патологии как явлений преждевременного изнашивания организма работающих; сохранение здоровья и профилактика возрастной патологии у работников пожилого возраста.

Таким образом, основными принципами концептуальных основ геронтотехнологий «Старение и работа» являются: приоритетность профилактического направления в единой системе медицинского обеспечения работающих; системный подход к решению проблемы сохранения профессионального здоровья и продления профессионального долголетия работающих; доминанта клинико-экономической эффективности разработанных и внедряемых инновационных медицинских средств, методов и технологий; эколого-гигиеническая и эргономическая оптимизация рабочих мест и условий трудовой деятельности работающих с учетом особенностей стареющего организма.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ И УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ УСКОРЕННОГО СТАРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Башкирёва А.С.

*Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург*

*ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,
Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево*

Актуальность. Концепция управления профессиональными рисками (УПР), отражающая новые формы охраны здоровья и безопасности труда на рабочем месте, приобрела правовой статус на уровне Трудового кодекса РФ только в 2011 году. Перспективным направлением совершенствования управления профессиональными рисками является введение блока прогнозирования и каузации на основе применения информационных технологий. Это позволяет повысить обоснованность управленческих решений и эффективность профилактических мероприятий, объединив системы специальной оценки рабочих мест по условиям труда (СОУТ) и медицинских осмотров работников (ПМО). Звенья прогнозирования и каузации принципиально важны для системы УПР, так как они обеспечивают количественные оценки априорного и апостериорного рисков с гигиенической и клинической сторон. Сравнение расчетных (по данным СОУТ) и фактических (по данным ПМО) уровней морбидности профессиональных, производственно обусловленных и общесоматических заболеваний позволяет оценить результативность проводимых медико-профилактических мероприятий в обоих направлениях системы УПР. Однако, как в системе СОУТ, ориентированной на гигиеническую характеристику условий труда по классам вредности и опасности, так и в системе ПМО, нацеленной на профотбор и выявление конкретных нозологических форм профзаболеваний, отсутствует профилактическая составляющая, направленная не на оценку профессиональной пригодности работающих, а на адаптацию условий труда к возможностям каждого, в том числе ускоренно стареющего работника.

Особенно актуальным этот подход становится с учетом медико-демографической проблемы старения трудовых ресурсов, характеризующейся увеличением среднего возраста работника и количества пожилых рабочих, наличием категорий работ, где отмечается ускоренное профессиональное старение, прекращение трудовой деятельности до наступления пенсионного возраста, связанное с несоответствием требований, предъявляемых данной профессией, функциональным возможностям ускоренно стареющего организма. Необходимость дифференцированного подхода к разработке стратегий первичной и вторичной профилактики преждевременного старения трудовых ресурсов требует, помимо выявления профессиональных групп риска, более детального анализа угрожаемых контингентов, определения не только качественных, но и количественных характеристик процесса ускоренного старения работающих, установления зависимости темпов старения от длительности профессионального стажа в той или иной профессии.

Цель работы — выявление причинно-следственной зависимости ускоренного старения организма водителя от воздействия комплекса вредных факторов производственной среды и трудового процесса, определение возрастно-стажевых групп риска с признаками ускоренного старения среди водителей грузового автотранспорта путем сравнительной оценки изменений умственной, физической работоспособности, биологического возраста (БВ) и темпа старения.

Материалы и методы. Обследовано 300 мужчин в возрасте 30-59 лет двух профессий: 150 водителей грузового автотранспорта (основная группа, средний возраст $43,3 \pm 0,9$ лет) и 150 низкоквалифицированных рабочих (контрольная группа, средний возраст $42,8 \pm 0,9$ лет) ГУП ПЭО «Татэнерго». Для выявления зависимости ускоренного старения организма работающих от степени воздействия вредных факторов производственной среды и особенностей трудового процесса использована множественно-регрессионная модель определения БВ по умственной и физической работоспособности, а также их совокупности (всего 19 параметров), со сведением к единому интегральному показателю. На каждого обследованного составлялся Геронтологический паспорт©, содержащий все основные и производные индексы темпа старения. Полученные интегральные критерии

профессиональной работоспособности, БВ и темпов старения работающих сводились в единую геронтологическую базу данных.

Результаты. Анализ полученных материалов показал существенное превышение темпа старения в группе водителей по сравнению с контролем: основной индекс темпа старения в первой составил $(13,75 \pm 0,92)$ усл. лет, во второй – $(9,34 \pm 0,87)$ усл. лет, $p < 0,05$. При этом как первая, так и вторая группы «перешагнули» критический порог темпа старения между нормой и патологией, который по приведенным в литературе критериальным значениям равен $(6,1 \pm 1,2)$ усл. года. Регистрация значительного ухудшения адаптивных реакций на субмаксимальную нагрузку со стороны сердечно-сосудистой системы, низкий уровень показателей умственной и физической работоспособности, существенное увеличение БВ и темпов старения у 40-49-летних водителей грузового автотранспорта со стажем работы 15-19 лет позволили выделить данную когорту как «критический контингент» и отнести его к группе повышенного риска развития профессиональной и производственно обусловленной патологии, частичной или полной утраты трудоспособности и профессиональной пригодности. Оценка степени коррелированности функциональных признаков, отражающих системную организацию физиологических процессов в возрастно-стажевом аспекте, выявила четыре основных этапа функциональных перестроек, присущих процессу адаптации организма водителя к вредным факторам производственной среды и трудового процесса, причем период оптимальной работоспособности включал две стажевые категории: 5-9 и 10-14 лет, а «группой риска» являлись водители, проработавшие 15-19 лет. Профессиональная надежность водителя как звена в системе «Водитель – автомобиль – среда движения» зависела от величины адаптивного потенциала и компенсаторно-приспособительных возможностей организма, определялась состоянием и динамикой физиологических процессов, обусловленных в большей мере степенью постарения организма в возрастно-стажевом аспекте (с оценкой по индексам БВ), нежели хронологическим возрастом. Профессионально-производственные факторы стали ведущими в формировании специфических для профессии водителя периодов функциональных перестроек, определяющих динамику долговременной работоспособности в течение всего трудоспособного периода.

Выводы. Таким образом, определение БВ по показателям умственной и физической работоспособности является весьма информативным методом донозологической диагностики преждевременного и (или) ускоренного старения и может служить дополнительным важным предиктором профессиональной и производственно обусловленной патологии. Полученные результаты показали актуальность создания банка данных водителей, чей БВ значительно превышает среднепопуляционный эталон, что позволяет своевременно (на этапе ПМО) выявлять лиц «группы риска» по отношению к возникновению профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, утрате трудоспособности, преждевременному старению и смертности, и вести в дальнейшем мониторинговые исследования, в том числе по оценке надежности системы «Водитель – автомобиль – среда движения».

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Белицкий С.Н.¹, Кирсанов Р.И.²

¹ КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул

² ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Барнаул

Деформации проксимального сегмента подключичных артерий (ПКА) являются нередкой находкой при проведении ультразвукового дуплексного сканирования, однако их гемодинамическая значимость, как правило, не оценивается. В то же время, нарушения локальной гемодинамики в зоне деформации ПКА могут вызывать изменения регионального кровообращения в вертебробазилярном бассейне.

Целью исследования была оценка локальной и региональной гемодинамической значимости деформаций ПКА.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов (13 мужчин и 47 женщин) в возрасте $59,1 \pm 10,2$ лет, у которых по данным дуплексного сканирования выявлялась деформация одной и/или обеих ПКА. Исследование проводили на ультразвуковых системах Vivid 3 (GE

Medical Systems, США) и iU22 (Philips, США). Для локации проксимального сегмента правой ПКА использовали линейные датчики с частотой 5-10 МГц, левой ПКА – конвексные датчики с частотой 2,5-5 МГц. V4 сегмент позвоночных артерий (ПА) исследовали секторными датчиками с частотой 1,5-3,5 МГц. Критериями локальной гемодинамической значимости деформации ПКА считали дезорганизацию и ускорение кровотока более 130 см/с в зоне ангуляции. Критерием региональной гемодинамической значимости считали патологические изменения спектра в V4 сегменте ипсилатеральной ПА по типу латентного или переходного стил-синдрома. Для оценки преходящего характера гемодинамических нарушений регистрировали доплерограммы кровотока из I сегмента ПКА и V4 сегмента ипсилатеральной ПА в покое и при задержке дыхания на вдохе.

Результаты. У 54 пациентов выявлялась деформация ПКА справа, у 3х – слева; 3 пациента имели деформации ПКА с обеих сторон. Нарушения локальной гемодинамики регистрировали в 57% наблюдений (пиковая скорость в ангуляции составляла 172 ± 33 см/с), при этом нарушения спектра в V4 сегменте ипсилатеральной ПА были выявлены в 13% случаев (11% – по типу латентного, 2% – по типу переходного стил-синдрома). У 6% пациентов нарушения спектра в ПА были выявлены также на экстракраниальном уровне. При проведении пробы с задержкой дыхания на вдохе наблюдалось уменьшение угла деформации ПКА (вплоть до полного выпрямления) и снижение пиковой скорости кровотока в зоне ангуляции ПКА на $45 \pm 15\%$. У пациентов с нарушенным спектром в ПА отмечалось его улучшение на вдохе в виде уменьшения глубины систолического провала.

Выводы. Установлена частота встречаемости локальных и региональных гемодинамических нарушений при деформациях проксимального сегмента ПКА. Выраженность гемодинамических нарушений в зоне деформации ПКА и в ипсилатеральной ПА зависит от фаз дыхания: на вдохе отмечается снижение пиковой систолической скорости кровотока в зоне деформации ПКА в сочетании с улучшением доплеровского спектра в ипсилатеральной ПА, что можно использовать для оценки гемодинамической значимости деформации ПКА.

УСКОРЕННОЕ СТАРЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ НАРУШЕНИИ СВЕТОВОГО РЕЖИМА

Виноградова И.А., Горанский А.И.

ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Исследование функций почек и водно-солевого обмена является одним из наиболее важных критериев для суждения о сохранности почки как органа. Известно, что суточные и сезонные биоритмы участвуют в регуляции водно-солевого обмена. Вклад эпифиза в организацию суточных и сезонных колебаний физиологических функций организма животных и человека в настоящее время представляется очевидным и считается наиболее значимым физиологическим свойством шишковидной железы. Экспериментальные подходы для изучения этого явления связаны с созданием эпифизарного дефицита за счет удаления эпифиза или с имитацией его гиперреактивности путем введения извне биологических активных соединений железы и прежде всего мелатонина. В условиях Европейского Севера на функциональные возможности организма человека и животных воздействуют различные экологические факторы, одним из которых является резкое изменение фотопериодичности в течение годового цикла. Вопрос о роли света как внешнего синхронизатора биологических ритмов окончательно еще не решен, что и определяет актуальность биоритмических исследований на Европейском Севере. Деятельность эпифиза тесно связана с освещенностью внешней среды. Изменение фотопериодизма в виде постоянного света или темноты ведет к нарушению функционирования шишковидного тела, сбою циркадианных ритмов и развитию десинхроноза. При старении функция эпифиза снижается, нарушается ритм и уровень секреции мелатонина, что отражается на показателях водно-солевого, углеводного обмена и других показателей общего гомеостаза в организме.

В настоящее время известно, что эндокринная функция эпифиза оказывает определенное влияние на регуляцию водно-солевого обмена в процессе старения, но это влияние при различных световых режимах изучено недостаточно, что и определяет актуальность данного исследования.

В исследовании проведена оценка водовыделительной, осморегулирующей, ионорегулирующей и азотовыделительной функций почек у крыс-самцов, имеющих нарушение функционирования эпифиза за счет изменения продолжительности светового дня в течение 2-х годовых циклов.

С месячного возраста крысы были рандомизировано разделены на 4 группы, которые содержались при различных световых режимах. Первая группа находилась при искусственно созданном стандартном режиме освещения (750 лк) и рассматривалась нами в качестве группы сравнения. Вторая группа – в условиях естественного освещения, в данном случае учитывались особенности светового режима Европейского Севера. Третья группа находилась при постоянном искусственном освещении (750 лк). Четвертая – в условиях постоянной темноты. Ежемесячно у животных осуществляли забор суточной мочи и крови. Оценка функций почек осуществляли по общепринятым методикам и комплексам показателей, вычисленными на 100 г массы тела. Результаты сравнивались с литературными данными, где аналогичные показатели были рассчитаны для молодых и взрослых животных в условиях стандартного освещения. Чтобы определить характер возрастных сдвигов функциональных показателей, анализу подвергались показатели величин исследуемых животных относительно уровня молодых и взрослых крыс, выраженные в процентах.

В результате проведенных исследований было обнаружено, что к 24 месяцу наблюдалась задержка воды в организме во всех исследуемых группах. Наименьшее количество мочи было отмечено у животных в условиях естественного освещения Карелии. В процессе старения животных был отмечен повышенный уровень процессов фильтрации и реабсорбции воды. Сниженный показатель диуреза сопровождался снижением способности канальцев почек к экскреции осмотически свободной воды. Повышение концентрации осмотически активных веществ в плазме крови и моче коррелировало со снижением очищения плазмы от этих веществ и снижением их экскреции. Возникали разнонаправленные сдвиги показателей концентрации ионов натрия в плазме крови и моче. Это было отмечено на фоне снижения клиренса натрия и способности к экскреции его

с мочой. В то же время повышалась роль натрия в создании осмолярности плазмы крови и мочи, что подтверждало увеличение натрий-калиевого коэффициента плазмы крови и повышение соотношения концентраций этих катионов в моче. Уровень концентрации калия в плазме крови достоверно не отличался от такового показателя у молодых и взрослых крыс в условиях стандартного освещения, но наблюдался низкий рост экскреции и очищения плазмы от калия, более высокий уровень концентрации мочевины в плазме крови и, соответственно, более низкий показатель экскреции мочевины и повышенная ее реабсорбция.

Очевидно, что содержание животных в условиях нарушенного фотопериодизма привело к изменению водно-солевого обмена и функций почек по сравнению с животными, находящимися в условиях стандартного освещения. Причем, уже в возрасте 15-18 месяцев были отмечены изменения характерные для старых животных. У крыс в условиях стандартного освещения подобные нарушения возникали лишь в возрасте 24 месяцев. Можно предположить, что пребывание животных в условиях постоянного освещения, световой депривации или сезонного фотопериодизма отразилось на гормональной регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и привело к изменению функций почек. Сдвиги, произошедшие в выработке гормонов, оказывающих влияние на выведение и распределение электролитов в организме, могут быть одной из причин описанных изменений. Таким образом, в условиях нарушенного фотопериодизма наблюдается ускоренное старение функций почек и водно-солевого обмена.

РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОТНОШЕНИИ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЗА ГОДЫ ЕЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ В РФ

Владимирова О.Н.¹, Башкирёва А.С.^{2,3}

¹*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург*

²*Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург*

³*ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,
Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево*

За 23 года существования медико-социальной экспертизы (МСЭ) в Российской Федерации с 1995 по 2017 гг. методические подходы к МСЭ инвалидов в целом и лиц старше трудоспособного возраста (ЛСТВ), в частности, существенно модифицировались в связи с изменением её нормативно-правовых основ. В 1995 г. в Российской Федерации был принят новый Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181-ФЗ, положивший начало реформированию системы врачебно-трудовой экспертизы в медико-социальную [1]. Жизнедеятельность гражданина стали оценивать по 7 категориям, а не только по состоянию трудоспособности. С 1996 по 2006 гг. впервые в стране в критерии инвалидности включены три основных условия, основанные на международной «линейной концепции инвалидности»: нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; ограничение жизнедеятельности; необходимость социальной защиты, включая реабилитацию. Особенностью МСЭ в этот период были: возможность установления инвалидности даже при незначительных нарушениях функций (в некоторых случаях); возможность учета неблагоприятного клинического прогноза в качестве критерия инвалидности; установление инвалидности бессрочно ЛСТВ (с 55 лет и старше – женщины, с 60 лет и старше – мужчины), индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) разрабатывалась только в отдельных случаях.

С 2005 по 2009 гг. совершенствованы сроки установления инвалидности (отменено условие установление инвалидности без сро-

ка переосвидетельствования для ЛСТВ); изменены формулировки разных категорий жизнедеятельности, в том числе и «ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД)»; изменены подходы к установлению 1-ой группы инвалидности (из критериев исчезает понятие «нуждается в постоянном постороннем уходе») и 3-ей группы (для ее установления необходимо наличие ОСТД или сочетание двух других ограничений жизнедеятельности); ИПР разрабатывается для инвалидов с высоким, удовлетворительными и низким реабилитационным потенциалом.

С 2009 по 2014 г. уточнено понятие «ограничение способности к трудовой деятельности»: при 3-ей степени ОСТД часть инвалидов признается трудоспособными со значительной помощью других лиц («рабочий вариант» 1-ой группы инвалидности); ИПР разрабатывается для всех инвалидов, прошедших освидетельствование в учреждении МСЭ; особое внимание уделяется техническим средствам реабилитации, созданию специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов и другим вопросам реабилитации.

С конца 2014 г. по 2015 г. в практике МСЭ под влиянием Конвенции о правах инвалидов произошло серьезное реформирование с учетом положений новой Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): названия и содержания стойких нарушений функций согласованы с международной терминологией; впервые в России введена количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма в процентах от 10 до 100; внесены уточнения в экспертную оценку основных ограничений жизнедеятельности; модифицированы критерии групп инвалидности; ИПР разрабатывается для всех инвалидов, возросли требования к ее содержанию и качеству [2, 3]. Разработана новая система экспертной оценки («суммарная оценка функциональных нарушений»), позволяющая учитывать полиморбидность и коморбидность у ЛСТВ и ЛТВ.

С 2015 г. по настоящее время действует новый документ «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ», утвержденный приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, который в определенной степени устранил

клинико-экспертные недочеты предыдущих документов в количественной оценке при отдельных нозологических формах и классах болезней.

В частности, в последние годы принципиально изменился методический подход к экспертной оценке. Принято последовательно проводить экспертизу по двум составляющим: во-первых, оценивают наличие инвалидности по вышеприведенным условиям, во-вторых, устанавливают группу инвалидности или категорию «ребенок-инвалид» (согласно количественной оценке от 10 до 100%). При экспертной оценке учитывают влияние возраста на функционирование систем организма и жизнедеятельность гражданина.

В целях повышения объективности государственной системы МСЭ разработан комплекс мероприятий, направленных на повышение доступности и качества освидетельствования, укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных технологий и повышение квалификации специалистов учреждений медико-социальной экспертизы. В целях учета сведений об инвалидах формируется Федеральный реестр инвалидов, оператором которого является Пенсионный фонд Российской Федерации.

В настоящее время можно констатировать, что предпринимаемые государством меры по реализации основных положений Конвенции в отношении инвалидов привели к целому ряду положительных тенденций, как в изменении численности инвалидов, так и эффективности мер по восстановлению их социального статуса. По данным Росстата общая численность инвалидов в стране сократилась с 13,2 млн. человек в 2011 г. до 12,8 млн. человек в 2016г., или с 9,3% до 8,7% от общей численности населения России. За этот же период показатель полной реабилитации инвалидов увеличился с 4,0% в 2007 г. до 6,8% в 2015 г.[4].

Складывающаяся социально-демографическая ситуация в Российской Федерации ставит новые цели и задачи перед государством и обществом, направленные не только на обеспечение основных потребностей инвалидов, но и учет особенностей граждан старшего поколения, которые формируют большую часть общей и первичной инвалидности. В общенациональные стратегии и программы, предусматривающие обязанности органов власти по защите и поощрению

прав инвалидов, необходимо внести коррективы, предполагающие развитие профилактического, реабилитационного и медико-социального направлений в интересах граждан старшего поколения.

Для совершенствования организационно-методической деятельности учреждений и организаций, оказывающих услуги инвалидам, в том числе лицам старше трудоспособного возраста, необходимо изучать и внедрять положения Конвенции о правах инвалидов, Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. Необходима дальнейшая работа по уточнению поставленных задач и целевых ориентиров для разных уровней реализации социальной политики государства в отношении граждан старшего поколения (федерального, регионального, местного) по профилактическому, реабилитационному и медико-социальному направлениям, расчеты необходимых средств и поиски механизмов финансирования. Таким образом, показатели общей инвалидности можно рассматривать как медико-социальные индикаторы состояния здоровья и постарения населения в РФ.

Литература:

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 15.08.2017)
2. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. – Режим доступа: <http://www.un.org/russian/disabilities/convention/disabilitiesconv.pdf> (дата обращения 26.08.2017)
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год): проект. – СПб.: Человек, 2017. – 262 с.
4. Коробов М.В., Владимирова О.Н., Помников В.Г. Современные приоритеты национальной политики Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов в кн. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под редакцией В.Г. Помникова, М.В. Коробова. – 4-е издание. – СПб.: Гиппократ, 2017. – 1152 с.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Владимирова О.Н.¹, Башикирёва А.С.^{2,3}, Карасаева Л.А.¹

¹*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург*

²*Комитет по социальной защите населения Ленинградской области, Санкт-Петербург*

³*ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области», Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево*

Возрастающие темпы постарения населения, специфические изменения его возрастной структуры, существенное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста на фоне снижения численности трудоспособного населения вносят серьезные коррективы в разработку государственных программ в рамках реформирования геронтосоциальной политики Российской Федерации.

Согласно современным концепциям успешного и продуктивного старения, учитывающим потребности лиц пожилого и старческого возраста, необходимо усовершенствование механизмов взаимодействия властей, социальных учреждений и некоммерческих организаций для повышения количества и качества предоставляемых медико-социальных услуг населению старших возрастных групп. Государство и общество должны быть заинтересованы в том, чтобы как можно больше лиц пожилого и старческого возраста превращались из социально зависимых в людей самостоятельных «возможностей», то есть к осуществлению на практике лозунга «Пожилые не обуза, а ресурс». В этой связи особую актуальность приобретают вопросы реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов, их социальная адаптация и интеграция в семью и общество. Реализация данного подхода предполагает оптимизацию существующих моделей геронтологических резиденций, повышение доступности оказываемых услуг путем создания инновационной сети социальной поддержки пожилого населения и инвалидов с вовлечением государственной и негосударственной форм обслуживания.

Одним из значимых шагов в этом направлении стал План мероприятий «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 гг.)», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации 29 декабря 2012 г. в виде так называемой «дорожной карты». В нем предусмотрен детальный анализ положения дел в сфере социального обслуживания пожилых граждан, выявление существующих проблем и подготовка комплексных предложений по повышению качества социального обслуживания в субъектах Российской Федерации, а также определены контрольные показатели успешной реализации «дорожной карты». С учетом требований Конвенции о правах инвалидов, положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, а также положений Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2020 годы» основными вопросами социальной политики Российской Федерации являются:

1) формирование условий доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

2) совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов и лиц старше трудоспособного возраста (ЛСТВ);

3) совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Учреждениями МСЭ за 2016 г. в Российской Федерации по данным государственной статистики разработано 2 млн. 175 тыс. индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) для взрослых инвалидов.

С 1 января 2016 г. введены в действие:

- понятие «абилитация», наряду с понятием «реабилитация»;
- новая форма документа – индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида;
- новые организационно-правовые формы межведомственного взаимодействия в системе реализации мероприятий по реабилитации инвалидов.
- новая система менеджмента реабилитации или абилитации инвалидов.

Принципиальным нововведением является участие в деятельности по реабилитации или абилитации инвалидов органов исполнительной власти субъекта РФ. В процессе реализации ИПРА для инвалидов выстроена следующая схема участников: «разработчик ИПРА» – федеральные государственные учреждения МСЭ; «исполнитель ИПРА» – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья; «исполнитель мероприятий ИПРА» – медицинские организации, реабилитационные организации и др. Участие в реализации ИПРА органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, организаций независимо от их организационно-правовых форм, регламентировано Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (в редакции 2014 г.). Определенные механизмы межведомственного взаимодействия участников реализации ИПРА определены приказами Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н и от 15.10.2015 г. № 723н. [1, 2]. Между участниками сформированы определенные схемы движения персональных сведений об инвалиде посредством «Выписки из ИПРА» и «Информации об исполнении мероприятий ИПРА» (сводная информация).

Опыт показал, что наиболее эффективный путь создания инфраструктуры реабилитации инвалидов – действующие целевые программы субъектов Российской Федерации в сфере реабилитации и абилитации. Мероприятия в данных программах представлены тремя направлениями. Первое – межведомственные и отраслевые мероприятия, включая развитие организационной инфраструктуры учреждений, подготовка кадров, нормативно-правовые и методические вопросы, информатизация, информационные кампании, развитие конкурентной среды и др. Второе – мероприятия, проводимые в отношении инвалидов и детей-инвалидов, направленные в большей или меньшей степени на компенсацию или устранение имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, преодоление социальной изоляции. Третье направление – поддержка общественных организаций инвалидов. В 2017-2018 гг. в двух субъектах РФ (Свердловская обл. и Пермский край) проходит пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов [3].

Введение принципиально новых федеральных нормативно-правовых документов требует от органов власти субъекта РФ создания организационно-правового механизма управления и контроля развития системы реабилитации инвалидов, интеграция системы реабилитации инвалидов с действующими или развивающимися системами (геронтологической, гериатрической, паллиативной и др.).

Литература:

1. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм: приказ Минтруда России от 13.06.2017 N 486н // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 01.08.2017, N 0001201708010058

2. Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы: приказ Минтруда России от 15.10.2015 N 723н // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 14.12.2015, N 0001201512140061

3. Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: приказ Минтруда России от 18.08.2016 N 436н // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 12.10.2016, N 0001201610120022.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ВЗРОСЛОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 14 ЛЕТ (2003-2016 гг.)

Владимирова О.Н.¹, Рябокони А.Г.,² Башикирёва А.С.^{3,4}, Доронина О.В.²

*¹ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург*

²ФКУ «Главное бюро МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России

*³Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург*

*⁴ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,
Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево*

В современных медико-демографических условиях на фоне возрастающих темпов старения населения эффективная организация социального обслуживания граждан пожилого и старческого возраста является одной из важнейших задач социальной политики государства и представляет собой процесс целенаправленного воздействия на создание благоприятных, комфортных, стабильных и безопасных условий жизнедеятельности пожилых людей, доступной среды для реализации личностного потенциала и продления активной старости путем их вовлеченности в общественную жизнь; последовательное совершенствование этих условий, более качественное и полное удовлетворение потребностей граждан через предоставление им геронтосоциальных услуг. Концепцией демографической политики России на период до 2025 года предусмотрено внедрение специальных государственных программ для населения старших возрастных групп, а также разработка мер по сохранению и поддержанию здоровья, повышению качества жизни и продлению трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие многопрофильной геронтологической помощи.

По данным Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации удельный вес лиц пожилого и старческого возраста в демографической структуре населения России постоянно возрастает. Только за последний год число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось почти на 700 тысяч человек и составило 33,1 млн. граждан, т. е. более 23% в общей численности населения РФ. В этой связи особую значимость приобретают вопросы реабилитации

граждан пожилого возраста и инвалидов, их социальная адаптация и интеграция в семью и общество.

Однако принятых на сегодня мер по отношению к пожилым людям со стороны государственных структур и общества недостаточно. Более чем актуальным для людей старшего поколения является решение проблем, связанных с бережным к ним отношением. Одиночество и невостребованность, плохое состояние здоровья, отсутствие должного внимания членов семьи, соседей, в особенности, со стороны молодого поколения, негативно отражаются на социальном и духовном самочувствии граждан пожилого возраста. При таком положении дел, безусловно, возрастает роль геронтосоциальных служб. Выявление одиноких пожилых людей, в частности, проживающих в отдаленных населенных пунктах, оказание им помощи со стороны организаций социального обслуживания и волонтеров продолжает являться одной из первостепенных задач. Такой же важной задачей является обеспечение им надлежащих безопасных и комфортных условий проживания, как у себя дома, так и в стационарных учреждениях социального обслуживания. Вместе с тем, результаты ранее проведенных исследований выявили необходимость расширения сети разных категорий реабилитационных учреждений с целью ликвидации очереди в них, совершенствования системы кадрового обеспечения специалистами для повышения занятости имеющих штатных должностей и эффективности реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов, формирования региональных систем реабилитации с учетом территориальных особенностей субъектов Российской Федерации, создания системы скрининга и мониторинга качества жизни, потребностей в уходе лиц пожилого, старческого возраста и инвалидов, в том числе, для расчета необходимых ресурсов и видов медико-социальной помощи и поддержки, применения современных геронтологических активации и оздоровления пожилых граждан и инвалидов внутри системы медико-социального обслуживания, дальнейшего развития инновационных форм их реабилитации для повышения самооценки своих возможностей, успешной социальной адаптации, интеграции в семью и общество.

Показатели инвалидности и деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) являются действенным инструментом в работе государственных органов при реализации и совершенствовании

нию мер по профилактике и снижению инвалидности старшего поколения, улучшению экспертно-реабилитационного и медико-социального обслуживания населения [1]. Показатели инвалидности можно рассматривать как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в Российской Федерации [2].

Статистическими методами изучена первичная инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в регионе в динамике за 14 лет по данным ФКУ «Главное бюро МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России за 2003-2016 гг. Результаты исследования: выявлена общая тенденция к снижению численности впервые признанных инвалидами (ВПИ) с 19071 человек в 2005 г. до 8434 человек – в 2014 г. (табл.).

Таблица

Динамика первичной взрослой инвалидности в Ленинградской области за 2003-2016 гг.

Годы	ВПИ, тыс. человек		Из них			
			ЛТВ		ЛСТВ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2003	12584	100,0	5589	44,4	6995	55,6
2004	15349	100,0	5574	36,3	9775	63,7
2005	19071	100,0	5759	30,2	13312	69,8
2006	16683	100,0	5696	34,1	10987	65,9
2007	17029	100,0	5315	31,2	11714	68,8
2008	13976	100,0	5366	38,4	8610	61,6
2009	13221	100,0	5601	42,4	7620	57,6
2010	13273	100,0	6041	45,5	7232	54,5
2011	12011	100,0	5449	45,4	6562	54,6
2012	10757	100,0	4912	45,7	5845	54,3
2013	8974	100,0	4216	47,0	4758	53,0
2014	8434	100,0	3800	45,1	4634	54,9
2015	9492	100,0	4566	48,1	4926	51,9
2016	9069	100,0	4307	47,5	4762	52,5

Удельный вес ВПИ среди лиц старше трудоспособного возраста (ЛСТВ) уменьшился в эти годы с 69,8% до 51,9% и составил в среднем за период 58,5 %, что в 1,4 раз превышает удельный вес первичных инвалидов среди лиц трудоспособного возраста (ЛТВ). Удельный вес первичных инвалидов ЛТВ колебался в эти годы от 30,2% до 48,1%, составив в среднем за период 41,5%.

Инвалидность ежегодно была установлена более 7,5 тыс. человек (в среднем за 14 лет). Вместе с тем, зарегистрированы значительные колебания удельного веса первичных инвалидов трудоспособного и старше трудоспособного возраста среди всех ВПИ. Иными словами, «физиономия инвалидности» (в терминологии Вигдорчика Н.А.) «молодеет» год от года: так в 2005 г. соотношение ВПИ среди ЛТВ и ЛСТВ составило 1:2,3; т.е на 1 инвалида ЛТВ устанавливалась инвалидность более, чем у 2-х инвалидов ЛСТВ; в 2015 г. данная пропорция равнялась 1:1, соответственно. Численность первичных инвалидов среди ЛСТВ снизилась в 2 раза: за 2003-2007 гг. инвалидность впервые была установлена в среднем за период 10,5 тыс. человек ЛСТВ ежегодно, в 2012-2016 гг. - практически 5,0 тыс. человек, соответственно.

Численность ВПИ трудоспособного возраста в Ленинградской области за 2003-2016 гг. снизилась на 22,9% (показатель наглядности 77,1%); численность ВПИ старше трудоспособного возраста – снизилась на 31,9% (показатель наглядности 68,1%), соответственно.

Зарегистрировано снижение уровня первичных инвалидов среди ЛСТВ с 187,4 до 100,8 на 10 тыс. взрослого населения, т.е. в 1,9 раз, соответственно. Динамика уровня первичной инвалидности среди ЛТВ в Ленинградской области в исследуемый период также показала снижение как у лиц молодого и среднего возраста (18-44 года – женщины, 18-49 лет – мужчины) в 2,0 раза с 36,8 до 18,5 на 10 тыс. взрослого населения, так и у лиц в зрелом возрасте (45-54 года – женщины, 50-59 лет – мужчины) в 1,5 раз, с 116,7 до 78,3 на 10 тыс. взрослого населения, соответственно.

Динамика интенсивного показателя первичной инвалидности ЛСТВ в Ленинградской области имеет сходство с динамикой по Российской Федерации [3]. Вместе с тем, отмечены и особенности, заключающиеся в повышении уровня первичной инвалидности

ЛСТВ в Ленинградской области в 2005 и 2007 гг., что объяснимо с точки зрения изменения нормативно-правовой базы в сфере пенсионного законодательства, а также создания дополнительных механизмов социальной защиты инвалидов – жителей блокадного Ленинграда. Возможно, данные показатели также отражают результаты проводимых в стране реформ в сфере медико-социальной экспертизы – изменение Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ в 2005, 2009, 2014 гг.

Таким образом, динамика численности и уровня первичной инвалидности лиц старше трудоспособного возраста имеет резкий подъем во время реформ пенсионного законодательства, что еще раз подчеркивает влияние социально-правовых факторов на явление инвалидности. Показатели первичной инвалидности могут быть учтены при разработке программ по профилактике инвалидности и медико-социальной помощи инвалидам разного возраста.

Литература:

1. Коробов М.В. Статистика медико-социальной экспертизы: учебно-методическое пособие. СПб: СПБИУВЭК, 2015. – 115 с.
2. Инвалидность как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в Российской Федерации // О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов, О.В. Хорькова, О.В. Ломоносова// Успехи геронтологии, 2017. Т.30. №3. С. 398-402
3. Современные тенденции общей инвалидности на фоне постарения населения в РФ / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов, О.В. Ломоносова, О.В. Хорькова // Клиническая геронтология. 2017. Т. 23. № 5-6, С. 44-50

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Головина Н.В., Дятлова Е.О., Кураленко О.А., Фролова Л.В., Шахова Т.В
КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул*

Хроническая болезнь почек (ХБП) является серьезной проблемой общественного здравоохранения в связи с широким распространением дисфункции почек среди населения в целом. По данным Научного общества нефрологов России, распространенность ХБП в популяции пожилых и старых людей в нашей стране достигает 36%. У пациентов старческого возраста часто наблюдается сочетание нескольких нозологических форм патологий почек на фоне возрастных изменений, что повышает риск прогрессирования ХБП. Своевременная диагностика ХБП у пациентов старческого возраста необходима для подбора и дозирования медикаментов, прогнозирования течения болезни и риска сердечно-сосудистых осложнений. Нередко ХБП выявляется поздно, на стадии терминальной почечной недостаточности.

Диагностика и определение стадии ХБП основаны на изменении скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Общеизвестно, что СКФ с возрастом снижается, поэтому СКФ в пределах 60-89 мл/мин/1,73 м² являются возрастной нормой для лиц старше 65 лет, и в возрасте 80-89 лет нормальными значениями СКФ у мужчин считаются 58±12 мл/мин/1,73 м², у женщин 51±11 мл/мин/1,73 м². (Арутюнов Г.Г., 2012).

В современной нефрологии СКФ принято оценивать по уровню клиренса эндогенного креатинина или при применении расчетных формул. Наиболее точной и универсальной для расчета СКФ считается формула СКФ-ЕРІ. Но, как известно, креатинин не является специфическим маркером при поражении почек, т.к. зависит от расы, пола, возраста пациента и других факторов. Поэтому, альтернативным маркером оценки состояния почечных функций в последние годы становится цистатин С, он также служит предиктором сердечно-сосудистых осложнений, связанных с нарушением ренальной

функции, и является маркером тяжести сердечной недостаточности и острого коронарного синдрома. Ренальная дисфункция приводит к кардиальной, и наоборот. Концентрация цистатина С в крови, в отличие от креатинина, одинакова для мужчин, женщин, детей и почти не зависит от мышечной массы, этнической принадлежности, особенностей питания, физической активности. Функция почек может оказаться сниженной более чем на 50% к тому моменту, когда уровень креатинина только превысит верхнюю границу нормы.

Цель исследования: провести сравнительный анализ определения СКФ по клиренсу креатинина и расчетными методиками по уровню креатинина и цистатина С у пациентов пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистой патологией; оценить диагностическую значимость цистатина С.

Материалы и методы. Проведены исследования крови у 23 пациентов в возрасте от 65 до 93 лет (83,5 (65; 87) – Медиана (25-75 процентиля) с ИБС и артериальной гипертонией.

Исследования проводились в клиничко-диагностической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». Забор крови осуществлялся в соответствии с правилами преаналитического этапа биохимических исследований. Сыворотку получали при центрифугировании образцов при 1750g в течение 15-20 минут. Все биохимические исследования осуществлялись на биохимическом анализаторе Dirui CS – T240, КНР. Уровень концентрации цистатина С измерялся с использованием реагентов фирмы «Dialab», Австрия. Определение цистатина С в представленном наборе основано на принципе иммунотурбодиметрии, чувствительность – 0,08 мг/л, референтные интервалы – 0,04-0,12 мг/л.

Параллельно у пациентов оценивали концентрацию сывороточного креатинина. Его уровень определяли, используя реагенты АО «Диакон-ДС» (Россия). Определение уровня креатинина проводилось кинетическим методом по реакции Яффе с пикриновой кислотой. Референтные значения креатинина составляли: мужчины – 80-115 мкмоль/л, женщины – 53-97 мкмоль/л. СКФ определяли клиренсовым методом по пробе Реберга-Тареева, расчетную СКФ – по формулам СКФ-ЕРІ (2009, 2012), СКФ Ноек (2003). Статистический анализ полученных данных производили с использованием

программы «Statistica 6.0». Описательные статистики представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й; 75-й проценти-ли). Сравнительный анализ проводили с использованием критерия Уилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У обследованных пациентов уровень креатинина составил 112,5 (84,0; 142,0) мкмоль/л, уровень цистатина С – 1,75 (1,1; 2,8) мг/л. Расчетная СКФ по уровню креатинина составила 46 (36; 61) мл/мин/1,73 м², по уровню цистатина С – 42 (24; 69) мл/мин/1,73 м², по пробе Реберга 70 (52; 105) мл/мин/1,73 м².

Значения СКФ по расчетным формулам статистически значимо не различались ($p=0,21$). Уровень СКФ по клиренсовому методу был значимо выше расчетных показателей по уровню креатинина ($Z=4,1$; $p < 0,0001$) и цистатина С ($Z=3,2$; $p=0,001$).

Выводы. В нашем исследовании установлено, что показатели СКФ по цистатину С по формулам (СКФ Ноек), по креатинину и цистатину С (СКФ-ЕРІ) не имеют достоверных различий, а показатели СКФ по клиренсовому методу (проба Реберга-Тареева) не отражают имеющуюся патологию, так как уровень креатинина в моче и крови варьирует в зависимости от возраста, пола, роста, веса, уровня метаболизма в мышечной ткани, принимаемых медикаментов и водно-солевого обмена. Учитывая прогрессирующий характер ХПБ у пациентов пожилого и старческого возраста, целесообразно исследовать цистатин С, который является надежным индикатором нарушения ренальной функции почек, а также более чувствителен к снижению СКФ, чем креатинин. Поэтому цистатин С является эффективным маркером для выявления почечной недостаточности и сердечно-сосудистой патологии.

СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ И ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Горанская С.В.

ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Увеличение в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста является одной из глобальных проблем в XXI веке. По прогнозам ООН население планеты в возрасте 60 лет и старше к 2050 г. будет составлять 21%, а в более развитых странах – 33%. В Российской Федерации за последние 60 лет доля детского населения уменьшилась почти вдвое, а доля лиц пожилого и старческого возраста возросла почти втрое. В Евроарктическом регионе, включающим Республики Карелию и Коми, Ненецкий автономный округ, Мурманскую и Архангельскую области, так же наблюдается увеличение числа лиц старших возрастных групп. В Республике Карелия на фоне снижения общей численности населения доля лиц старше 60 лет в 2016 г. составила 24,7%, т. е. практически каждый пятый человек перешагнул трудоспособный возраст. В тоже время в Карелии наблюдается увеличение продолжительности жизни (в 2008 г. она составила – 65, а в 2013 г. – 69 лет), которое будет способствовать относительному увеличению численности лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения. Потребность лиц пожилого и старческого возраста в медицинской помощи на 50% выше, чем населения среднего возраста. Создание новых видов медицинских и социальных служб на основе концепции успешного старения должно способствовать повышению качества жизни пожилых людей.

В связи с этим появилась необходимость увеличения количества специалистов по социальной работе, социальных работников и других сотрудников, работающих в социальной сфере обслуживания, а так же увеличения количества социальных учреждений для пожилых и старых людей. Актуальной проблемой становится оказание качественных медико-социальных услуг лицам пожилого и старческого возраста и расширение их спектра.

В сети государственных учреждений социального обслуживания в Республике Карелия функционируют четыре государственных уч-

реждения социального обслуживания общесоматического профиля (дома-интернаты для престарелых и инвалидов); в структуре сети муниципальных учреждений социального обслуживания – 18 центров социального обслуживания населения, расположенных в муниципальных районах и городских округах республики, из них – 13 комплексных центров социального обслуживания.

Формирование независимой системы оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг в Республике Карелия было проведено в рамках комплексного проекта «Общественная экспертиза в интересах людей с инвалидностью в Республике Карелия» Региональной программы Республики Карелия «Доступная среда в Республике Карелия» на 2013-2015 гг. в номинации «Повышение доступности социальных услуг для инвалидов» при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия. Формирование независимой системы оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг основано на Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. РФ № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Федеральным законом РФ от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», которые внесли значительные изменения в систему социального обслуживания. Контроль за предоставлением социальных услуг в соответствии с новым законом включает в себя региональный государственный контроль и общественный контроль (независимую оценку качества социальных услуг).

Важным аспектом формирования внутренней и независимой оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг является подготовка профессионального и общественного экспертного сообщества. В рамках данного проекта были подготовлены 21 эксперт, проведены самообследование и независимая оценка качества условий осуществления деятельности организаций. Экспертная оценка проводилась по показателям, для каждого из которых были разработаны критерии и индикаторы. Уровень качества оценивался по 5 балльной системе: где 0 – отсутствует, 1 – низкий уровень,

2 – ниже среднего, 3 – средний, 4 – выше среднего, 5 – высокий. Для оценки были созданы формы самообследования организации и профессиональной оценки экспертов, анкеты для проведения опроса по изучению мнения сотрудников организации и изучению удовлетворенности получателей услуг. Эмпирической базой исследования послужил ГСУ СО «Петрозаводский дом – интернат для ветеранов». В рамках экспертного исследования качества условий деятельности учреждения, участвующего в независимой оценке качества, были опрошены сотрудники организации и потребители услуг. Мнение потребителей и сотрудников имело важное значение при определении качества условий работы организации. При проведении опроса потребителей услуг старшего поколения учитывалось их психическое и физическое состояние.

В результате независимой оценки качества услуг были получены следующие сведения: «Петрозаводский дом-интернат для ветеранов» является востребованной организацией, оказывающий жизненно важные социальные услуги для людей пожилого и старческого возраста. Сотрудники организации компетентны и доброжелательны, готовы к реализации деятельности в современных условиях развития сферы социального обслуживания, в существующих материально-технических условиях решают актуальные вопросы, связанные с социальной реабилитацией и адаптацией людей пожилого возраста. По общей оценке качества «Петрозаводский дом-интернат для ветеранов» получил 3,4 балла. Профессиональную деятельность в организациях социального обслуживания осуществляют специалисты, в целом соответствующие требованиям профессионального стандарта, единым квалификационным требованиям и удовлетворяющие этическим требованиям потребителей услуг. Спектр услуг учреждения сформирован, исходя из потребности потребителей услуг, и активно востребован целевым контингентом потребителей (люди пожилого возраста).

Концепция старости, как дополнительного груза на семью и общество, а также роль и взаимодействие субъектов ухода, микросреда проживания, качество обслуживания, должны быть пересмотрены с точки зрения влияния на показатели удовлетворенности жизнью, поскольку отмечается зависимость повышения качества жизни от гар-

моничности психосоциальной микросреды, возможности досуговой активности и мобильности лиц пожилого и старческого возраста.

Значение независимой системы оценки качества деятельности организации и оказания социальных услуг в сфере социального обслуживания людей пожилого возраста заключается в том, что независимая оценка качества является одной из форм общественного контроля, которая позволит повысить уровень удовлетворенности получателей социальных услуг комфортностью проживания в организации социального обслуживания, вежливостью и компетентностью работников, результатами предоставления социальных услуг. Определение результативности деятельности учреждения социального обслуживания даст возможность своевременно повышать эффективность или оптимизировать деятельность организации, а также выявлять негативные факторы, влияющие на качество предоставления социальных услуг, и устранять их.

О СОСТОЯНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ НОВЫХ ФОРМАТОВ

Даниелян А.А.

Социальный гериатрический центр «Опека», Санкт-Петербург

Старение населения стимулируют создание специализированных амбулаторных и стационарных медицинских учреждений, а также развитие системы подготовки врачей-гериатров. Санкт-Петербург – город с большим количеством жителей пожилого и старческого возраста, около 1.200.000 пожилых людей, 98% из них регулярно обращаются за медицинской помощью. У 30% снижена способность к самообслуживанию на 50-75%, а это значит, что они нуждаются в постоянном наблюдении. К 2026 году эксперты прогнозируют уже 29% пожилых людей от общего числа горожан.

Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга подведомственны 32.000 стационарных коек. 12.000 коек постоянно заняты пациентом пожилого возраста, при этом 55-60% используются для оказания долговременных медико-социальных и реабилитационных

услуг. Из-за полиморбидности расходы на лечение пожилых в 6 раз превышают расходы на трудоспособное население. Если не учитывать лечебные учреждения с ограниченным прикрепленным контингентом, такие как Госпиталь ветеранов войн и больница Св. Евгении для жителей блокадного Ленинграда, то можно констатировать, что в настоящее время на 1.200.000 пожилых петербуржцев имеется всего 414 гериатрических коек. Внушает оптимизм тот факт, что в последние годы отмечается значительный рост количества и улучшение качества подготовки врачей-гериатров, увеличивается количество специализированных гериатрических коек в стационарах, но этого, к сожалению, недостаточно.

Гериатрическая помощь неразрывно связана с развитием системы оказания паллиативной медицинской помощи. Напомню определение паллиативной помощи, которая дала Европейская Ассоциация Паллиативной помощи: «Паллиативная помощь – это активная всесторонняя помощь пациентам, заболевание которых прогрессирует, несмотря на проведение радикального (специального) лечения, направленная на облегчение боли и других тягостных симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем. Паллиативная помощь утверждает жизнь и считает смерть естественным процессом; она не имеет намерения ни приблизить, ни отдалить наступление смерти. Ее основной задачей является обеспечение достойного качества жизни пациента до самого момента смерти».

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ впервые утвержден новый для отечественного здравоохранения вид медицинской помощи — паллиативная медицинская помощь. Согласно статье 32 паллиативная медицинская помощь — это «комплекс вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Приказом Минздрава России от 2015 г. № 187н утвержден новый Порядок оказания паллиативной медицинской помощи, в котором к перечню структурных единиц отнесено и отделение сестринского ухода.

Какова же ситуация с оказанием паллиативной помощи в Санкт-Петербурге? Сейчас в городе имеется 4 хосписа на 155 коек

для взрослых, а также 65 коек в городских стационарах. Но, как правильно сказано, «все хосписы оказывают паллиативную помощь, но не вся паллиативная помощь оказывается в хосписах». Структура оказания помощи значительно шире. С учетом новой принадлежности коек сестринского ухода, представляю состояние по данной категории учреждений в Санкт-Петербурге.

В 8 больницах города открыто 334 койки сестринского ухода, находящиеся на балансе Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Конечно, этого недостаточно. Имеются также койки сестринского ухода в учреждениях, которые относятся к Комитету по социальной политике Санкт-Петербурга.

Однако в последние годы в России появляются новые форматы медико-социальных учреждений для пожилых людей, оказывающих квалифицированную помощь нуждающимся в этом гражданам, такие как Социальный гериатрический центр «Опека» в Санкт-Петербурге.

Статистические исследования показывают, что в Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется более 25.000 пациентов с инсультами, летальность в остром периоде до 35%. В течение 1 года умирает ещё до 50%. Переносят повторный инсульт в течение года – 9%. Инвалидизация выживших до 75%. Но половина из оставшихся имеют реабилитационный потенциал и требуют не сестринского ухода, а активной реабилитации.

Ежегодно в Санкт-Петербурге регистрируется около 70.000 переломов костей верхних конечностей, около 46.000 – костей нижних конечностей (при этом отмечается большое количество переломов бедренной кости у пожилых людей), и около 12.000 случаев травм позвоночника. Значительная часть травмированных - это люди пожилого возраста. Количество выполняемых эндопротезирований превышает 6.000 для тазобедренного сустава и 3.000 для коленного. И эти пациенты также требуют либо реабилитации, либо квалифицированного ухода для профилактики различных осложнений.

Отдельная сложная и мало улучшающаяся сфера – лечение и уход за дементными пациентами. Количество случаев деменции в Санкт-Петербурге увеличивается более, чем на 1.000 ежегодно. Сейчас в городе по разным оценкам от 70 до 100 тысяч пациентов стра-

дают деменцией разной степени выраженности. К 2020 г. их число превысит 96.000, а к 2030 г. – достигнет 108.000 человек. В Санкт-Петербурге деменция приводит к потере 50.000 лет качественной жизни ежегодно за счёт инвалидизации и преждевременной смерти. Потери качественной жизни вследствие деменции превосходят таковые вследствие шизофрении и биполярного расстройства. В психиатрических стационарах пациенты с деменцией занимают до 20% коек, и это при общепринятых принципах, что наилучшие условия для наблюдения и лечения деменции, которая не сопровождается агрессией, это амбулаторные, и каждая перемена места для дементного пациента - это дополнительный стресс.

Наиболее актуальными являются следующие вопросы:

1. Куда выписывать и как поступать с пациентами после:

– оперативного лечения по поводу травм центральной и периферической нервных систем, грыж дисков, опухолей;

– после перенесенного инсульта и завершения стационарного этапа лечения;

– после проведения операций на опорно-двигательном аппарате;

– после оперативных вмешательств, а также после и между сеансами полихимиотерапии онкологических пациентов, при проведении которых продлевается жизнь и даже происходит излечение, но нередко инвалидизируется пациент?

2. Смогут ли родственники пациентов с колостомой, эпицистостомой, трахеостомой правильно и своевременно, без последующих осложнений ухаживать за ними?

3. Как разгрузить поликлинических врачей, у которых на участках много пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи?

4. Где и в каких условиях проводить лечение и уход за дементными пациентами?

5. Как предупреждать эмоциональное выгорание и инвалидизацию тех родственников тяжелобольных или дементных пациентов, которые взяли на себя всю нагрузку по постоянному постороннему уходу и в связи с этим часто вынуждены увольняться с работы?

На мой взгляд, именно новый формат медико-социального учреждения, на котором построена деятельность «ОПЕКИ», может как дополнить и качественно продолжить все то, что успешно выполня-

ется в других лечебных учреждениях, так и предоставить качественный сестринский уход, то есть взять на себя большую часть заботы об этих категориях населения.

Новый формат объединяет все положительные характеристики различных по предназначению государственных структур, оказывая одновременно и помощь по лечению и реабилитации пожилых людей, и паллиативную медицинскую помощь в виде коек сестринского ухода, и помощь дементным пациентам. Результат совмещения отличных бытовых условий, качественного ухода, квалифицированной медицинской помощи и организованного досуга – это улучшение качества жизни и повышение уровня комфорта наших пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ГЕРОНТОЛОГИИ

Дьяконов М.М.

ООО «ГЕРОФАРМ», Санкт-Петербург

В последние 20 лет активно расширяется опыт применения в отечественной и зарубежной (СНГ) геронтологии низкодозированных препаратов пептидной структуры Кортексин, Ретиналамин, Пинеамин. Доказанная клиническая эффективность кортексина (три плацебо контролируемых исследования с участием 432 больных с ОНМК, выполненные по единому Протоколу), подтвердило, что использование кортексина в остром периоде инсульта двумя 10-ти дневными курсами по 20 мг ежедневно (10 мг – утром и 10 мг – днем) сопровождается: – хорошим функциональным восстановлением через два месяца у 90% больных; – выраженной регрессией двигательного дефицита у 95% пациентов; – достижением полной независимости в повседневной деятельности у 90% пациентов; – восстановлением когнитивных функций у 85% пострадавших (Дьяконов М.М., Шабанов П.Д., 2015). При этом установлено, что на 28 сутки острого инсульта у большинства пациентов, получавших низкодозированную нейропротекторную терапию внутримышечными инъекциями кортексина, очаг поражения замещался глиозным содержимым, а в группе плаце-

бо – кистозная трансформация. При тяжелых ОНМК в 48% случаев удается, применяя кортексин, избежать тяжелой полиорганной недостаточности (Машин В.В., 2014). Небезынтересно, что у больных, перенесших острый инсульт, ежеквартальное (в течение года) применение кортексина курсом 10 дней по 10 мг ежедневно – предупреждает новое развитие и прогрессирование постинсультных когнитивных нарушений (Евзельман М.А., Александрова Н.А., 2014). Активное раннее применение кортексина при ОНМК («Скорая помощь», еще на дому...) с последующим ежедневным двухразовым введением курсом 10 дней, дает выраженный эффект восстановления двигательных, речевых и чувствительных нарушений, в итоге, определяя положительную динамику у 96% пациентов (Новикова Л.Б., 2008, Гафуров Б.Г., 2008). Практически 20-ти летний опыт применения кортексина доказал его преимущества: четкое подтверждение факта прохождения через гематоэнцефалический барьер; низкая дозировка (за 10 дней больной получает 0,22-0,44 грамма препарата); оптимальная фармакокинетика и отсутствие побочных симптомов на препарат; энерготропное, берегающее действие, доказанное на доклинических и клинических исследованиях с применением современной аппаратуры, показывающих, что 65% аминокислот кортексина составляют суммарно L – глутаминовая и L – аспарагиновая кислоты, определяющих биоэнергетическую структуру препарата и его клинический эффект (Руденко А.О. с соавт., 2017). Важным моментом для геронтологов является доказанная иммуностропность кортексина, ретиналамина и пинеамина, что характерно для всех органопрепаратов и весьма актуально в терапии лиц пожилого и старческого возраста (Цыган В.Н., 2015).

Отметим опыт низкодозированной пептидной офтальмонейропротекции с успешным использованием ретиналамина при возрастной макулодистрофии, глаукоме, диабетической ретинопатии, в коррекции остроты зрения, а также способность препарата активировать заживление сетчатки после операции при ее регматогенной отслойке. В процессе лечения с применением ретиналамина выявлено, что происходит активация обмена в глазу и орбите, восстанавливается гематоофтальмологический барьер, улучшается взаимодействие пигментного эпителия и фоторецепторов, активируется световая чувствительность сетчатки.

Представляется, что для лиц пожилого возраста, имеющих известные возрастные изменения гормонального и других видов обмена, является востребованным низкодозированный препарат пептидной структуры Пинеамин, зарегистрированный в 2015 году. Пептиды пинеамина (10 мг в одном флаконе) вводятся внутримышечно (вода для инъекций или физ. раствор) и содержат 19 L – вращающихся аминокислот (Руденко А.О. с соавт., 2017). Высокая терапевтическая активность, безопасность и переносимость пинеамина, длительное удержание эффекта на фоне короткого (5-10 дней) курса лечения позволяют не только использовать его как первый инъекционный препарат для лечения климактерического синдрома, но с учетом механизма действия применять его в решении ряда многих проблем старения и долголетия.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Зубова О.А., Подсонная И.В., Харлова А.Г.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул

Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста является одной из приоритетных задач в политике нашего государства. В Алтайском крае вопросам организации реабилитационной медицинской помощи данной категории граждан уделяется пристальное внимание. В Алтайском крае количество лиц пожилого и старческого возраста ежегодно увеличивается. В 2016 году численность населения в возрасте старше трудоспособного возраста составила 26%. КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» является центром по оказанию методической и практической помощи для учреждений здравоохранения Алтайского края по вопросам организации реабилитации ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ) и лиц, приравненных к ним по льготам, возраст которых старше 75 лет. Сегодня в Алтайском крае на учете в медицинских организациях состоит 8743 ветерана Великой Отечествен-

ной войны. Наблюдаемый среди них рост числа тяжелых хронических заболеваний на фоне последствий от перенесенных ранений, боевых травм, усугубление психических расстройств требует неотложной реализации комплекса реабилитационных мероприятий для данной категории граждан.

Специализированная медицинская помощь в госпитале оказывается на 305 койках круглосуточного стационара: терапевтические – 115 коек, неврологические – 125 коек, урологические – 30 коек, хирургические – 35 коек. Консультативно-поликлиническое отделение рассчитано на 180 посещений в смену по 12 специальностям. Функционирует дневной стационар по профилю терапия и неврология.

В госпитале проводится широкий спектр лабораторных, функциональных, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических методов исследований на современных аппаратах экспертного класса. Наряду с общеизвестными методами диагностики, внедрены инновационные специализированные методы, потребность в которых обусловлена преобладающими заболеваниями у ветеранов войн.

В КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» выполняются современные методы оперативных вмешательств с применением уникального эндоскопического оборудования, позволяющего проводить малотравматичные операции, в том числе, высокотехнологичные, лицам пожилого и старческого возраста. Виды оперативных вмешательств: урологические – биполярная трансуретральная резекция аденомы предстательной железы, стриктуры уретры, новообразований мочевого пузыря; трансуретральная энуклеация аденомы предстательной железы; контактная литотрипсия камней нижней трети мочеточников и мочевого пузыря; видеоэндоскопическое иссечение кист почек лапароскопическим и ретроперитонеоскопическим доступом; эндоскопические операции при варикоцеле; пункционная биопсия предстательной железы. Общехирургические: видеоэндоскопическая лапароскопическая холецистэктомия; эндоскопическая полипэктомия желудка, толстого кишечника; пластика послеоперационных вентральных, паховых грыж полипропиленовыми имплантатами по методике Лихэнштейна; диагностические лапароскопии с проведением щипцовой биопсии при очаговых и диффузных поражениях печени.

В госпитале работает высокопрофессиональный коллектив: 66% врачей и 63% медицинских сестер имеют высшую и первую квалификационную категории. Специалисты госпиталя обучены вопросам гериатрии и медицинской реабилитации, что обеспечивает грамотную организацию проводимых реабилитационных мероприятий. Большинство врачей госпиталя имеют сертификаты по смежным специальностям. Врачи хирурги и анестезиологи владеют эндоскопическими методами исследования, врачи урологи, терапевты имеют сертификаты по ультразвуковой и функциональной диагностике, врачи неврологи обучены методам рефлексотерапии, озонотерапии, мануальной терапии, физиотерапевт-лечебной физкультуре.

В госпитале непрерывно совершенствуются информационные технологии по контролю за качеством оказываемой медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. Это позволяет оперативно реагировать на выявляемые изменения в оказании медицинской помощи, повышать качество и доступность медицинских услуг для них. Созданный «Регистр ветеранов Великой Отечественной войны» дает возможность в режиме реального времени осуществлять взаимодействие между медицинскими организациями Алтайского края, участвующими в оказании медицинской помощи ветеранам войн пожилого и старческого возраста. «Регистр» позволяет осуществлять анализ охвата комплексными медицинскими осмотрами данной категории граждан, уровень их заболеваемости, инвалидизации, потребности в различных видах медицинской помощи, контроль за проведением лечебно-оздоровительных мероприятий.

Наши специалисты в течение года активно выезжают в районы края для осуществления консультативной помощи, отбора ветеранов пожилого и старческого возраста на плановое лечение в госпиталь, должного контроля за оказанием медицинской помощи данной категории граждан.

Госпиталь является клинической базой для кафедр ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», сотрудники которого оказывают консультативную помощь ветеранам, находящимся на лечении, участвуют в разработке реабилитационных программ для пациентов старших возрастных групп.

Ежегодно на базе госпиталя проводятся обучающие семинары и конференции для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, ответственных за организацию медицинского обслуживания ветеранов. Сотрудники госпиталя совместно с кафедрой восстановительной медицины ФГБОУ ВО «АГМУ» занимаются разработкой методических рекомендаций для лечебных учреждений края.

Результатом проводимой коллективом госпиталя работы является повышение доступности медицинской помощи и улучшение качества жизни наших ветеранов. Накопленный опыт работы с лицами пожилого и старческого возраста по вопросам гериатрии и медицинской реабилитации обеспечивают грамотный подход в лечении ветеранов, подборе для них индивидуальных (с учетом их возможностей) программ реабилитации.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Иванова М.А.¹, Одиноц А.В.², Сачек О.И.¹

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва

*³ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»,
г. Ставрополь*

Актуальность: в связи с повсеместным постарением населения состояние здоровья лиц нетрудоспособного возраста представляет одну из актуальных проблем ученых и практического здравоохранения.

Целью исследования явился анализ современной ситуации по первичной заболеваемости населения нетрудоспособного возраста Ставропольского края.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ заболеваемости населения нетрудоспособного возраста (женщины старше 55 и мужчины старше 60 лет) Ставропольского края по данным форм федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за период с 2010 по 2016 гг.. Статистическая обработка

данных осуществлялась с помощью лицензионных программ MS Excel 2013–2016, STATISTICA 6.1. Для анализа основных показателей использованы математический, библиографический и описательный методы статистики.

Результаты исследования: За анализируемый период число впервые в жизни зарегистрированных болезней среди ЛНТВ Ставропольского края выросло на 24,7% (с 32890,8 до 41007,8 на 100 000 нас. соответствующего возраста). Наиболее высокие показатели заболеваемости в данной группе населения на всем протяжении анализируемого периода были вследствие болезней органов дыхания (J00-J99) (с 10684,7 в 2010 до 12989,2 в 2016 г. на 100 000 соотв. нас.), которые за последние шесть лет выросли на 21,6%. В структуре впервые выявленных болезней в данной возрастной группе болезни органов дыхания занимают более одной трети (от 32,5 до 31,7%).

На втором месте по значимости показателей травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98), которые за анализируемый период выросли на 25,2% (с 5313,1 до 6650,0 на 100 000 соотв. населения), что превышает рост в целом среди ЛНТВ в 3,3 раза (25,2% против 7,6%). На третьем месте класс болезней системы кровообращения (I00-I99). Заболеваемость по данному классу болезней при этом также выросла на 32,9% (с 4090,0 до 5434,4 на 100 000 соотв. населения).

Зарегистрирован рост заболеваемости среди ЛНТВ по таким классам болезней, как: болезни эндокринной системы (E00-E90) (на 62,4%), болезни органов пищеварения (K00- K93) (на 61,5%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) (на 5,9%), болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59) (на 37,0%), болезни мочеполовой системы (N00-N99) (76,7%), болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95) (на 56,7%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99) (на 53,5%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, влекущие иммунный механизм (D50-D89) (на 66,6%). При этом уменьшились показатели заболеваемости по таким классам болезней, как новообразования (C00-D48) (на 36,6%), психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (на 74,8%), болезни нервной системы (G00-G99) (на 1,7%).

Выросла доля некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 1,2 раза (с 2,1 до 2,6%), болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, влекущих иммунный механизм (D00-D89) в 1,5 раза (с 0,2 до 0,3%), болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90) в 1,3 раза (с 2,0 до 2,5%), болезней глаза и его придаточного аппарата (H00-H59) в 1,1 раза (с 5,1 до 5,6%), болезней уха и сосцевидного отростка (H60-H95) в 1,3 раза (с 2,9 до 3,7%), болезней органов пищеварения (K00-K93) в 1,3 раза (с 2,4 до 3,1%), болезней мочеполовой системы (N00-N99) в 1,4 раза (с 4,4 до 6,3%).

Уменьшилась доля таких классов болезней, как психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) в три раза (с 0,3 до 0,1%), болезни нервной системы (G00-G99) в 1,3 раза (с 1,8 до 1,4%), болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99) в 1,0 раза (с 6,1 до 5,9%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) в 1,2 раза (с 4,6 до 3,9%).

Таким образом, за анализируемый период первичная заболеваемость населения нетрудоспособного возраста Ставропольского края выросла на 24,7% (с 32890,8 до 41007,8 на 100 000 соотв. нас.). Наиболее высокие показатели заболеваемости на всем протяжении анализируемого периода прослеживались по болезням органов дыхания (с 10684,7 до 12989,2 на 100 000 соотв. нас.). На втором месте травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (с 5313,1 до 6650,0 на 100 000 соотв. нас.), на третьем – болезни системы кровообращения (с 4090,0 до 5434,4 на 100 000 тыс. нас.).

В структуре первичной заболеваемости одну треть занимали болезни органов дыхания (от 32,5 до 31,7%), на втором месте – травмы, отравление и некоторые другие причины воздействия внешних причин (16,2%), на третьем – болезни системы кровообращения (от 12,4 до 13,2%).

ИННОВАЦИОННЫЕ GERONTOTEХНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Ильина И.К.

ООО «Несиделки», Санкт-Петербург

В какой бы ситуации не оказался человек, неспособный в той или иной степени самостоятельно себя обслуживать, комфортное существование ему обеспечивают социальные работники, медицинские сестры, специалисты по уходу, санитарки, сиделки, родственники. Насколько пожилой человек неспособен себя обслуживать самостоятельно,



но, настолько ресурсозатратным становится уход за ним. Компания ООО «Несиделки» оказывает коммерческие услуги по уходу за больными на дому уже более 8 лет. Для оптимизации процессов ухода за гериатрическими пациентами мы используем инновационные геронотехнологии, которые позволяют облегчить труд сиделок, экономят их время и силы, повышают удовлетворенность работой, поднимают качество и скорость обслуживания пациентов. Для облегчения труда мы используем два пути. Первый – повышаем степень самостоятельности пациента при помощи средств бытовой адаптации.



Второй – снабжаем персонал вспомогательными техническими средствами и обучаем навыкам эргономичного перемещения малоподвижных пациентов. Данная методика широко употребляется на западе, но, к сожалению, мало использовалась в нашей стране из-за дороговизны технического оснащения. В настоящий момент мы решили проблему и существенно снизили стоимость средств для перемещения пациентов, наладив их собственное производство в Санкт-Петербурге на основе импортозамещающих технологий,

за что получили Благодарность Губернатора Санкт-Петербурга Г.С. Полтавченко и звание «Лучший Предприниматель Санкт-Петербурга–2016». Наши изделия для ухода за больными уже используются во многих пансионатах для пожилых людей, получили прекрасные отзывы и высокую оценку персонала. Вот лишь



некоторые средства, облегчающие обслуживание маломобильных пациентов. Пояс для перемещения пациента – застегивается на талии. Пояс имеет петли, цепляясь за которые, сиделка может приподнять больного из положения сидя. Все движения сиделка должна выполнять с прямой спиной. Пояс также можно использовать для

страховки пациента во время ходьбы.

Поворотный диск для пересаживания больных предназначен для облегчения поворота пациента при перемещении. Диск помещают на сиденье, либо на пол под ноги больного. Изделие состоит из



двух частей, которые поворачиваются относительно друг друга на 360 градус

сов. Прослойка суперскользящей ткани помогает распределять вес и спокойно поворачивать даже самых

грузных больных. Снизу материал диска прорезиненный для лучшего сцепления с поверхностью, сверху – нескользящий нейлон.

Подушка с подлокотниками для усаживания больных заменяет подголовник функциональной кровати. При помощи такой подушки можно усадить пациента, который самостоятельно не держит спину. Посадка необходима чтобы накормить в кровати, разнообразить досуг, увеличить угол обзора помещения. Постинсультному больному подлокотники помогают уложить



парализованную руку, избежать провисания плеча. Кроме того, подлокотники помогают не заваливаться на бок. Подушка наполнена шариками из пенополистирола, которые принимают форму тела. В медицинские учреждения подушка поставляется в водонепроницаемом чехле, пригодном для дезинфекции. Скользкая простыня для перемещения лежачего больного в кровати – двухслойное изделие из суперскользящей и прочной ткани, которое выдерживает нагрузку до 130 кг. Ткань имеет силиконовую пропитку, которая не теряет своих свойств даже после кипячения. Для перемещения простыня подкладывается под пациента. Потянув верхний слой простыни за край, можно с легкостью пододвинуть больного к изголовью кровати, либо развернуть в кровати, чтобы посадить. Простыня также используется в условиях стационара для перекладывания пациента с каталки в кровать. После перемещения простыню надо вынуть из-под больного, во избежание произвольного сползания с кровати. Подушка для позиционирования больных служит для профилактики осложнений, вызванных длительным лежачим положением: отеков, пролежней, контрактур. Снимает нагрузку с коленных, тазобедренных, локтевых суставов, обеспечивает их правильное положение. Расслабляет мышцы плечевого пояса и шеи, голени, бедра. Помогает лечить пролежни на крестце и между коленей. Активизирует двигательные навыки пациента при частой смене положения тела. Обеспечивает эргономичное положение на спине, на боку и в положении Симса (промежуточное между положением на боку и на животе). За счет уникальной формы ассиметричной подковы, заменяет собой целый набор подушек, который обычно используется при сестринском уходе. Наполнена шариками пенополистирола, которые принимают форму тела, обеспечивают комфорт пациенту.



Предотвращение падений – одна из главных задач в работе сиделки. Ведь костный аппарат пожилого человека сильно подвержен переломам. Их заживление довольно длительное и болезненное, иногда приковывает пациента к постели или требует дорогостоящих операций. Использование вспомогательных средств дает ухаживающему персоналу уверенность за

сохранность здоровья пациента во время ночного дежурства. Страховочный пояс от падения необходим при отсутствии специальных бортиков у кровати. Пояс привязывается к бортам кровати и застегивается на талии пациента. Он позволяет пользователю поворачиваться с боку на бок и даже садиться, но не позволит ночью упасть.

Таким образом, использование инновационных геронотехнологий на основе импортозамещения в системе гериатрического ухода позволяет не только повысить качество жизни самих пациентов, но и уделить должное внимание здоровью ухаживающего персонала, а именно, своевременно предупредить профессиональное выгорание, преждевременное снижение профессиональной работоспособности и ускоренное старение сотрудников. Используя современные геронотехнологии, вы экономите материальные и человеческие ресурсы внутри своей организации. В то же время, улучшая качество жизни старшего поколения, Вы экономите ресурсы в масштабах государства. Описанные в статье изделия производятся компанией ООО «Несиделки», оптовые заявки принимаются по почте: zabota-market@mail.ru, розничные – на сайте: www.zabota-market.ru, адрес магазина-салона и склада: Санкт-Петербург, ул. Таврическая, д. 17, офис 103, тел.: (812) 640-1-630.



Не сидеть сложа руки!
«НЕСИДЕЛКИ»

ВЛИЯНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, ВЫЯВЛЕННОГО В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Киселева Г.В.¹, Фролова Е.В.², Рафальская К.А.¹

*¹ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России
«Центр Семейной Медицины», Санкт-Петербург*

*² ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России
«Кафедра Семейной Медицины», Санкт-Петербург*

Актуальность: По данным исследований, распространенность симптомов недержания мочи у лиц старше 65 лет в

Санкт-Петербурге достигает 41,4%. Тем не менее, частота обращений за медицинской помощью по поводу недержания мочи низкая. Эта проблема, несомненно, оказывает негативное влияние на качество жизни в стремительно растущей группе пожилых людей. Пациенты с недержанием мочи жалуются на ограничение повседневной активности, социальной жизни и ухудшение личных отношений, однако они в течение продолжительного периода времени не обращаются за медицинской помощью вследствие отсутствия веры в эффективные методы лечения. Специалисты первичного звена системы здравоохранения находятся в более благоприятных условиях для того, чтобы проводить скрининг недержания мочи и назначить базисное терапевтическое лечение. Однако сегодня врач общей практики слишком занят и нагрузка на него продолжает увеличиваться. Любой механизм, который облегчит и сделает более эффективным скрининг и лечение пациентов с недержанием мочи увеличит вероятность того, что эта проблема будет решаться. Лучшим способом выявления больных с недержанием мочи был бы доступный, быстрый и легко интерпретируемый метод структурированного подхода к оценке проблем пожилых пациентов.

Цель: С помощью структурированного опроса и компьютерной программы комплексной оценки выявить наличие инконтиненции (недержание мочи) и разработать рекомендации по разрешению этой проблемы.

Материалы и методы: Данное исследование является частью проекта «Комплексного подхода к выявлению гериатрических синдромов и улучшению качества жизни у лиц пожилого и старческого возраста в общей врачебной практике» и является поперечным одномоментным. Для участия в нем было отобрано случайным образом 200 человек из 680 пациентов, старше 65 лет, прикрепленных к врачам общей практики Центра семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В выборке 85% составляли женщины. С целью оптимизации процесса была использована программа структурированного подхода к оценке проблем пожилых и старых пациентов. Это веб-программа (www.geristeps.ru) включающая опрос по

четырнадцать важным проблемам пожилых людей, которые можно скорректировать и для которых разработаны планы лечения.

Результаты: Из числа респондентов более 70% имели ту или иную степень недержания мочи. В ходе исследования выделены три группы пациентов. К первой группе мы отнесли лиц, не имеющих выраженных проблем и которым необходимы только профилактические мероприятия, такие как, упражнения для тазовых мышц, рациональный питьевой режим. Ко второй – тех, кто пока не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях, но имеет неудовлетворительные, пограничные показатели состояния здоровья: пациенты с урологическими, гинекологическими заболеваниями, с выявленной инфекцией мочевыводящих путей, принимающие большие дозы мочегонных препаратов и требующие регулярного наблюдения у гинеколога и/или уролога. Части пациентов рекомендовано было вести дневник мочеиспусканий и тренировки мочевого пузыря, у женщин с опущением стенок влагалища производилась постановка пессария, назначалось этиотропное лечение, коррекция схем приема лекарственных препаратов. К третьей отнесли тех, кому необходимы назначение медикаментозной терапии (М-холинолитики, α -адреномиметики, симпатомиметики, $\alpha 1$ -адреноблокаторы, антидепрессанты и т.д.), оперативное вмешательство, средства технической реабилитации. Проведенное исследование показало, что жалобы на недержание мочи по данным опроса предъявили 152 женщины из 200 опрошенных; 34% из них отметили эпизоды подтекания мочи. У 98% женщин, с выявленной проблемой, непроизвольное мочеиспускание происходило при кашле, чихании и поднятии тяжестей. В 2% недержание мочи было вызвано радикальной гинекологической операцией (экстирпация матки с придатками). Недержание мочи у пожилых мужчин, из числа опрошенных, выявлено у 6% – «парадоксальная ишурия», и было вызвано выраженной степенью аденомы предстательной железы. Из всех опрошенных только 13% консультировались по этому поводу с врачом общей практики и 4% обратились за помощью к узкому специалисту (урологу, гинекологу), остальные или считали подобное состояние вполне допустимым, либо его игнорировали и скрывали. Преобладающее количество, а именно 73% опрошенных, предпочитало обсудить данную проблему с врачом

общей практики, а не с узким специалистом, так как чувствовали к нему большее доверие и не испытывали стеснения. Сочетание недержания мочи у пожилых пациентов с нарушениями способности к самообслуживанию привело к развитию инфекции мочевыводящих путей у 47% и пролежней у 2% среди опрошенных. При анализе амбулаторных карт более, чем у 14% пациентов с недержанием мочи были зафиксированы госпитализации в стационар чаще 2-х раз в год, самыми частыми причинами были: острая задержка мочеиспускания, инфекция мочевыводящих путей. У 52% пациентов с выявленным недержанием отмечались признаки социальной изоляции и депрессии. У 84% мужчин и 63% женщин с недержанием выявлены нарушения сна, связанные с ночными позывами на мочеиспускание.

Выводы:

Устранение или уменьшение ограничений жизнедеятельности при назначении лекарственных препаратов от недержания мочи, средств технической реабилитации, оперативного вмешательства улучшило не только прогноз выживаемости данной категории пациентов, но и показатели психического благополучия в связи с уменьшением зависимости от постороннего ухода, уменьшением частоты госпитализаций.

1. Отношение пожилых людей к проблеме недержания мочи как неотъемлемому признаку старения приводит к тому, что в публикациях и в статистике распространенность явления занижена.

2. Позднее выявление инконтиненции и несвоевременное лечение приводило к развитию пролежней, социальной изоляции, зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

3. Разработанная веб-программа способствует повышению эффективности диагностического и оценочного процесса с целью выявления неудовлетворенных проблем пожилых пациентов.

ПРОБЛЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА СТАЦИОНАРА

*Коржавина Н.А., Хабибрахманова Н.С., Зыкова Т.А., Каюмова И.И., Петрова Г.П.
ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа*

Актуальность. Тенденция старения населения актуальна в настоящее время. В Башкортостане Правительством республики уделяется особое внимание проблеме пожилых людей. ГБУЗ РКГВВ является еще и геронтологическим центром.

Цель. Изучить особенности обследования и лечения пациентов старших возрастных групп в условиях неврологического отделения стационара ГБУЗ РКГВВ.

Материал и методы. В исследование были включены 1426 пациентов (материал 2016 года) в возрасте от 66 лет до 91 года. Сбор анамнеза заболевания у пожилых и старых людей имеет особенности. К ним относятся нарушения памяти, затрудняющие уточнение времени возникновения первых симптомов болезни. Анамнестические сведения необходимо получить не только у самого больного, но и у его близких, что особенно актуально у больных с деменцией. Оценка неврологического статуса у пациентов старших возрастных групп требует большого внимания и терпения. Важной частью клинического осмотра больных является оценка соматического статуса, возможно сочетание неврологических и соматических заболеваний и их взаимовлияние.

Изменения со стороны черепных нервов редко связаны с нормальным старением, однако у здоровых пожилых людей можно выявить симметричное снижение зрения (последнее, как правило, связано с нарушениями рефракции); часто отмечается сужение зрачков, снижение реакции на аккомодацию и иногда — легкое ограничение взора вверх и конвергенции глазных яблок. Изменения полей зрения и глазного дна однозначно носят патологический характер. Серьезные нарушения со стороны зрительного анализатора у пожилых часто связаны с катарактой, глаукомой или макулярной дегенерацией. Снижаются обоняние и вкус. Нередко определяется ослабление слуха. Недоучет возможного наличия тугоухости может привести к

ошибочному предположению о наличии у пациента деменции. Следует осматривать больных в удобной обстановке, чтобы слуховые и зрительные стимулы не отвлекали их внимание, говорить медленно и громко, при необходимости — повторять фразы.

Неврологический осмотр обязательно включает оценку ходьбы. У пожилых пациентов походка становится замедленной, отмечается тенденция к общей флексии, дорсальный кифоз, легкая флексия бедер и коленей. Существует несколько возможных причин сенильной походки: патология базальных ганглиев, мозжечка, уменьшение количества нервных волокон в задних столбах спинного мозга, гидроцефалия.

В пожилом и старческом возрасте снижается амплитуда глубоких рефлексов, могут отсутствовать ахилловы рефлексy, однако у подавляющего числа лиц с отсутствием ахилловых рефлексов имеются заболевания, которые потенциально могут привести к этому симптому (сахарный диабет, радикулопатия, полиневропатии другой этиологии и т. д.). Нельзя считать проявлением нормального старения отсутствие коленных рефлексов или глубоких рефлексов с верхних конечностей. Оживление глубоких рефлексов на руках у пожилых людей, даже при отсутствии какой-либо другой неврологической симптоматики, часто является признаком цереброваскулярной недостаточности или метаболических расстройств, чаще связанных с дегидратацией [Godwin-Austen, Bendall, 1990]. Асимметрия сухожильных рефлексов является признаком патологическим. У пожилых пациентов нередко отсутствуют брюшные рефлексy. Разгибательные подошвенные рефлексy однозначно указывают на патологию пирамидных путей. Важное диагностическое значение имеет наличие фасцикуляции, в том числе и в мышцах языка, однако изолированные редкие фасцикуляций в икроножных мышцах не обязательно свидетельствуют о наличии патологического процесса. Поверхностная чувствительность и мышечно-суставное чувство не меняются; может выявляться снижение вибрационной чувствительности в дистальных отделах ног.

Большое внимание при обследовании пожилых людей необходимо уделять оценке психического статуса. В процессе предварительной беседы, сбора анамнеза, осмотра уточняется состояние памяти, мышления, эмоциональной сферы.

В нашем отделении при поступлении на стационарное лечение, проводится скрининговое исследование лицам старше 60 лет по программе «Возраст не помеха», предлагается ответить на семь вопросов. Ответ дается односложный: да, нет. Тест оценивается в баллах. Если набирается три и более баллов, пациент признается «хрупким». Врач невролог при первичном осмотре пациента старшей возрастной группы проводит гериатрическую оценку по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Барте-ла), шкале повседневной инструментальной активности, шкале оценки психического статуса (MMSE), проводится тест рисования часов. После проведения тестов, при необходимости, назначается дополнительное обследование, в том числе консультация психиатра. Параклинические методы исследования следует применять строго по показаниям. При необходимости используются методы нейровизуализации (КТ).

Одним из сложных вопросов ведения больных пожилого и старческого возраста является их лечение, так как эти пациенты страдают, как правило, несколькими хроническими заболеваниями, требующими соответствующей фармакотерапии, что приводит к вынужденной полипрагмазии. Причинами осложнений лекарственной терапии являются возрастные расстройства функции ЦНС и внутренних органов. Снижение функции почек замедляет экскрецию препаратов. Очень важным аспектом фармакотерапии является точное выполнение пациентом предписаний врача. Это касается дозы препаратов, периодичности их приема, длительности курса. В ГБУЗ РКГВВ работает отделение лекарственного обеспечения пациентов госпиталя. Строго в назначенное время медицинская сестра приносит лекарственные препараты пациенту, в ее присутствии пациент осуществляет прием медикаментов. Препараты назначаются с учетом индивидуального подбора. При лечении пациентов старше 60 лет совместно с медикаментозной терапией успешно применяется немедикаментозные методы: физиотерапия, ЛФК, щадящий массаж, ИРТ, эрготерапия.

Отделение работает в тесном контакте с поликлиникой госпиталя. Соблюдается преемственность работы амбулаторного невролога, врача гериатра, невролога стационара.

В настоящем году в штат госпиталя принят социальный работник. Его задачей является организация медико-социальной помощи пожилым.

Результаты. С учетом вышеизложенных особенностей, удастся добиться улучшения качества жизни пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Лечение заболеваний нервной системы всегда считалось одной из наиболее трудных задач, в связи со сложностью структурно-функциональной организации нервной системы. Большое влияние на течение болезней имеет преморбидный фон, наслаивающаяся соматическая патология, особенно с увеличением возраста пациентов. Укрепление здоровья и увеличение продолжительности активного периода жизни человека рассматриваются как важные социальные задачи нашего общества. Неврологическое отделение ГБУЗ РКГВВ, совместно с другими структурами учреждения, ведет работу над поставленными задачами гериатрии, что является необходимым условием для увеличения продолжительности здоровой, качественной, полноценной жизни пациентов старших возрастных групп.

ОБУЧЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЙ РЕСУРС СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПЕНСИОНЕРОВ

Круглянская Л.Я.

ЧОУ ВО «Балтийский гуманитарный институт», Санкт-Петербург

12 августа 2014 года Правительством Санкт-Петербурга введено в действие Постановление «Об утверждении порядка направления незанятых граждан, которым в соответствии с законодательством Российской Федерации назначена страховая пенсия по старости и которые стремятся возобновить трудовую деятельность, для прохождения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования». В связи с этим в городских центрах занятости стали формироваться группы пенсионеров для направления на переобучение или получение дополнительного профессионального образования.

Целью нашего исследования было изучение мотивации к обучению пенсионеров, а также влияние обучения на социально-психологическую адаптацию людей пожилого возраста к новым социально-экономическим и социокультурным условиям.

Исследование проводилось на базе Учебного центра «Педагогический альянс», который занимается обучением лиц, направленных городскими центрами занятости. В исследовании приняло участие 86 пенсионеров, обучающихся по специальностям «Бухгалтер», «Дело-производитель», «Социальный работник», «Флорист». Для изучения мотивации к обучению была выбрана методика «Оценка удовлетворенности потребностей методом парных сравнений», а для изучения социально-психологической адаптации использовались «Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда [3], метод анкетирования, метод наблюдения и контент-анализ [3, 4].

В результате изучения мотивации выяснилось, что, вопреки сложившимся стереотипам, удовлетворение материальных потребностей не является приоритетным. Еще проведенные в 1977 г. А.А. Дыскиным и соавторами исследования выявили, что социальные мотивы продолжения профессиональной деятельности являются ведущими у небольшой части пожилых людей, достигших пенсионного возраста, – всего лишь 36%. Для этих людей потребность трудиться была аксиомой, они были глубоко убеждены в необходимости трудовой деятельности до тех пор, пока позволяет здоровье, увлечены работой, осознавали ее как гражданский долг. Мужчины больше, чем женщины высказывали удовлетворение от продолжения профессиональной деятельности как средства заполнения времени работой, так как они не были воспитаны в умении заполнять свой досуг, не имели практически никаких других интересов, кроме работы.

Наше исследование показало, что на первом месте у пенсионеров стоит желание в удовлетворении социальных потребностей – 43%, удовлетворение материальных потребностей – 38%, потребность в безопасности – 15%, потребность в уважении – 3%, и только 1 человек стремился к самореализации (пенсионерка, обучающаяся на флориста).

И, хотя современные пенсионеры уже не так идеологизированы и не воспринимают труд как гражданский долг, тем не менее, материальные потребности все же уступают потребностям социальным. У людей пенсионного возраста ярко выражена потребность в общении, желание делиться своим опытом и знаниями, просто быть востребованными. До недавнего времени считалось, что, в отличие от мужчин, женщины с удовольствием уходят на пенсию, посвящая себя семье, внукам, даче и т. п. Однако современные пенсионерки уже не хотят полностью отдаваться семейным проблемам, а стремятся быть активными членами общества, принимать участие во всевозможных культурно-массовых и даже политических мероприятиях.

Это же показало и изучение социально-психологической адаптации к обучению и дальнейшей профессиональной деятельности. Наибольший интерес вызвали не столько профилирующие, сколько психологические дисциплины. Пенсионеры с удовольствием участвовали в тренингах, учились вести беседу, проводить переговоры, разрешать конфликтные ситуации, и даже формировать имидж для различных социальных ситуаций.

Особую роль в обучении и социально-психологической адаптации играет изучение современных компьютерных технологий. Компьютерное обучение позволяет не только научиться работать в профессиональных программах, но и существенно расширить социальные возможности. Освоив интернет и социальные сети, в частности, пенсионеры получили возможность общаться, заводить новых друзей, участвовать в обсуждениях социокультурных, политических и экономических проблем общества, и даже устраивать личную жизнь, [2]. Так, например, сейчас развивается одно из волонтерских движений – «виртуальные внуки». Пожилые и старые люди в домах престарелых могут общаться по скайпу с «виртуальными внуками» и тем самым уже не чувствовать себя одинокими и ненужными. К тому же, знание компьютерных технологий позволяет людям с ограниченными возможностями, например, по болезни, работать на дому и, следовательно, обеспечивать себя материально.

Таким образом, изучение влияния обучения на социально-психологическую адаптацию лиц пенсионного возраста позволило сделать следующие выводы:

1. Обучение позволяет пенсионерам не только получить современное образование, но и существенно расширить область профессионального применения своих знаний, умений и навыков.

2. Через обучение пенсионеры получают новый опыт профессионального взаимодействия и расширяют возможности профессиональной и личностной реализации.

3. Обучение дает возможность пенсионерам адаптироваться к изменяющимся социально-экономическим условиям и жестким требованиям рынка, что делает их конкурентоспособными на рынке труда.

4. Обучение способствует развитию коммуникативных навыков, социальной адаптации и, в конечном итоге, ощущению себя полноценным членом общества.

Все выше сказанное позволяет утверждать, что обучение является мощным ресурсом социально-психологической адаптации и к новым реалиям, и к пенсионному возрасту в частности. Этот ресурс целесообразно более широко использовать социальным службам, работающим с людьми пожилого возраста.

Список использованной литературы:

1. Дыскин А.А., Решетюк А.Л. Здоровье и труд в пожилом возрасте. – М.: Медицина, 1988.

2. Круглянская Л.Я., Титов Л.С. Современные компьютерные технологии в системе инклюзивного образования // В сборнике: «Проблемы психолого-педагогической работы в современном образовательном учреждении». – ООО «НИЦ АРТ», СПб, 2017. – С. 464-467.

3. Осницкий, А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. – 2004. – N 1. – С. 43-56.

4. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2003 – 448 с.

5. Социальная геронтология. / Под общей редакцией Яцемирской Р.С. – М.: Издательство МГСУ «Союз», 1998. – 275 с.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Максютова С.С.¹, Максютова Л.Ф.¹, Фрид С.А.¹, Мустафин Х.М.²,
Максютова А.Ф.¹, Бакулина И.А.², Кудрявцева И.В.², Фаррахова Ф.И.²
¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
МЗ России, Уфа

²ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», Уфа

Актуальность. Коронарный атеросклероз не всегда проявляется клиническими симптомами, поэтому иногда может быть диагностирован только при проведении дополнительных инструментальных методов диагностики. По данным литературы безболевая ишемия миокарда (БИМ) может встречаться не менее, чем у 40% больных со стабильной стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом. Конечными «точками» БИМ могут стать внезапная коронарная смерть, инфаркт миокарда, стенокардия, причем летальность у таких больных в 4-5 раз выше. В современных рекомендациях Американской ассоциации сердца придается существенное прогностическое значение выявлению БИМ.

Цель. Изучить прогностическую значимость и особенности выявления эпизодов БИМ у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), не имеющих клинических признаков стенокардии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 42 больных (20 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 66 до 85 лет (средний возраст $74,8 \pm 4,2$ года). Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и эхокардиографию проводили всем больным. Критерием БИМ считалось горизонтальное и косонисходящее смещение сегмента ST не менее чем на 1 мм от изолинии через 80 мс и более от точки j продолжительностью более 1 мин или элевация сегмента ST при отсутствии болевого синдрома. У всех пациентов отмечались признаки ХСН III ФК (NYHA) на фоне документированной ИБС, которая проявлялась в анамнезе стабильной стенокардией III ФК и нарушениями ритма сердца в виде пароксизмов фибрилляции предсердий и желудочко-

вых экстрасистол 2 и 3 классов по Лауну. 20 больных имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у 10 пациентов отмечался сахарный диабет 2 типа. Все больные получали активную антиангинальную терапию, согласно рекомендациям РКО (2015), результатом которой было отсутствие приступов стенокардии.

Результаты. Показатели внутрисердечной гемодинамики выявили вполне удовлетворительное состояние сократительной функции миокарда, несмотря на наличие клинических признаков ХСН. Так, величина фракции выброса составила $54,9 \pm 3,1\%$ в среднем; толщина межжелудочковой перегородки была в среднем $1,53 \pm 1,1$ см, а толщина задней стенки левого желудочка $1,23 \pm 0,7$ см. У 60,5% больных (23 человека) сохранялись нормальные размеры полости левого желудочка, между тем, дилатация левого предсердия была выявлена у всех пациентов, и, в среднем, составила $4,25 \pm 0,6$ см. Результаты ХМ ЭКГ позволили выявить наличие безболевых эпизодов ишемии миокарда у 35 больных (83,3%) в виде депрессии сегмента ST. У одного пациента с сахарным диабетом была зарегистрирована элевация сегмента ST длительностью 5 минут на фоне синусовой тахикардии (ЧСС 104 -140 уд/мин) в дневные часы. Эпизоды БИМ в виде депрессии сегмента ST чаще сопровождалась различными аритмиями. У 20 больных (47,6%) БИМ регистрировалась на фоне синусовой тахикардии (средняя ЧСС $116,2 \pm 1,5$ уд/мин), которая возникала в дневные часы и была связана как с психической, так и с психо-эмоциональной нагрузками, продолжительностью от 3 до 55 минут (в среднем $22,8 \pm 2,8$ мин) и средней глубиной депрессии $1,7 \pm 0,8$ мм. У трех больных депрессия ST возникала на фоне пароксизмов фибрилляции предсердия (ЧСЖ 126 уд/мин). У 13 больных (30,9%) БИМ наблюдалась на фоне желудочковой экстрасистолии; средняя продолжительность БИМ составила $4,9 \pm 1,7$ мин, средняя величина депрессии $1,58 \pm 0,6$ мм.

Выводы. Выявление эпизодов БИМ свидетельствует об интенсивности ишемических изменений у пациентов с ХСН на фоне сохраненной систолической функции левого желудочка, отягощает прогноз развитием электрической нестабильности миокарда и характеризует наличие значимого фактора сохранения диастолической дисфункции миокарда.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Максютова С.С.¹, Мустафин Х.М.², Максютлова А.Ф.¹, Фрид С.А.¹,
Максютова Л.Ф.¹, Бакулина И.А.², Кудрявцева И.В.², Хусаинова А.Г.²,
Долганов М.И.²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
МЗ России, Уфа

²ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», Уфа

Актуальность. В настоящее время в общей популяции увеличивается доля лиц в возрасте 75 лет и старше. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является частым осложнением ишемической болезни сердца (ИБС) у больных пожилого и старческого возраста. У данного контингента пациентов повышается чувствительность к катехоламинам, снижается концентрация адренергических медиаторов в миокарде. Ослабление обратного захвата катехоламинов приводит к более длительной их циркуляции, что вызывает удлинение адренергических реакций. Все эти изменения ограничивают адаптационные возможности организма при старении и способствуют развитию и прогрессированию ХСН. В условиях полиморбидности, характерной для больных пожилого и старческого возраста, предпочтения следует отдавать кардиоселективным бета-адреноблокаторам, которые вызывают меньше побочных эффектов.

Цель работы. оценить клиническую эффективность кардиоселективного бета-блокатора небиволола в комплексном лечении больных ИБС пожилого и старческого возраста, осложнившейся ХСН, его влияния на показатели центральной, внутрисердечной гемодинамики и качество жизни.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 55 больных (35 женщин и 20 мужчин) в возрасте 66-89 лет (средней возраст мужчин 76,7±5,4 лет, женщин – 80,2±5,2 лет), страдающих ИБС, стенокардией напряжения II-III ФК, ХСН II-III ФК по NYHA. Постинфарктный кардиосклероз давностью 4-12 лет был диагностирован у 30 (54,5%) пациентов. Всем больным проводилось лечение

ингибиторами АПФ, диуретиками, антиагрегантами, антагонистами минералкортикоидных рецепторов, нитратами (по показаниям). 10 больных (18,2%), страдающих постоянной формой фибрилляции предсердий тахисистолического типа, получали дигоксин. Всем больным проводилось физикальное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, определение толерантности к физической нагрузке пробой 6-ти минутной ходьбы, оценка качества жизни с помощью SF-36 Health Status Survey и Миннесотского опросника. Анализировались конечно-диастолический и конечно-систолический размеры (КДР и КСР) левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки, толщина задней стенки ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ, миокардиальный стресс, индекс относительной толщины стенки ЛЖ в диастолу. Всем пациентам дополнительно был назначен небиволол, начиная с дозы 2,5 мг 1 раз в день с постепенным увеличением до 5 мг в сутки. Длительность наблюдения составила от 3 до 4 недель.

Результаты. У всех пациентов отмечалось улучшение самочувствия: уменьшилась одышка при физической нагрузке, отеки нижних конечностей. При обследовании больных наблюдалось уменьшение и исчезновение застойных хрипов в легких, снижение систолического артериального давления с $150,5 \pm 25,8$ до $122,5 \pm 20,7$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) и диастолического артериального давления с $95,8 \pm 11,8$ до $78,6 \pm 12,4$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Частота сердечных сокращений снизилась с $98,8 \pm 10,5$ до $72,5 \pm 9,6$ ударов в минуту ($p < 0,05$). Толерантность к физической нагрузке повысилась в 1,35 раза, ФК ХСН снизился на 24%. Качество жизни – улучшение мобильности и социальной активности – повысилось у 35 (63,6%) больных. При анализе исходных параметров ЭхоКГ отмечалось снижение ФВ у 25 (45,4%), увеличение КДР и КСР у 29 (52,7%) больных. Концентрическое ремоделирование (КР) наблюдалось у 21 (38,2%), концентрическая гипертрофия (КГ) у 25 (45,4%), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) у 11 (20%) пациентов. В результате лечения ФВ ЛЖ увеличилась с $40,5 \pm 5,3\%$ до $46,8 \pm 5,6\%$ ($p < 0,05$). Уменьшилось число больных с КГ и ЭГ на 16,7% и 9,2%, соответственно, и возросло число пациентов с КР на 33,3%.

Выводы. Включение небиволола в комбинацию базисной терапии при лечении пациентов пожилого возраста с ИБС, осложнившейся ХСН, улучшает клиническое состояние, гемодинамические пока-

затели, систолическую и диастолическую функции миокарда ЛЖ, повышает толерантность к физической нагрузке, стабилизирует изменения адаптивного характера и приводит к улучшению качества жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИО-КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Мелёхин А.И.

*Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГБУН Институт психологии Российской Академии наук, лаборатория
психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях*

Большинство психических (шизофрения, биполярное расстройство, большой эпизод депрессии) и неврологических (лобно-височная деменция, болезнь Альцгеймера, Паркинсона, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, инсульт, тяжелая черепно-мозговая травма) расстройств сопровождаются изменениями в социо-когнитивных функциях [1,2,5,6].

Социо-когнитивные функции включают: восприятие экспрессии лица и голоса; двигательный резонанс; эмоциональную и когнитивную эмпатию; социальное восприятие и поведение; моральные суждения; атрибутивные тенденции; регуляцию эмоций; совместное использование эмоций; способность формировать модель собственного психического состояния и состояния других людей (theory of mind) или способность к ментализации (mentalizing) [3]. В DSM-V оценка социо-когнитивных функций является одним из шести компонентов, определяющих нейрокогнитивный статус пациента. Согласно этому руководству изменения в социо-когнитивной способности рассматриваются как дополнительный критерий диагностики легких, умеренных и выраженных когнитивных нарушений [4].

Изменения в социо-когнитивных функциях в позднем возрасте рассматривают как один из прогностических факторов развития изменений в функциональном статусе, социальной ангедонии как симптома аффективных расстройств, психотических эпизодов и лобно-височной деменций [1-3, 6]. Наличие социо-когнитивные

нарушений в позднем возрасте приводит к изменениям в понимании собственных психических состояний и других людей, что сопровождается социо-поведенческими аномалиями. К ним относят: плохую социальную тактичность; отсутствие манер; нарушение межличностных границ; сниженное распознавание и использование коммуникативных жестов; нежелательный дружелюбный контакт с подозрительными людьми [1-3]. Эти изменения приводят к сниженной удовлетворенности качеством жизни, социальной изоляции и увеличивают риски развития аффективных расстройств и преждевременной смерти [5]. В связи с этим при проведении комплексной гериатрической оценки состояния здоровья рекомендовано включать оценку состояния социо-когнитивных функций.

Для экспресс оценки социо-когнитивных функций у гериатрических пациентов рекомендовано использовать шкалу оценки когнитивных нарушений Блесседа (Blessed Dementia Rating Scale), позволяющую оценить следующие симптомы – см. табл.

Таблица

Компоненты социо-когнитивного индекса из шкалы оценки когнитивных нарушений Блесседа

Компоненты оценки	Описание
Упрямство	Больше проявлений упрямства, чем раньше. Наличие трудностей приспособляться к изменениям.
Сосредоточенность на себе	Более эгоистичный, сосредоточенный на себе, чем прежде.
Эмоциональная отзывчивость	Беззаботный по отношению к чувствам других людей. Отсутствие интереса, равнодушия к психическому состоянию других людей.
Контроль эмоций	Трудности в контроле собственных эмоций и психического состояния.
Нервно-психическое напряжение	Легко раздражается, вспыльчив. Преобладает брюзжание, ригидность.
Юмор	Наличие странного юмора, шуток. Смеется над шутками, которые у других не вызывают смеха.

Каждый компонент оценивается по следующей шкале: 0 баллов – нет нарушений; 0,5 баллов – легкие изменения; 1 – выраженные изменения. Под руководством Д. Хенри [3] был разработан пятиступенчатый алгоритм оценки и терапии социо-когнитивного дефицита, который включает в себя подробные сведения о том, как подходить к оценке социального познания в клинической практике, начиная с сбора данных и последующей диагностики и терапии (см. рис.).

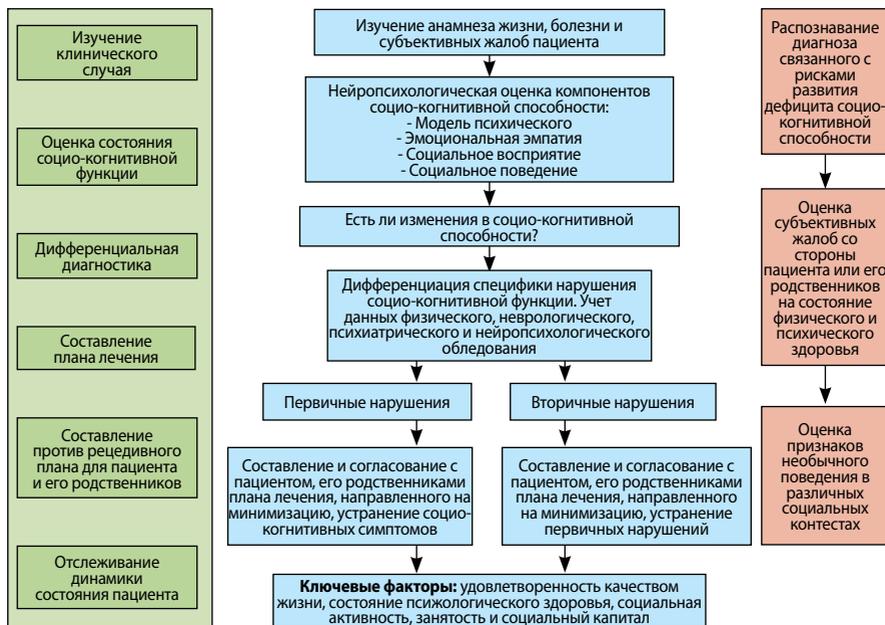


Рис. Алгоритм оценки и коррекции социо-когнитивных нарушений Дж. Хенри (адаптация А.И. Мелёхина)

В позднем возрасте социо-когнитивный дефицит редко возникает изолированно от изменений в психическом состоянии и неврологическом статусе. Нарушения в социо-когнитивных функциях могут быть: первичными или вторичными; тотальными или парциальными; ситуативно или не ситуативно зависимыми [1,2,4,5].

- **Первичный дефицит:** независимость этих изменений от состояния когнитивных функций. Например, из-за врожденной слепоты, катаракты, наличия аутистического спектра расстройств.

- Вторичный дефицит делает акцент на взаимосвязь этих изменений с когнитивными ресурсами/возраст-ассоциированными когнитивными изменениями.

В позднем возрасте чаще наблюдается вторичный, диффузный дефицит, который носит прогрессивное течение. Например, в зависимости от нарушенного компонента модели психического выделяют следующие формы дефицита:

- Эмоциональный компонент: дефицит распознавания эмоций, изменения в памяти на лица, эмоционального выражения и метаэмоций (эмоциональной совести).

- Когнитивный компонент: дефицит прагматической способности или апрагматизм, прагматическая афазия.

Комплексная оценка социо-когнитивной дисфункции, помимо оценки и составления плана лечения, уделяет внимание разработке против рецидивного плана и наблюдению за состоянием пациента.

Литература

1. Cummings L. Pragmatic Disorders/Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology. NY. Springer Science, 2014. pp.31-65. doi: 10.1007/978-94-007-7954-9_2,

2. Dickerson B.C. Dysfunction of social cognition and behavior.// Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015. Vol.21. № 3. pp. 660-77. doi: 10.1212/01.CON.0000466659.05156.1d.

3. Henry J.D., et al. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders.// Nat Rev Neurol. 2016. Vol.12. №1. pp.28-39. doi: 10.1038/nrneurol.2015.229

4. Moran J.M. et al. Social-cognitive deficits in normal aging // J Neurosci. 2012. Vol. 32. № 16. pp. 5553-5561. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5511-11.2012.

5. Natelson Love M., et al. Social Cognition in Older Adults: A Review of Neuropsychology, Neurobiology, and Functional Connectivity// Medical & Clinical Reviews. 2015. Vol. 1. №.6 pp.1-8. doi: 10.21767/2471-299X.1000006

6. Shiroma P., et al. Facial recognition of happiness among older adults with active and remitted major depression// Psychiatry Research. 2016. Vol. 243. pp.287–291. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.020.

К ВОПРОСАМ ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Михалюк Р.А.¹, Михалюк С.Ф.²

¹ *Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск*

² *Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Наиболее частым проявлением хронической сосудистой мозговой недостаточности у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ), являются нарушения памяти и других когнитивных функций.

Одним из возможных направлений фармакотерапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте является коррекция нейротрансмиттерных нарушений, в частности, повышение содержания ацетилхолина в ткани мозга при использовании нейромидина.

Нейромидин (ипидакрин) является препаратом, стимулирующим нервную систему. В основе фармакологической активности лежит комбинация биологически выгодной пропорции двух молекулярных эффектов – блокады калиевой проницаемости мембраны и ингибирование ацетилхолинэстеразы. Способность препарата воздействовать на постсинаптическую передачу нервного импульса путем стимулирования активности м-холинорецепторов, а также увеличения продолжительности существования ацетилхолина, позволяют улучшать когнитивные процессы.

Цель работы: изучение действия нейромидина на память, внимание, мышление у пожилых пациентов с хронической сосудистой мозговой недостаточностью, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы: под наблюдением находилось 35 больных (16 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет, средний возраст – 65,2 года, принимавших на фоне постоянно проводимой антигипертензивной терапии нейромидин в течение 1 месяца в дозировке 20 мг 3 раза в день. Обследованные жаловались на головокружение (44%), головную боль (36%), быструю утомляемость (60%), дневную сонливость (32%), снижение работоспособности (56%), памяти (48%), внимания (40%), раздражительность (28%). У всех пациентов до и после

курса лечения проводилось нейропсихологическое обследование с применением следующих методик: исследование памяти – методом удержания членов ряда («10 слов»); внимания – использовалась зрительная корректурная проба; мышления – методика «исключение слов».

Результаты и обсуждение: При изучении памяти методом «десяти слов» А. Лурия, до начала лечения нейромидином, общее количество воспроизводимых слов составило – 3,58; 3,92; 4,25; 4,78; 5,00; 3,42; после курса лечения – 4,95; 5,45; 5,98; 6,2; 6,45; 4,89; то есть произошло увеличение на 1,37 слова. На фоне лечения отмечалось улучшение процессов запоминания, увеличение объема свободного отсроченного воспроизведения.

При изучении внимания в группе обследованных пациентов выявились следующие показатели: до лечения за 1 минуту просматривали меньшее количество букв, дополнительно наблюдалось снижение количества просмотренных букв к 10-ой минуте, у всех пациентов наименьшее количество просмотренных букв отмечалось на 2, 8, 9, 10 минутах. В целом, после проведенного лечения, больные просмотрели большее число букв (в том числе и за 1 минуту), чем до лечения. Все это указывало на существенное увеличение работоспособности и концентрации внимания при выполнении задания. Среднее число ошибок при выполнении корректурой пробы, поминутно, у больных до лечения было существенно больше, чем после лечения нейромидином. После лечения нейромидином пациенты пропускали на 3-4 буквы меньше, по сравнению с исходным фоном.

При исследовании мышления пациентам нередко приходилось неоднократно повторять инструкцию, они переспрашивали задание и говорили о своей невнимательности, плохом самочувствии, не проявляли активности. После проведенного лечения нейромидином пациенты становились более собранными и ответственнее относились к выполнению заданий, существенно уменьшалось и время принятия решений.

При применении нейромидина отмечено повышение работоспособности, снижение утомляемости, повышение концентрации внимания.

Выводы:

1. Комплексная терапия антигипертензивными препаратами и нейромидином оказывает благоприятное влияние на когнитивные функции пожилых пациентов с АГ.

2. Месячный курс лечения нейромидином способствовал улучшению процессов запоминания, точности действия, повышению концентрации, продуктивности, устойчивости внимания, увеличению объема свободного отсроченного воспроизведения.

3. На фоне лечения нейромидином уменьшились субъективные жалобы на утомляемость, дневную сонливость, раздражительность, отмечено повышение работоспособности.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ПЕРВЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «ТЕРРИТОРИЯ ЗАБОТЫ» В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Мустафин Х.М.¹, Дубровин Д.А.², Авзалетдинова А.Р.¹

¹ ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа

² Министерство семьи, труда и социальной защиты населения

Республики Башкортостан

Демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется ростом численности населения старшего возраста. В Республике Башкортостан (РБ) проживает 950,3 тыс. человек старше трудоспособного возраста, из них пожилых (60-74 лет) – 67,2%, престарелых (75-89 лет) – 31,4%, долгожителей (90 и старше лет) – 1,4%.

В возрастной структуре населения республики на сегодняшний день лица старше трудоспособного возраста составляют 23,4%, тогда как в 1990 г. они составляли 17,7% населения. Средняя продолжительность жизни также постепенно растёт, хотя и отстает от федерального показателя (по итогам первого полугодия 2017 г. – 72,5 лет): если в 2013 г. она составляла в республике 69,63 года, то в 2016 году – 71 год.

С конца 2016 г. Республика Башкортостан была включена в пилотный проект по развитию гериатрической службы «Территория ЗАБОТЫ», поскольку в регионе имеются необходимые материально-технические, кадровые, образовательные и организационно-методические возможности для развития этого направления. Проведена большая организационная работа, утвержден перечень медицинских организаций (всего – 30 учреждений), участвующих в пилотном проекте, ответственность за координацию мероприятий возложена на ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн (РКГВВ). Приказом Минздрава РБ утвержден трехсторонний План мероприятий по реализации пилотного проекта «Территория ЗАБОТЫ» на 2016-2019 гг. (согласованный Фондом ОМС и Министерством труда и социальной защиты республики).

Разработаны в соответствии с рекомендациями главного гериатра Минздрава РФ Дорожная карта региона по развитию гериатрической службы на 2017-2020 гг. и Тактический план мероприятий на 2017 г.

Первые итоги реализации пилотного проекта «Территория ЗАБОТЫ» в Республике Башкортостан на сегодняшний день следующие:

1. Организована специализированная медицинская служба по оказанию гериатрической помощи, состоящая из трех звеньев: гериатрические кабинеты в поликлиниках (на начало октября открыт 31 кабинет из 35 по плану), гериатрические отделения в стационарах (открыты 2 отделения, всего – на 70 коек) и открыт Республиканский гериатрический центр на базе ГБУЗ РКГВВ для организационно-методической помощи лечебным учреждениям республики. Амбулаторная гериатрическая помощь за 1-е полугодие 2017 г. была оказана 12 тысячам пациентов, в гериатрических отделениях пролечено 845 человек. С целью оказания организационно-методической помощи ежеквартально проводятся выезды специалистов Республиканского гериатрического центра в медицинские организации республики. В текущем году уже проверена работа 29 учреждений, итоги проверок доложены на совещании в Министерстве здравоохранения РБ.

2. Подготовка кадров: На сегодняшний день в республике работают по специальности «гериатрия» 43 врача, а всего сертификат врача-гериатра имеют 63 специалиста. Из них, в 2017 году первичную

профессиональную переподготовку на кафедре терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ прошли 27 врачей гериатров, 11 специалистов обучены в Российском геронтологическом научно-клиническом центре г. Москва.

По вопросам гериатрии открыт дополнительный цикл профессиональной подготовки для медицинских сестер в ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации: «Гериатрическая помощь населению». В первом полугодии 2017 г. обучение прошли 22 медицинские сестры, в 3 квартале запланирован аналогичный цикл для обучения 32 специалистов. Кроме того, в общую программу обучения средних медицинских работников включены вопросы по гериатрии, в 2017 г. на таких циклах обучено 735 слушателей.

3. Повышение квалификации медицинских работников по вопросам оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста проводится и без отрыва от работы. В 2016-2017 гг. в Республике Башкортостан проведены 5 республиканских научно-практических конференций и семинаров по гериатрии для врачей, средних медицинских работников и социальных работников.

4. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста в рамках пилотного проекта «Территория ЗАБОТЫ»: издан совместный приказ Министерства здравоохранения и Министерства семьи, труда и социальной защиты населения РБ о межведомственном взаимодействии медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения. Разработаны специальные формы передачи информации, с учетом защиты персональных данных: «Сигнальная карточка о лицах пожилого и старческого возраста, нуждающихся в социальных услугах», которую оформляет медицинская организация при выявлении такого пациента, и «Сигнальная карточка о лицах пожилого и старческого возраста, нуждающихся в предоставлении медицинских услуг» (оформляет организация социального обслуживания населения).

Прорабатывается схема организации комплексных медико-социальных услуг пациентам учреждений социального обслуживания (домов-интернатов) и их обособленных отделений. Более 90% пациентов интернатов составляют лица пожилого и старческого возраста.

Ряд медицинских организаций республики уже проводят выезды и комплексное гериатрическое обследование пожилым гражданам, постоянно проживающим в стационарных учреждениях.

Активно взаимодействуют медицинские организации с общественными организациями – РОО «Социальный центр «Народный университет третьего возраста» Республики Башкортостан, Советами ветеранов городов и районов, проводятся совместные мероприятия по формированию здорового образа жизни, лекции, флеш-мобы, экскурсии здоровья.

Начата работа по внедрению в организацию медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста информационных технологий в виде круглосуточной службы социального сопровождения «Система Забота» («Тревожная кнопка»).

Основные задачи по совершенствованию межведомственного взаимодействия на ближайшее время, которые уже решаются медицинскими и социальными организациями РБ, это – активизация выездных форм работы, с созданием в каждом районе мультидисциплинарной бригады, с участием специалистов по социальной работе (социальных работников) для оказания комплексной медико-социальной помощи на дому одиноким, маломобильным гражданам, а также пациентам домов-интернатов, проведение повышения квалификации специалистов (врачей, средних медицинских, социальных работников) по вопросам оказания гериатрической помощи населению.

ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИМЕСУЛИДА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

*Мустафин Х.М.¹, Муталова Э.Г.², Нигматуллина А.Э.², Фрид С.А.²,
Максютова С.С.², Бакулина И.А.¹, Камалтдинова Г.Я.², Кудрявцева И. В.¹,
Долганов М.И.¹, Алексеева Е.Е.¹, Ядренникова И.В.¹*

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», Уфа
² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
МЗ России, Уфа

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются одной из наиболее востребованных групп лекарственных препаратов, обладают уникальным сочетанием противовоспалительного, обезболивающего и жаропонижающего эффектов. Их отличают хорошо доказанная эффективность, предсказуемость фармакологического действия, доступность и удобство применения. НПВС очень широко применяются для лечения ревматических и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата, неврологической патологии воспалительного генеза, для купирования болевого синдрома, в том числе в онкологии и в послеоперационном периоде у хирургических больных, лихорадки различной этиологии, при альгодисменорее и некоторых других клинических ситуациях. Однако особенно важное значение НПВС имеют в комплексной терапии ревматических заболеваний, при которых боль и воспаление являются основными симптомами поражения суставов. Поэтому, по мнению ведущих экспертов, назначение НПВС не просто желательно, но и определено показано всем больным с ревматическими заболеваниями, испытывающим боли, связанные с острым или хроническим поражением опорно-двигательного аппарата. Одним из наиболее популярных НПВС в России является нимесулид. Этот препарат удачно сочетает быстрое обезболивающее и выраженное противовоспалительное действие, что особенно ценно для симптоматической терапии суставного синдрома.

Особое внимание клиницистов НПВС привлекают в связи с частой необходимостью их длительного регулярного приема, что диктует необходимость особого отношения к вопросам безопасности этой группы препаратов. НПВС-ассоциированные побочные эффек-

ты являются предметом масштабных научно-практических дискуссий и объектом многочисленных экспериментальных и клинических исследований. Известно неблагоприятное влияние многих НПВС на состояние слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, развитие так называемой НПВС-гастропатии-патологии верхних отделов ЖКТ, характеризующейся развитием эрозий, язв и опасных осложнений – желудочно-кишечных кровотечений и перфораций. Риск этой патологии у пациентов, регулярно принимающих НПВС, возрастает по сравнению с общей популяцией более чем в 4 раза. Больные, регулярно принимающие НПВС, погибают от подобных осложнений в 2-3 раза чаще, чем лица, не получающие препараты этой группы. Наиболее часто НПВС-ассоциированные побочные эффекты развиваются у пациентов пожилого возраста.

Еще более серьезной проблемой использования НПВС является опасность развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. К ним относятся дестабилизация артериальной гипертензии, прогрессирование сердечной недостаточности и повышение риска кардиоваскулярных катастроф. Проблемам НПВС-ассоциированных заболеваний ЖКТ, кардиоваскулярных осложнений в клинической медицине уделяется достаточно много внимания, они достаточно подробно изучены, и на сегодняшний день доказательная база по ним в целом информативна и постоянно развивается. Вместе с тем, существует ряд других возможных побочных эффектов, связанных с приемом НПВС, которые ранее традиционно отодвигались на второй план, поскольку оставались в тени более частых и грозных побочных эффектов НПВС. Проблема гепатотоксичности НПВС послужила предметом широкой дискуссии в последние годы. Частота повреждений печени на фоне приема НПВС достаточно низка и относительно незначительна по сравнению с риском развития язв и желудочно-кишечных кровотечений, в большинстве случаев не имеет яркой симптоматики и нередко судить о ней можно лишь по результатам биохимического анализа крови. Поражение печени, возникающее на фоне приема НПВС, относится к понятию «идиосинкразия», т.е. связано с индивидуальной чувствительностью конкретного организма, которую невозможно прогнозировать. Однако своевременное распознавание вызываемого НПВС повреждения

печени очень важно, поскольку повышение аминотрансфераз обратимо при раннем выявлении и отмене лекарственной терапии. Напротив, при продолжении приема НПВС может прогрессировать нарушение функции печени, особенно у пациентов пожилого возраста.

Целью нашего исследования было определение частоты возникновения НПВС-гастропатии и поражения печени на фоне лечения нимесулидом пожилых пациентов с суставным синдромом. Нами проведен анализ частоты развития НПВС-гастропатии и поражения печени у 84 больных с суставным синдромом в возрасте от 58 до 79 лет (средний возраст $68,5 \pm 3,4$), находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РКГВВ и принимавших НПВС с противовоспалительной и анальгезирующей целями, из них 40 пациентов получали нимесулид в дозе 200 мг/сут., 44 пациента получали неселективные НПВС (в частности, диклофенак). Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие определение билирубина, аминотрансфераз, холестерина, общего белка, альбумина, щелочной фосфатазы, ГГТП, протромбинового индекса, фибриногена, серологические маркеры вирусных гепатитов, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, гастроскопию. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки были обнаружены у 4 (10%) обследованных пациентов, принимавших нимесулид (1 группа) и 8 (18%) больных, получавших диклофенак (2 группа) ($p < 0,05$). Ни у кого из пациентов применение НПВС не осложнилось развитием серьезной патологии ЖКТ – кровотечения или перфорации язвы. Клинически выраженная патология печени, проявляющаяся желтухой, холестазом, значительными симптомами гепатоцеллюлярной недостаточности не была выявлена ни у кого из наших пациентов. Проявления цитолитического синдрома в виде повышения уровня аминотрансфераз более, чем в 2 раза выше в сравнении с нормой возникло у 2,5% больных, принимавших нимесулид и у 6,8% – диклофенак ($p < 0,05$). Эти пациенты страдали ревматоидным артритом и, помимо нимесулида, получали препараты базисной терапии, которые также являются потенциально гепатотоксичными. Однако признаки незначительно выраженного цитолитического синдрома у пациентов из обследуемой когорты отмечались чаще, в частности у 12,5% пациентов 1 группы и у 18,2% 2 группы больных, причем эти

лабораторные проявления не были стойкими и легко поддавались медикаментозной коррекции. Средние показатели аминотрансфераз были следующими: АлАТ $38,82 \pm 9,8$ и $46,24 \pm 5,6$ ед/л, АсАТ $35,82 \pm 6,9$ и $39,12 \pm 7,4$ ед/л в 1 и 2 группах пациентов соответственно. Повышение билирубина выше нормальных показателей (но не выше 34 мкмоль/л) было у 10% и 11,4% пациентов 1 и 2 групп соответственно, при этом средний уровень билирубина в обеих когортах пациентов не превышал нормальные показатели ($12,36 \pm 2,29$ мкмоль/л и $16,87 \pm 3,68$ мкмоль/л).

Таким образом, в нашем исследовании на фоне приема нимесулида не возникло выраженных проявлений нежелательных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и печени. Нимесулид имеет благоприятный профиль гастроуденальной переносимости, риск гепатотоксических реакций при приеме нимесулида не выше, чем при использовании других НПВС, что делает его препаратом выбора для лечения хронической боли у пожилых пациентов с заболеваниями суставов.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Новикова Н.А., Мамаев Е.И.
ООО «Реджувитал», Санкт-Петербург*

В настоящее время все большее значение в профилактике и терапии возраст-ассоциированных заболеваний приобретают пептидные биорегуляторы – физиологически активные вещества, занимающие ключевое место в регуляции и коррекции разнообразных функций организма. Традиционно биорегуляторные пептиды являются продуктом животного происхождения, что включает в себе некоторые риски. В связи с этим нами была изучена возможность применения пептидных биорегуляторных комплексов растительного происхождения для профилактики и коррекции возраст-ассоциированных заболеваний и повышения качества жизни у пациентов гериатрического профиля.

Ранее установлено, что растения являются богатейшим источником биологически активных веществ, в том числе пептидов (Farrokhi N., Whitelegge J.P., Brusslan J.A. Plant peptides and peptidomics //Plant Biotechnol J., 2008, V. 6, P. 105-134). Среди них фитогормоны, индукторы защитных реакций, антимикробные и инсектицидные пептиды, подавляющие рост и развитие патогенов (Broekaert W.F., Cammue B.P.A., De Bolle M.F.C., Thevissen K., De Samblanx G.W., Osborn R.W. Antimicrobial peptides from plants //Crit Rev Plant Sci., 1997, V. 16, P. 297-323; Jones J.D.G., Dangl J.L. The plant immune system //Nature, 2006, V. 444, P. 323-329).

В последние десятилетия активно изучаются вещества пептидной природы – мембранотропные гомеостатические тканеспецифические биорегуляторы, которые по своим механизмам действия напоминают пептидные регуляторы животного происхождения. (Куликова О.Г., Ильина А.П., Краснов М.С., Маргасюк Д.В., Рыбакова Е.Ю., Ямскова В.П., Ямсков И.А. Исследование новых растительных биорегуляторов //Труды XI ежегодной международной молодежной конференции ИБХФ РАН-ВУЗы «Биохимическая физика», Москва, 9-11 ноября. 2011 г., С.122-126). Биорегуляторы растительного происхождения имеют сложный состав, включающий в себя пептиды, белки, ионы Ca^{2+} , углеводы и липиды, и локализованы внеклеточно в соответствующей ткани.

С помощью современных методов биохимического анализа: электрофореза в полиакриламидном геле (ПААГ), MALDI-TOF масс-спектрометрии, обращенно-фазовой высокоэффективной хроматографии (ВЭЖХ), аминокислотного анализа был изучен ряд гидролизатов лекарственных растений с хорошо известными терапевтическими свойствами. Были выделены действующие вещества пептидной природы с молекулярной массой от 1,2 до 11,1 кДа и идентифицированы их свойства. Анализ аминокислотных последовательностей пептидов растительного происхождения осуществлялся в базах данных «BIOPEP». На основе наиболее эффективных композиций лекарственных растений, выбранных в ходе эксперимента, компанией Реджувитал было разработано пять препаратов серии «MeaSan»© («MeaSan»©), среди них:

Серия «MeaSan»© («MeaSan»©) «Антивермо».

Препарат разработан на основе лекарственных растений, содержащих антимикробные пептиды – дефенсины и гевеиноподобные пептиды. Препарат обладает фунгицидными свойствами и эффективен в отношении грибов рода *Candida*, обладает антибактериальным действием в отношении *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis*, *Citrobacter freundii* и *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*. В эксперименте *in vitro* была показана эффективность препарата в отношении простейших (*Lambliа intestinalis*, *Trichomonas hominis*), а также нематод, цестод и их цист, за счет блокировки Ca^{2+} - каналов клеток и способности ингибировать Na^{+} - каналы.



Серия «MeaSan»© («MeaSan»©) «Лимфо».

Комплекс растительных компонентов, оказывающих иммуномодулирующее, противоотечное, лимфодренажное, дезинтоксикационное, противовоспалительное действие. Препарат создан на основе лекарственных растений, содержащих пептиды глутамат-пролин, тропные к лимфоидной ткани, а также пептид вал-лиз-глутамат-пролин, способный ингибировать процесс перекисного окисления липидов.



В процессе применения препарата в течение 3 недель по 1 капсуле 2 раза в день, наблюдалось снижение отечности и пастозности ног, улучшение самочувствия и качества жизни гериатрических пациентов.

Серия «MeaSan»© («MeaSan»©) «Нефро».

Препарат создан на основе лекарственных растений, содержащих тетра- и три-пептиды, тропные к почечной ткани и ткани мочевого пузыря, а также антимикробные пептиды дефенсины. Нормализует работу почек и мочевыводящих путей. Способствует мягкой коррекции водно-солевого обмена, устранению отёков, снижает риск образования мочевых камней. При приеме препарата по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 недель у пациентов гериатрического профиля наблюдалось заметное улучшение в работе почек и мочевыводящих путей, в 89% случаев снизились или исчезли симптомы зуда и болей при мочеиспускании.



Серия «MeaSan»© («MeaSan»©) «Флейбо».

Препарат создан на основе лекарственных растений, содержащих комплекс окта- и пента-пептидов, тропных к венозным сосудам, а также пептидов, обладающих антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами. Комплекс растительных компонентов ангиопротективного, вентонизирующего и венопротективного действия. Способствует ликвидации застойных явлений в кровеносных сосудах, уменьшению их проницаемости и ломкости, повышению тонуса стенок вен и уменьшению их растяжимости, улучшению микроциркуляции и лимфотока. При приеме препарата по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 недель у пациентов гериатрического профиля наблюдалось снижение «эффекта усталых ног», 91% пациентов отметили снижение отечности и болей, у 43% – исчезли проявления купероза и телеангиоэктазии.



Серия «MeaSan»© («MeaSan»©) «Эндо».

Препарат создан на основе лекарственных растений, содержащих комплекс биорегулирующих пептидов, тропных к тканям иммунокомпетентных органов, в частности, тимуса, и орга-



нов эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Представляет собой сбалансированный растительный комплекс, предназначенный для улучшения обменных процессов, нормализации гормонального фона, детоксикации организма и коррекции веса. Нормализует артериальное давление и уровень холестерина в крови, оказывает местное и общее иммуномодулирующее действие, благодаря чему значительно повышается устойчивость организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды. При приеме препарата по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 недель у 87% пациентов гериатрического профиля наблюдалось общее улучшение самочувствия, повышение качества жизни, снижение уровня липопротеидов низкой плотности до физиологических показателей.

В результате проведенных исследований были выделены и изучены пептиды из лекарственного растительного сырья, которые были объединены в комплексы растительных пептидов, обладающих биорегуляторными свойствами. На их основе компания «Реджувитал» разработала серию пептидных биорегуляторов растительного происхождения «MeaSan»© («MeaSan»©) из пяти препаратов «Флейбо», «Антивермо», «Эндо», «Лимфа» и «Нефро». Пептидные биорегулирующие комплексы растительного происхождения продемонстрировали механизмы действия, аналогичные действию пептидных биорегуляторов животного происхождения, в четком соответствии с теорией пептидной регуляции старения. При приеме каждого разработанного нами препарата в течение 3 недель наблюдалось заметное улучшение функционального состояния тех органов и систем, на которые были направлены эти тканеспецифические пептидные геропротекторы. Таким образом, мы видим возможность и считаем необходимым дальнейшее изучение биоре-

гуляторных пептидов растительного происхождения для расширения сферы их применения в профилактике и коррекции возраст-ассоциированных заболеваний, повышении качества жизни и увеличения периода активного долголетия у пациентов гериатрического профиля.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Носов В.П., Григорян А.М.

КГБУЗ Алтайский краевой госпиталь ветеранов войн, Барнаул

Известен не один десяток заболеваний или групп заболеваний, приводящих к появлению трофических язв нижних конечностей. Наиболее часто встречаются варикозная болезнь, посттромбофлебитическая болезнь, дисплазия глубоких вен, артериовенозные свищи, сахарный диабет, хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.

Чаще всего формирование трофических язв возникает при тяжелых поражениях артерий и вен в конечных стадиях заболеваний. Данный факт значительно усложняет лечение, приводит к стойкой инвалидизации больных. Большая часть трофических язв имеют венозную природу. Они являются, как правило, осложнением хронической венозной недостаточности. Для трофических язв зачастую характерен рецидивирующий характер течения заболевания, что снижает эффект положительных отдаленных последствий лечения. По статистике рецидив происходит у каждого третьего больного.

Несмотря на успехи в вопросах диагностики и лечения трофических язв, распространенность последних не снижается. Необходимо отметить, что частота заболеваемости в пожилом и старческом возрасте увеличивается примерно в 3 раза. Учитывая возраст пациентов госпиталя, актуальность этой проблемы в работе хирургического отделения не вызывает сомнения.

Цель исследования: Оценить результаты комплексного лечения трофических язв при варикозной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: За период 2011-2016 гг. в хирургическом отделении было пролечено 1540 больных с варикозной болезнью. Из них 62 пациента имели трофические язвы нижних конечностей различных размеров и стадии язвенного процесса. Средний возраст составил 82 года, разделение по половой принадлежности не проводилось, но, как правило, в большей степени страдали женщины. Длительность лечения составляла, в среднем, 14-20 дней.

Лечение проводилось с учетом этиологического фактора возникновения язвы, который требовал применения флеботоников (детралекс), дезагрегантов, компрессионной терапии. Системные и локальные гемореологические нарушения корректировались путем инфузий реополиглукина в сочетании с пентоксифиллином. Компонентами терапии являлись антибиотики широкого спектра действия фторхинолонового (цифран, таривид и др.) или цефалоспоринового (кефзол, цефамизин и др.) ряда. Учитывая частые ассоциации патогенных микроорганизмов с бактериальной и грибковой флорой, антибактериальную терапию усиливали противогрибковыми препаратами (дифлюкан, низорал и др.) и производными нитроимидазола (метранидазол, тинидазол и др.).

С целью купирования сенсбилизации организма в результате резорбции структур с антигенной активностью (фрагменты белков микроорганизмов, продукты деградации мягких тканей и др.), синтеза большого количества медиаторов воспаления проводили десенсибилизирующую терапию (супрастин, диазолин и др.).

У 38 пациентов отмечено активное воспаление периульцерозных тканей и выраженный болевой синдром, для купирования которых назначались нестероидные противовоспалительные средства, такие как диклофенак, кетонал, ортофен. Местное лечение трофической язвы включало ежедневный туалет язвенной поверхности. Для этого использовали антисептический раствор (хлоргексидин, фурацилин) с механической обработкой язвы. После этого накладывали повязку с водорастворимой мазью, обладающей осмотической активностью (левомеколь, левосин). После очищения раневой поверхности, появления грануляций, стихания перифокального воспаления и уменьшения экссудации применяли раневые покрытия для стимуляции и созревания соединительной ткани, физиолечение с назначением

УФО и лазерного облучения. Все это на фоне продолжающегося приема флеботоников и адекватной эластической компрессии. Хирургическое и флебосклерозирующее лечение у данных пациентов не проводилось.

Результаты: Результаты лечения пациентов зависели от глубины и площади трофических язв. У 51 больного произошла полная эпителизация язвенных дефектов, у 6 – практически полная эпителизация с участком чистой гранулирующей поверхности, у 5 – значительное уменьшение площади и глубины дефекта с эпителизацией по краям. Последним рекомендовано продолжить лечение на амбулаторном этапе.

В ходе динамического наблюдения рецидивы возникновения трофических язв отмечены у 12 человек. При повторной госпитализации такие больные получали лечение по описанной выше схеме и были выписаны с полной эпителизацией под диспансерное наблюдение хирурга по месту жительства.

Выводы: Таким образом, лечение и уход за трофическими язвами остается одной из важных проблем в хирургии. Показано, что только комплексное лечение, сочетающее современные хирургические и терапевтические технологии, направленное на коррекцию различных звеньев патогенеза трофических язв, является эффективным, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

ТИП СТАРЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ПОЗДНЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Один В.И., Диденко В.И., Кочанова Е.А., Самойлов А.А.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург*

Цель: Изучить особенности вегетативного статуса у больных эректильной дисфункцией и возрастным андрогенным дефицитом в позднем онтогенезе в зависимости от типа старения.

Материалы и методы: Обследовали 26 больных эректильной дисфункцией в позднем онтогенезе (ср. возраст $59,1 \pm 2,37$ лет). Первую группу (n=15) составили лица с возраст-ассоциированными заболе-

ваниями развивающимися преимущественно по онтогенетической модели старения. Вторую группу составили пациенты с общесоматическими заболеваниями ($n=11$), развивающимися преимущественно по аккумуляционной модели старения. В исследовании использовали анамнестические методы, общеклинические методы, антропометрические методы, лабораторные методы и неврологические методы. Возрастной андрогенный дефицит (ВАД) определяли по шкале AMS, выраженность эректильной дисфункции (ЭД) по шкале МИЭФ-5. Оценка variability сердечного ритма проводилась с помощью системы холтеровского мониторирования ЭКГ «ХОЛТЕР-ДМС».

Результаты: Различия между группами по выраженности ВАД и ЭД отсутствовали, значения которых достигали средней степени выраженности ВАД и умеренной степени выраженности ЭД в обеих группах. У лиц с возраст-ассоциированными заболеваниями уровень общего тестостерона в крови был достоверно ниже, чем во второй группе ($p<0,05$). Также в первой группе чаще наблюдались компоненты метаболического синдрома, чем в группе лиц с общесоматическими заболеваниями ($p<0,05$). Корреляционный анализ Спирмена показал наличие прямой положительной связи между амплитудой моды (A_{mo}), характеризующей симпатическую активность с величиной ИМТ ($r_s=+0,682$, $p<0,05$) и значением окружности талии ($r_s=+0,744$, $p<0,05$) в группе больных возраст-ассоциированными заболеваниями. Во второй группе эти связи были также положительными, но не достигали уровня статистической значимости. Достоверные различия показателей жира-углеводного обмена между группами отсутствовали, тем не менее имелась тенденция к более высокому уровню гликемии и холестеринемии в первой группе (ns). При корреляционном анализе связей между показателями жира-углеводного обмена и параметрами вегетативного статуса в группе с возраст-ассоциированными заболеваниями определялась прямая корреляционная связь A_{mo} с уровнем гликемии ($r_s=+0,620$, $p<0,05$). Во второй группе эта связь также носила положительный характер, но не достигала статистической значимости. И, напротив, в группе лиц с общесоматическими заболеваниями выявлялась отрицательная корреляция A_{mo} с уровнем холестеринемии ($r_s=-0,736$, $p<0,05$).

Выводы: Пациенты с эректильной дисфункцией в позднем онтогене-

зе, стареющие по онтогенетической модели, имеют более выраженные метаболические нарушения, связанные с активностью симпатической нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ЛЕЧЕНИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Петрова А.И.¹, Павлова Н.А.,² Петрова В.Б.¹

*¹ СЗГМУ им. И.И. Мечникова кафедра гериатрии, пропедевтики и управления
в сестринском деле, Санкт-Петербург*

² ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», Всеволожск

Актуальность исследования. Судьба больного с острым коронарным синдромом (ОКС) в значительной мере определяется качеством работы сестринского персонала, которое в свою очередь зависит от правильного понимания статуса пациента и полноты выполнения ими своих должностных обязанностей. Как правило, большую часть больных с ОКС составляют лица пожилого возраста. При уходе за такими больными следует учитывать психологические особенности возраста.

Цель исследования – изучение роли медсестры в лечении, реабилитации и вторичной профилактике ОКС.

База исследования. Исследование проводилось на базе Всеволожской КМБ, кардиологическое отделение.

Результаты исследования. В исследовании на добровольной основе приняло участие 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет, которые находились на лечении в кардиологическом отделении с диагнозом ОКС. В анкетировании оценивались отношение к болезни, качеству медицинской и сестринской помощи.

Оценивая ответы пациентов на вопросы анкеты, можно сделать вывод, что у большинства (67%) самочувствие зависит от переживаемых эмоций и настроения, а 47% больных указали, что если их что-то расстроит днем, то ночью они не спят. Большинство пациентов старались перебороть болезнь, однако 20% считали себя здоровыми, хотя уже повторно проходили лечение в отделении с диагнозом ОКС,

а 16% пациентов считали, что опасность их заболевания врачи преувеличивали. Многие пациенты (38%) не контролировали свое артериальное давление (АД), а 21% пациентов не знали о профилактике и реабилитации при ОКС

Таким образом, роль медсестры на разных стадиях лечения ОКС различная. Вначале лечения надо уделять внимание больше физиологическим проблемам и уходу за пациентами, а на стадии выздоровления - психологическим и социальным проблемам.

В ходе исследования выявлен также существенный дефицит знаний пациентов о факторах риска ОКС, осложнениях, образе жизни, питании и социальной помощи, поэтому организация на кардиологическом отделении школы для пациентов с хроническими заболеваниями сердца могло бы существенно повысить качество жизни таких больных.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Подсонная И.В.¹, Ефремушкин Г.Г.²

¹КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»,

²ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Барнаул

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важной медико-социальной проблемой во всем мире. Высокая летальность и инвалидизация после перенесенного ишемического инсульта у лиц пожилого и старческого возраста определяют важность изучения факторов, существенно влияющих на прогноз заболевания на раннем этапе их реабилитации. Это может способствовать повышению выживаемости, меньшему снижению реабилитационного потенциала у пациентов старших возрастных групп при развитии острой церебральной ишемии.

Цель исследования – выявить факторы, влияющие на исход ишемического инсульта на раннем этапе реабилитации у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. На базе неврологического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» наблюдалось 204 пациента с ишемическим инсультом (ИИ) в возрасте от 63 до 92 лет (средний возраст $77,4 \pm 1,8$ лет). В зависимости от исхода ИИ, пациенты были распределены на 2 репрезентативные группы: 1-я группа – 104 пациента с благоприятным исходом ИИ, 2-я группа – 100 больных с фатальным исходом. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, бассейну поражения, срокам госпитализации. Проводилось стандартное клиничко-неврологическое обследование, изучали состояние системы гемостаза, изменения брахиоцефальных артерий методом ультразвукового дуплексного сканирования, структурные изменения вещества головного мозга методом КТ, МРТ.

Результаты. По результатам исследования пациенты с благоприятным исходом ИИ чаще страдали изолированной систолической артериальной гипертензией (57,1% случаев) и артериальной гипертензией 2 степени (26,2% случаев). У больных с фатальным ИИ преобладала артериальная гипертензия второй (67,5% случаев, $p < 0,001$) и третьей степени (11,3% случаев), что было в 9,4 раза ($p < 0,01$) чаще, чем у пациентов с благоприятным исходом заболевания. В обеих группах преобладали (62,8% случаев) больные с длительностью течения артериальной гипертензии от 10-ти до 20-ти лет. Однако, у пациентов 1-й группы в 21,4% случаев артериальная гипертензия регистрировалась менее 10 лет, что чаще, чем в 1-1 группе в 5,6 раза ($p < 0,001$). Количество больных с артериальной гипертензией более 20 лет было одинаково в обеих сравниваемых группах (каждый четвертый больной). При поступлении в 1-й группе пациентов отмечалось умеренное повышение АД (САД < 200 мм рт.ст., ДАД < 100 мм рт.ст.), носило транзиторный характер (несколько часов) и через 3-е суток снижалось до привычных значений. У больных 2-й группы развитие ИИ сопровождалось значительным повышением уровня АД (САД > 200 мм рт. ст. и ДАД > 100 мм рт. ст.), которое удерживалось в течение суток. Повторное повышение артериального давления до высоких цифр в течение острого периода заболевания ассоциировалось в последующем с фатальным исходом. Установлена прямая зависимость между уровнем артериального давления и фатальным ИИ ($r = 0,7$; $p < 0,05$).

Частота большинства выявляемых факторов риска ОНМК у больных 2-й группы была достоверно выше: мерцательная аритмия в 1,8 раза (97,5%, $p < 0,001$), хроническая сердечная недостаточность 2 и 3 степени – в 2,5 раза чаще (100 %, $p < 0,001$), среди них в 3,0 раза больше было курящих пациентов (77,5%, $p < 0,001$) и 2,5 раза больше злоупотребляющих алкоголем (32,5%, $p < 0,01$). Из сопутствующих соматических заболеваний у больных 2-й группы в 1,8 раза чаще встречался хронический пиелонефрит (81,3%, $p < 0,001$), отягощенный хронической почечной недостаточностью I, III степени (90,1%; $p < 0,001$). Нарастание степени декомпенсации функции почек в раннем реабилитационном периоде у пожилых пациентов достоверно увеличивало риск фатального исхода ИИ с 16,7% при хронической почечной недостаточности (ХПН) I степени до 83,7 % при ХПН II- III степени ($r = 0,9$; $p < 0,05$). Особую значимость для прогноза ИИ в остром периоде имел сахарный диабет 2-го типа, встречающийся в 7,0 раз чаще (28,8 %; $p < 0,001$) во 2-й группе больных, и при наличии которого в 85,0% случаев наступал летальный исход заболевания ($r = 0,78$; $p < 0,05$). Пациенты 2-й группы в 1,5 раза чаще имели в анамнезе оперативные вмешательства (91,3%; $p < 0,001$), причем, у каждого второго больного это были операции на органах мочевыводящей системы (46,2%, $p < 0,001$). Число больных с перенесенными в анамнезе эпизодами ОНМК тоже превалировало (в 2,0 раза) во 2-й группе (на 26,4%; $p < 0,001$).

Важное значение для исхода ИИ в остром периоде у лиц пожилого возраста имело состояние системы гемостаза. В первый день ИИ в группе больных с благоприятным исходом определялся умеренно выраженный уровень тромбинемии (РФМК-10,6 мг), фибриноген достигал 4,6 г/л, этаноловый тест был положительный. В группе больных с фатальным исходом ИИ выявлялись увеличение скорости спонтанной агрегации тромбоцитов (12,8 с, $p < 0,001$), гипокоагуляция по АПТВ (48,3 с, $p < 0,001$), высокий уровень тромбинемии (РФМК 12,8 мг, $p < 0,001$), фибриногена (5,4 г/л, $p < 0,01$), положительный этаноловый тест – признаки ДВС-синдрома.

Ключевым моментом в оценке прогноза ИИ на ранних этапах реабилитации лиц пожилого и старческого возраста был конец острейшего периода (3-й день): при благоприятном исходе заболевания пока-

затели гемостаза приближались к норме; у пациентов с фатальным исходом признаки ДВС-синдрома не только сохранялись, но и продолжали нарастать вплоть до дня смерти. Установлена прямая связь между уровнем тромбинемии и фатальным исходом ишемического инсульта ($r = 0,93$; $p < 0,001$).

Выводы. На этапе ранней реабилитации прогностически неблагоприятным для исхода ишемического инсульта у лиц пожилого и старческого возраста является наличие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации, некоррегированное высокое артериальное давление, наличие выраженной дискоагуляции (вплоть до ДВС-синдрома). При своевременной коррекции выявленных факторов, влияющих на исход заболевания, формирование реабилитационного потенциала будет способствовать в последующем повышению качества жизни лиц старших возрастных групп.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ НАРУШЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Разумовская А.М.¹, Разумовский М.И.²

*¹Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
Санкт-Петербург*

²Санкт-Петербургский научно-практический центр экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

Актуальность: Во многих экономически развитых странах, отмечается возрастание числа больных старшего возраста, перенесших сосудистые нарушения разных органов и систем организма, включая и орган зрения. Сосудистые нарушения глаза, последствия которых офтальмологами рассматриваются часто без учета тяжести общей сосудистой патологии, не могут в полной мере характеризовать социально-трудовой прогноз у этой категории больных. В решении сложных многоплановых задач по социально-трудовой реабилитации пациентов пожилого возраста при различной степени компен-

сации нарушенного кровообращения органа зрения большую роль играют мероприятия по рациональному качественному трудовому устройству. Профессиональные возможности пациентов пожилого возраста при нарушении кровообращения органа зрения зависят от состояния зрительных функций и степени компенсации кровообращения глаза. Следует отметить так же, что 18,6% больных старших возрастных групп нуждаются в профессиональном переобучении.

Однако многообразие клинических форм сосудистой патологии органа зрения, специфика их проявления и, главное, стадийность развития сосудистого процесса в органе зрения, сочетающаяся с возрастными изменениями сосудистого русла, требуют дополнительных рекомендаций для формирования индивидуальных программ реабилитации, определения основных показателей, в каждом конкретном случае обуславливающих возможность трудового устройства.

В связи с этим целью настоящей работы было определение допустимых значений факторов и условий трудовой деятельности в зависимости от степени компенсации нарушенного кровообращения глаза у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы: Нами проведен анализ результатов многопрофильного клиничко-функционального обследования 110 больных от 55 до 70 лет, страдающих нарушением кровообращения органа зрения.

Традиционное офтальмологическое обследование включало: определение остроты зрения для дали – при помощи таблиц С.С. Головина – Д.А. Сивцева, рефрактометрическое исследование, определение остроты зрения вблизи – при помощи таблиц С.С. Головина – Д.А. Сивцева, компьютерная периметрия, тонометрии, исследование сосудов конъюнктивы (бульбарная микроциркуляция), исследование сосудов и структур глазного дна с помощью телеофтальмокалиброметрии, определение цветового зрения по таблицам Е.Б. Рабкина.

Результаты: Рациональность трудового устройства больных пожилого возраста, страдающих сосудистыми нарушениями глаз, определялась у каждого больного в соответствии с разработанной системой оценки степени компенсации нарушенного кровообращения органа зрения. При этом наиболее важным фактором являлось

соответствие состояния зрительной функции и степени компенсации нарушенного кровообращения требованиям, предъявляемым условиями и видом трудовой деятельности.

В соответствии с результатами анализа данных многопрофильных клинико-функциональных исследований, включающих специальный методический комплекс, следует различать следующие степени компенсации сосудистого процесса в глазу: 1. Компенсированный; 2. Ремиттирующий с преходящей ишемией; 3. Не компенсированный; 4. Декомпенсированный, или острое нарушение кровообращения глаза.

В результате клинико-функционального обследования данного контингента нами были получены следующие результаты по остроте зрения и по полю зрения при нарушении кровообращения органа зрения. У всех пациентов пожилого возраста наблюдалось нарушение основных зрительных функций. При этом более выраженные нарушения основных зрительных функций были выявлены при ремиттирующей с преходящей ишемией и не компенсированной стадиях нарушенного кровообращения органа зрения. Учитывая, что профессиональные возможности при нарушении кровообращения зависят от состояния зрительных функций и степени компенсации кровообращения глаза, для рационального трудоустройства больных пожилого возраста необходимо, прежде всего, учитывать медицинские факторы и данные функциональных исследований, характеризующие состояние гемодинамики органа зрения. Однако нарушение кровообращения органа зрения не всегда является самостоятельным заболеванием, а представляет следствие сосудистых нарушений в других органах и системах организма, что необходимо учитывать при выборе рациональных форм трудовой деятельности.

Выводы: Определение условий труда при рациональном трудовом устройстве пациентов пожилого возраста, страдающих сосудистыми заболеваниями органа зрения, нецелесообразно ограничивать исследованием только органа зрения, необходимо учитывать данные общего клинического обследования больного. При формировании трудовых рекомендаций для этой категории лиц следует обязательно помимо рекомендуемых показанных условий труда, отмечать противопоказанные производственные факторы. В основе заключения

о показанных такому больному характере и условиях трудовой деятельности должен лежать углубленный функциональный диагноз, отражающий степень выраженности нарушений общего кровообращения и внутриглазной сосудистой патологии с учетом тяжести инволюционных изменений.

По нашему мнению, порядок определения рациональности трудового устройства лиц пожилого возраста, страдающих сосудистыми заболеваниями органа зрения, должен включать следующие этапы: определение реабилитационного потенциала по результатам клинического обследования; анализ условий и характера рекомендуемой профессиональной деятельности; формирование индивидуальной программы реабилитации и рациональное трудовое устройство.

СЕМЕЙНАЯ ГЕРИАТРИЯ: ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, КОГНИТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ, СЕМЕЙНАЯ ЗАБОТА

Романчук Н.П.¹, Романчук Т.Г.², Романчук П.И.³

¹ ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет

² Самарское психоаналитическое общество

³ ГБУЗ Самарской области «Самарская клиническая гериатрическая больница»

Для эффективного междисциплинарного и межведомственного взаимодействия по использованию гибридных и комбинированных методов управления алгоритмами когнитивной нейрофизиологии человека необходим возрастной и гериатрический анализ с проведением комплексной гериатрической оценки (КГО).

Медико-социальный, экономический и гериатрический анализ включают в себя оценку следующих параметров:

1. Физическое здоровье и функциональный резерв (биологический возраст);
2. Структура полиморбидности;
3. Обоснованность полипрагмазии;
4. Характер сбалансированного питания и диетотерапию;
5. Наличие когнитивных нарушений (КН) и психическое здоровье;

6. Социальный статус и социальное обслуживание (самообслуживание);

7. Экономические условия жизни пациента.

Из 3000 проведенных совместных КГО на базе ГБУЗ Самарской области «Самарская клиническая гериатрическая больница» в течение 2016 г. выявлена следующая структура КН: нет нарушений 124 (4,13%), субъективные КН 341 (11,37%), легкие КН 891 (29,7%), умеренные КН 1394 (46,47%), деменция 250 (8,33%).

Нами были составлены десять комбинированных и/или дополнительных методов, которые активируют процессы нейрогенеза и нейропластичность:

I. Творческая личность, постоянно совершенствующая и длительно сохраняющая информационный поток на протяжении всей жизнедеятельности.

II. Здоровый образ жизни, гигиена мозга и гимнастика для мозга.

III. Хорошая экология, качественная и чистая питьевая вода с повышенным содержанием микроэлементов (по требованию).

IV. Коммуникации с природой, растительным и животным миром.

V. Нутригеномика и нутригенетика, употребление функциональных продуктов питания.

VI. Управление циркадианными ритмами, региональное и сезонное воздействие на хронобиологические циркадианные процессы.

VII. Современные персонифицированные геропротекторы.

VIII. Управление стрессоустойчивостью и её повышение.

IX. Достижение целевых показателей артериальной гипертензии и артериальной гипотонии.

X. Гармоничная семья, планирование беременности и семейные интеллектуальные нейрокоммуникации на протяжении всей жизни.

Когнитивные функции (КФ) – это наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Данный процесс состоит из четырех основных взаимодействующих компонентов:

1. Восприятие информации.

2. Обработка и анализ информации.

3. Запоминание и хранение информации.

4. Обмен информацией, построение и осуществление программы действий.

Диагностика КН и управление КФ имеют важное стратегическое значение при планировании и организации медицинской помощи населению конкретного региона.

Огромна и многогранна роль современной семьи в обеспечении семейной заботы за гражданами пожилого и старческого возраста, долгожителями, в осуществлении семейных интеллектуальных нейрокоммуникаций на протяжении всей жизни.

Психотерапевтическая тактика лечения позволяет проводить когнитивное управление КФ с помощью:

- 1) классического психоанализа,
- 2) современной психоаналитической психотерапии,
- 3) символдрамы,
- 4) когнитивно-поведенческой психотерапии,
- 5) релаксационных техник,
- 6) тренинговых программ повышения стрессоустойчивости,
- 7) «Антистресс-тренинга»,
- 8) тренинга уверенности в себе,
- 9) тренинга преодоления конфликтных ситуаций,
- 10) тренинга взаимодействия родителей с детьми,
- 11) тренинга «Языки любви»,
- 12) консалтинговых программ для медицинского персонала и социальных работников по улучшению качества взаимодействия с пациентами.

социальных работников по улучшению качества взаимодействия с пациентами.

В основе современных представлений о пространственно-временном функционировании головного мозга лежит концепция нейропластичности. В пожилом и старческом возрасте человека количество вновь образующихся синаптических связей становится прогрессивно меньше, чем процесс исчезновения синапсов. Скорость этой расстыковки определяет скорость уменьшения интеллектуальных и познавательных способностей человека. Этот процесс является необратимым, но его можно замедлить.

Мозг в процессе эволюции адаптировался к работе в условиях многоуровневой и полифункциональной информационной и элек-

тромагнитной «перегрузки». Гиперсеть когнитивного постоянно коррелирует и работает со всеми структурами причинных связей воспринимаемых объектов и интегрированной информации.

Перспективным является управление изменениями нейропластичности головного мозга человека в разные возрастные периоды с помощью создания таких инновационных структурных единиц медицинских и образовательных организаций, как:

- образовательный «Центр управления возрастом»,
- «Клиника управления возрастом»,
- медико-генетическая лаборатория «Определение биологического возраста»,
- психотерапевтический центр «Повышение стрессоустойчивости»,
- оздоровительная медико-социальная площадка «Здоровый образ жизни: современные образовательные и медицинские технологии, продукты и инструменты».

Кроме того, целесообразно внедрить комплексные биофизические и физиологические рекомендации для всех категорий граждан по управлению циклами «Сон-бодрствование» и «Труд - отдых (work-rest cycles)».

Таким образом, успехи инновационных структурных единиц медицинских и образовательных организаций позволят своевременно проводить раннюю диагностику и профилактику КН, а также управлять алгоритмами когнитивной нейрофизиологии человека («когнитивным мозгом»).

Медико-социальная и семейная забота позволит повысить качество и эффективность выполнения мероприятий, предусмотренных национальным проектом «Территория заботы».

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ И ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Рябчун П.В., Рязанцева Н.П.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул

Актуальность: Хронический калькулезный простатит является наиболее частым осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Такие состояния плохо поддаются консервативному лечению, не смотря на его длительность. В результате из-за отсутствия абсолютных показаний к операции: небольшие размеры ДГПЖ, отсутствие острой и хронической задержки мочи, выраженный болевой и дизурический синдром заставляют пациентов обращаться за медицинской помощью снова и снова.

Материалы и методы исследования: В 2017 г. нами прооперировано 43 пациента с диагнозом ДГПЖ 1 степени (ст.), осложненной хроническим калькулезным простатитом при следующих данных: общий объем простаты 36-60 см³, объем узла простаты от 8 см³ до 31 см³. Средний возраст больных 45-90 лет. Отбор пациентов производился на основе уже наработанной базы длительно курируемых пациентов консультативно-поликлинического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», с вышеизложенными диагнозами, имеющими отрицательную динамику или отсутствие динамики от лечения вообще. Все больные в течении 3-5 лет принимали альфа-адреноблокаторы, ингибитор 5 - Альфа Редуктазы, и др. 13 больных принимали консервативное лечение более 15 лет.

Отбор пациентов производился из категорий: участники и инвалиды ВОВ, участники боевых действий, ветераны ВС МО РФ, «дети войны» и др. Относительными показаниями к оперативному лечению были: выраженные дизурический и болевой синдромы на фоне стойкой отрицательной динамики при длительном консервативном лечении.

Всем больным в предоперационный период проводились: общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, определение ПСА крови, ВИЧ, Гепатиты В, С, кровь на сифилис, УЗИ почек и мочевого пузыря с определением сосудистого русла и остаточной мочи, ТрУЗИ простаты в динамике, МСКТ органов брюшной

полости с контрастированием, ЭХО КГ, обзорная и внутривенная урография на 7, 15, 45 мин, цистография, спирография, ФлОГК.

Результаты: При оперативном лечении пациентов с ДГПЖ, осложненной хроническим калькулезным, простатитом проводился тотальный ТУР ДГПЖ, со вскрытием полостей, содержащих петрификаты; почти во всех случаях они сопровождались гнойным отделяемым. Учитывая данный факт всем больным в пред- и постоперационном периоде назначалась антибактериальная терапия. Осложнений в раннем послеоперационный период у данной группы больных мы не наблюдали. Средний койко-день составил 7,87 дня включая пред- и постоперационное лечение. У 34 человек отмечалось полное купирование дизурического и снижение болевого синдромов. Остальные пациенты выписывались с положительной динамикой. При контроле данной группы больных через 3-4 месяца, согласно проведенным ультразвуковым исследованиям, аденоматозные узлы наблюдались у 5 человек в объеме до 8 см³. Единичные петрификаты простаты уменьшились у всех лиц контрольной группы до 0-3 мм. Дизурический синдром купирован полностью у 25 человек; 5 пациентов отметили урежения ноктурии до 2 раз, 10 человек отметили значительное снижение болевого синдрома, улучшение качества мочеиспускания и ноктурию до 1-2 раз. Улучшение качества струи отметили все пациенты без исключения. 1 пациент пожаловался на стрессовое, периодическое недержание мочи.

При контроле пациентов через 6-7 месяцев: 37 человек отметили отсутствие ноктурии и снижение болевого синдрома, 6 человек отметили полное купирование болевого синдрома и отсутствие ноктурии. Пациенту со стрессовым недержанием мочи, было проведено консервативное лечение с полным купированием симптома. Общая летальность пациентов после проведенного лечения – 0%, инвалидизация пациентов – 0%. Прооперировано работающих пациентов: 28 из 43 человек.

Выводы: Учитывая результаты проведенной работы, можно заключить: необходимо расширять показания к оперативному лечению для больных с ДГПЖ 1 ст., осложненной хроническим калькулезным простатитом с выраженными дизурическими явлениями и болевым синдромом. Это лечение достаточно безопасно для паци-

ентов в преклонном возрасте, имеющих большое количество сопутствующей патологии. Больные избавлены от трат на дорогостоящее длительное лечение, которое они получали до оперативного лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Садькова Р.Т., Шангареева Л.С.

ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа

Демографическая статистика свидетельствует, что доля лиц пожилого возраста стремительно увеличивается во всех странах мира. В Республике Башкортостан (РБ) 20% населения старше 60 лет. По состоянию на 01.07.2017 г. по данным медицинских организаций РБ зарегистрировано лиц пожилого возраста 766763 человек, из них:

Пожилых – 515594 чел. – 67,2% (муж. – 215399, жен. – 300195).

Престарелых – 239940 чел. – 31,2% (муж. – 75472, жен. – 164468).

Долгожителей – 11229 человек – 1,4% (муж. – 2502, жен. – 8727), работающих пенсионеров – 115946 чел. (муж. – 49022, жен. – 66924).

Важная роль в организации медицинской помощи населению старших возрастных групп принадлежит республиканскому гериатрическому центру на базе Клинического госпиталя ветеранов войн, организационно-методическая работа по организации медико-социальной помощи возложена на Республиканский гериатрический центр. Являясь интегратором проблем пожилых, медико-социального круга, гериатрический центр стал необходимым практическим звеном динамически развивающейся социальной геронтологии. Становится совершенно очевидным, что многие проблемы пожилых могут быть решены через гериатрические центры, гериатрические кабинеты, с их комплексным подходом к решению многих задач, совместным подходом в обслуживании пожилых, взаимодействием медицинских работников с социальными работниками, что позволяет повысить качество обслуживания пожилых.

В Республике Башкортостан с 2017 г. начато внедрение пилотного проекта «Территория заботы». Цель проекта – решение медицин-

ских, медико-психологических, медико-социальных проблем граждан пожилого возраста. Реализация мероприятий данного проекта направлена на повышение качества жизни пожилых людей, увеличение продолжительности жизни, повышение доступности медицинской помощи. Основными этапами пилотного проекта являются – подготовка кадров, лицензирование медицинских организаций, открытие 35 гериатрических кабинетов на основании приказа МЗ РБ № 2368-Д от 05.08.2016 г. «Об открытии гериатрических кабинетов в медицинских организациях РБ». На сегодняшний день в республике функционируют 31 гериатрический кабинет, имеют сертификат врача-гериатра 63 специалиста, 12 человек обучены в городе Москва.

Республиканский гериатрический центр обслуживает более 10 тыс. пожилых (60 тыс. посещений в год). Медико-консультативная помощь проводится не только жителям пожилого возраста г. Уфы, но и из районов РБ. В структуре Республиканского гериатрического центра 3 гериатрических кабинета, дневной стационар, широко используются методы организации стационаров на дому.

Необходимо отметить, что по статистическим данным средний возраст пациентов гериатрического центра – 76 лет, в своих исследованиях мы проанализировали показатели заболеваемости и установили, что продолжительность жизни в большей степени зависит от количества заболеваний, чем от конкретной нозологической группы. Так, например, сочетание таких заболеваний как ИБС, атеросклероз и сахарный диабет значительно снижают продолжительность жизни.

Важным элементом эффективной работы врача-гериатра является гериатрическая оценка пациента. Комплексная гериатрическая оценка включает в себя: клинический диагноз, сопутствующий диагноз, оценку способности к самообслуживанию по данным субъективного и объективного исследования, оценку социального статуса больного и его жилищно-бытовых условий, прогноз заболевания, прогноз социальной зависимости. Врачами-гериатрами принято 2663 пациента, оформлено 1797 карт комплексной гериатрической оценки.

В рамках реализации Пилотного проекта «Территория заботы» с целью оказания организационно-методической помощи учреждениям Республики Башкортостан по оказанию медицинской помощи

пожилым на основании приказа МЗ РБ № 136-А от 05.04.2017 г. проверены 12 медицинских организаций.

Медицинское обеспечение ветеранов войн в РБ осуществляется всеми медицинскими организациями республики. Во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях выделены ответственные врачи за организацию медицинского обеспечения ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам.

На сегодняшний день в РБ состоит на диспансерном учете 2093 участника Великой Отечественной войны, получили круглосуточное стационарное лечение – 420, в дневных стационарах – 53, в стационарах на дому – 506, санаторно-курортное лечение получили – 63 участника.

Особое внимание в гериатрическом центре уделяется участникам Великой Отечественной войны. Проводится контроль проведения диспансерной работы и медицинского обслуживания данного контингента. Ежегодно ко Дню Победы в гериатрическом центре проводится День открытых дверей с участием специалистов Башкирского медицинского университета. Организованы выезды на дом к маломобильным ветеранам. Ежеквартально ведется мониторинг состояния здоровья ветеранов, проводится отбор на стационарное лечение, санаторно-курортное лечение.

За последние годы увеличился объем и повысилось качество лечебно-диагностической помощи ветеранам войн, пожилым, престарелым. Проводятся компьютерные томографические исследования. Внедрение новых методов лечения способствует поддержанию хороших показателей в работе. 95-98% лиц, лечившихся в дневном стационаре и стационаре на дому, имеют многопрофильную патологию со средней и тяжелой степенью тяжести. Несмотря на ежегодное утяжеление основного контингента больных, результаты лечения остаются стабильно хорошими: 87,4% выписываются с улучшением.

Для повышения образовательного уровня и информированности пожилых людей в вопросах охраны здоровья проводятся выступления по телевидению, радио, публикуются статьи в газетах. На базе гериатрического центра продолжает работу школа «Здоровье пожилого человека», проводятся круглые столы, с участием узких

специалистов. Разработаны методики «Профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата», «Профилактика гипертонии «Движение – это жизнь»».

Таким образом, благодаря проведенной работе считаем, что лица пожилого возраста обеспечены всеми видами медицинской помощи в достаточном объеме, что позволит нам в дальнейшем увеличить среднюю продолжительность жизни, а также качество жизни пожилых в Республике Башкортостан.

ОСОБЕННОСТИ КОНТАКТА С ЛЮДЬМИ, БОЛЬНЫМИ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

Субкевич Д.И.

*Оздоровительно-реабилитационный пансионат «Спутник»,
Санкт-Петербург, пос. Комарово*

Проблема старческой деменции в последнее время становится актуальной во многом благодаря развитию медицины и, как следствие, увеличению продолжительности жизни человека. Известно, что процесс старения неизбежно накладывает отпечаток на работу всех систем организма, и нервная система не становится исключением. Неврологические нарушения мозгового субстрата находят своё выражение в особенностях психики, затрагивая не только когнитивные функции, но и эмоционально-личностную сферу. В свою очередь, эмоционально-личностная сфера — это своеобразный дисплей, то, что человек предъявляет окружающим, как взаимодействует с ними. Зачастую, изменения, сопутствующие болезни мозга, создают значительные затруднения в поддержании контакта и во взаимодействии между больным и ухаживающим за ним человеком.

В связи с вышеизложенными особенностями, актуальным становится вопрос выработки особой модели контакта с людьми, больными старческой деменцией, максимально безопасного для обоих его участников, с одной стороны, и в тоже время достаточно эффективного, позволяющего поддерживать диалог, оказывать помощь, а также побуждать больного к той активности, которая во многом эту помощь и составляет.

Путем наблюдения и взаимодействия с больными старческой деменцией в клинике были выделены общие принципы, позволившие составить ряд рекомендаций относительно контакта с ними. Основопологающим принципом можно назвать принцип диагностики, включающий наблюдение за больным, выделение его особенностей психики и понимание того, что они обусловлены нарушениями работы мозга, являются частью болезни и не могут оцениваться с позиции нормы. Соблюдение принципа диагностики снижает эмоциональную вовлеченность, ожидания и, нередко, требования к больному, позволяя сосредоточиться на взаимодействии с ним в том качестве, которое ему доступно. Таким образом, следует организовать своё участие в контакте исходя из особенностей больного, по возможности компенсировав и обслуживая их.

Вместе с тем, становится очевидным, что поддержание безопасного и эффективного контакта с человеком, больным старческой деменцией, весьма сложный, энергозатратный процесс, который часто может быть сопряжен со стрессом.

Именно поэтому очень важными для человека, состоящего в систематическом контакте с больным, становятся поддержание своего собственного энергетического баланса, повышение стрессоустойчивости и, в целом, забота о себе. Поддержание энергетического баланса возможно при соблюдении принципов психогигиены, таких как распределение нагрузки, разграничение ответственности, легализация эмоций.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «МУЛЬТИМАГ» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ У ПОЖИЛЫХ

*Сумина Е.В., Зубова О.А., Фазлиахметова Л.М., Подсонная И.В.
КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», г. Барнаул*

В настоящее время примерно 12-15% населения составляют лица старше 65 лет, причем к 2020 г. их численность возрастет, по меньшей мере, в два раза. Боль в спине связана с дегенеративными заболеваниями позвоночника и диагностируется в течение жизни у 80% насе-

ления, а к старости почти все жители планеты испытывают ее. В пожилом возрасте она имеет тенденцию к затяжному течению. Одним из сложных вопросов ведения больных пожилого возраста является их лечение, так как эти пациенты страдают, как правило, несколькими заболеваниями, требующими соответствующей фармакотерапии, что приводит к вынужденной полипрагмазии. При неспецифической боли в спине, как правило, назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Врачу необходимо всегда помнить, что а пожилой возраст – это основной фактор риска НПВП-гастропатии, длительное применение НПВП у лиц старше 60 лет – независимый фактор развития артериальной гипертензии и НПВП снижают эффективность ингибиторов АПФ и диуретиков. Для уменьшения побочных действий препаратов необходимо делать акцент на местные процедуры: компрессы, аппликации с анестетиками, мази с НПВС, физиотерапевтические процедуры. Одно из направлений в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника принадлежит использованию аппаратно-программного комплекса «Мультимаг». В основе метода лежит создание магнитного поля с пространственно-временной неоднородностью (постоянные, переменные, бегущие, импульсные магнитные поля). Такие магнитные поля обладают выраженными антиоксидантным, вазоактивным, гипокоагуляционным, анальгезивным, регенеративно-репаративным эффектами.

Цель исследования: Оценка эффективности лечения на аппаратно-программном комплексе «Мультимаг» болевого синдрома в спине у пожилых.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 50 пациентов в возрасте от 70 до 85 лет (средний возраст 79,3 года). Все пациенты при поступлении предъявляли жалобы на длительные ноющие боли в поясничном отделе позвоночника. Болевой синдром имел хроническое течение (более 1 года), умеренной выраженности (по ВАШ – 4-5 см). Больные были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и сопутствующей патологии. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, получавшие магнитотерапию от аппарата «Мультимаг» в комплексе с медикаментозной терапией (НПВС, антидепрессанты, витамины группы В, вазоактивные препараты). Длительность процедуры со-

ставляла 5-7 минут, кратность – 10 процедур. Во вторую группу вошли пациенты, получавшие только медикаментозную терапию.

Результаты. На фоне проводимого лечения положительная динамика наблюдалась как в основной, так и в контрольной группе. Однако, у больных первой группы уменьшение выраженности болевого синдрома в позвоночнике (на 1,5-2 см по ВАШ) наступало к 5-7 дню от начала лечения, а в контрольной группе – на 10-11 сутки. На момент выписки из стационара интенсивность болевого синдрома в позвоночнике составляла по шкале ВАШ 1-2 см в основной группе в 80% случаев, в контрольной группе – в 65%.

Выводы: Применение в комплексном лечении комбинированного воздействия магнитными полями на аппарате «Мультимаг» позволяет повысить эффективность медикаментозной терапии, улучшить качество жизни пожилых пациентов.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Торбик Д.В.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь ветеранов войн», Барнаул

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в геронтологической практике, значительно снижающее качество жизни больных. Традиционное лечение, как консервативное, так и оперативное, зачастую не приносит желаемого эффекта, либо сопряжено с высоким риском послеоперационных осложнений. Эмболизация артерий простаты (ЭПА) – минимально инвазивный метод лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, заключающийся в блокаде кровеносного русла простаты специальными эмболами – микросферами. Преимущество ЭПА состоит в отсутствии необходимости в анестезиологическом пособии, коротком восстановительном периоде и низком риске осложнений.

Цель исследования. Изучить потенциал метода эмболизации артерий простаты.

Материал и методы. С 2012 по 2017 гг. пролечено 106 пациентов. Эмболизация артерий предстательной железы проводилась по методике Сельдингера микросферами размером от 100 до 500 мкм на базе ОРМДЛ №2 КГБУЗ ККБ.

Результаты. Около 6% больных на этапе отбора были исключены из группы наблюдений по причине отсутствия магистральных ветвей, кровоснабжающих предстательную железу, либо чрезмерной их извитости, выявленной в ходе ангиографии. Успешным считалось выполнение эмболизации, по крайней мере, с одной стороны. У 74 пациентов через 6 месяцев достоверно уменьшилось количество симптомов по шкале IPSS с $18,3 \pm 3,2$ до $6,7 \pm 2,4$ баллов, увеличилась Q макс. с $5,8 \pm 4,9$ мл/сек до $15,7 \pm 4,3$ мл/сек. Объем предстательной железы уменьшился с $114,6 \pm 15,2$ см³ до $73,1 \pm 8,0$ см³, уменьшение узлового образования с $53,8 \pm 7,2$ см³ до $40,1 \pm 4,7$ см³. На 12 и 24 месяца наблюдения эффект оставался стабильным. 32 пациентам с сохраняющимися жалобами (IPSS более 12 баллов) после редукции объема железы менее 80 см³ была выполнена ТУРП. У всех больных данной группы мочеиспускание восстановлено не позднее 2-х суток после вмешательства. Результаты долгосрочного наблюдения – 6 и более месяцев достоверно не отличались от таковых после стандартной ТУРП. У 6 пациентов не было отмечено какого-либо значимого эффекта после выполнения эмболизации артерий простаты, трем из них выполнена повторная ЭПА, эффективность которой была неоднородной.

Выводы. Эмболизация простатических артерий при ДГПЖ – альтернативный малоинвазивный метод, применение которого в разных клинических ситуациях позволяет добиться желаемого лечебного эффекта. После ЭПА исключена вероятность возникновения недержания мочи, геморрагического шока в связи с кровопотерей, что позволяет выполнять ее у ослабленных больных с отягощенным соматическим статусом, что особенно актуально для мужчин пожилого и старческого возраста.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Филиппова Т.В.¹, Ефремушкин Г.Г.¹, Соколова Я.В.²

¹ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул

²КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул

Актуальность. В Российской Федерации отмечается демографическая тенденция к постарению населения. В 2006-2015 гг. отмечен устойчивый рост численности пожилого населения, опережающий рост всего населения страны: общая численность населения за этот период увеличилась на 2%, а пожилого — на 20% (бюллетень Федеральной службы государственной статистики, 2016). С увеличением возраста растет распространенность заболеваний, которые наслаиваются на физиологические инволютивные процессы и формируют полиморбидность. Заболевания не просто суммируются, они наслаиваются друг на друга, оказывают взаимное влияние и могут существенно ограничивать функциональные возможности и качество жизни пожилого человека. В структуре коморбидности у лиц гериатрического профиля преобладают заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Представляется важным оценить, насколько присоединение бронхо-легочной патологии влияет на гемодинамический статус больных пожилого и старческого возраста с кардиологической патологией.

Цель: провести сравнительный анализ параметров внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия и тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Исследованы 576 больных с сочетанием АГ и ИБС в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст 79,1 (6,1) лет, М (SD)), из них 85 (15%) женщин. Пациенты находились на стационарном лечении в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». АГ 1-й степени отмечена у 43% больных, 2-й

степени – у 36%, 3-й степени – у 8%. Нормальный уровень артериального давления на амбулаторной медикаментозной коррекции имели при поступлении в стационар 13% больных. В структуре ИБС преобладала стабильная стенокардия напряжения со средним функциональным классом (ФК) 2,3 (0,6) – у 85% больных. Перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) имели в анамнезе 19% пациентов, пароксизмы фибрилляции предсердий – 14%. У всех пациентов была хроническая сердечная недостаточность (ХСН) со средним ФК 2,6 (0,5). ХОБЛ по клинико-анамнестическим и инструментальным данным была диагностирована у 173 (30%) больных: легкой степени – у 77 (45% пациентов с ХОБЛ), средней степени тяжести – у 61 (35%), тяжелой степени – у 35 (20%) больных, соответственно. Проводилась эходоплеркардиография с исследованием морфо-функциональных характеристик правых и левых отделов сердца. Для проведения сравнительного анализа больные были разделены на группы в зависимости от наличия и тяжести ХОБЛ.

Результаты. При анализе гемодинамических параметров в группах больных «нет ХОБЛ», «ХОБЛ легкой степени», «ХОБЛ средней степени тяжести» и «тяжелая ХОБЛ» выявлено увеличение диаметров предсердий и желудочков в систолу и диастолу по мере появления и нарастания тяжести ХОБЛ ($p < 0,0001$). При этом фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) уменьшалась (61% - 57% - 56% - 55% (групповые средние), $p < 0,0001$). Ударный объем ЛЖ в подгруппах значимо не различался ($p = 0,701$), что объяснялось возрастанием объема крови в левом желудочке в конце диастолы (98 - 105 - 106 - 109 мл, $p = 0,009$) и остаточного объема в конце систолы (39 - 44 - 46 - 48 мл, $p < 0,0001$). В соответствующих группах отмечено возрастание индекса массы миокарда ЛЖ (120 – 151 – 153 – 156 г/м², $p < 0,0001$) и ухудшение параметров диастолической функции желудочков сердца: снижение соотношения пиков скоростей Е/А трансмитрального (1,72 – 1,63 – 1,54 – 1,36, $p = 0,01$) и транстрикуспидального (1,63 – 1,58 – 1,36 – 1,33, $p = 0,0001$) потоков и укорочение времени замедления раннего диастолического наполнения (ДТ) ЛЖ (188 – 174 – 169 – 166 мс, $p < 0,0001$) и ПЖ (190 – 188 – 181 – 168 мс, $p < 0,0001$). Уровень среднего давления в

легочной артерии у пациентов исследованных групп не различался (19,75 – 19,50 – 20,98 – 22,08 мм рт. ст., $p=0,06$).

При анализе таблиц сопряженности между парами признака «наличие ХОБЛ» и другими качественными признаками выявлено наличие его связи с критериями тяжести сердечно-сосудистой патологии: ФК стенокардии ($p=0,021$; V-критерий Крамера = 0,139), ПИМ ($p<0,0001$; V-критерий Крамера = 0,192), наличие аритмии ($p=0,005$; V-критерий Крамера = 0,128), степень АГ ($p=0,001$; V-критерий Крамера = 0,125), ФК ХСН ($p<0,0001$; V-критерий Крамера = 0,321) и стадия ХСН ($p<0,0001$; V-критерий Крамера = 0,256), а также с наличием сахарного диабета 2 типа ($p=0,008$; V-критерий Крамера = 0,144).

Выводы.

1. У больных пожилого и старческого возраста с сочетанием АГ и ИБС в 30% случаев встречается ХОБЛ.

2. Наличие и усугубление тяжести ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста с АГ+ИБС сопровождается увеличением полостей сердца, нарастанием гипертрофии ЛЖ и ухудшением систолической и диастолической функции желудочков сердца.

3. Отмечена статистически значимая взаимосвязь наличия ХОБЛ с ФК стенокардии и ХСН, ПИМ в анамнезе, степенью АГ, наличием аритмии и сахарного диабета 2 типа.

4. Наличие ХОБЛ не вносит существенный вклад в развитие легочной гипертензии у больных пожилого и старческого возраста с сочетанием АГ и ИБС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА УЛЬТИБРО У ПОЖИЛЫХ

Фрид С.А.¹, Мустафин Х.М.², Максютова С.С.¹, Бакулина И.А.², Муталова Э.Г.¹,
Нигматуллина А.Э.¹, Камалтдинова Г.Я.¹, Кудрявцева И. В.², Долганов М.И.²,
Алексеева Е.Е.², Ядренникова И.В.², Фаррахова Ф.И.², Акманова З.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

МЗ России, Уфа

² ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа

Актуальность: Бронходилататоры при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) признаны фармакологическими препаратами 1-ой линии. При их использовании уменьшается выраженность клинических симптомов. В доступной нам литературе, мы не встретили каких-либо особенностей применения бронходилататоров у пожилого контингента, в связи с чем изучение эффективности и безопасности препарата Ультибро у пожилой когорты представляется особенно актуальным.

Цель исследования: оценить эффективность нового бронходилататора Ультибро, Novartis Pharma, Швейцария (Гликопиррония бромид + Индакатерол 110/50 мкг) у пациентов гериатрического профиля со среднетяжелым и тяжелым течением ХОБЛ.

Материалы и методы: нами обследовано 44 пожилых пациента (37 мужчин, 7 женщин), страдающих ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, поступивших на стационарное лечение в ГБУЗ РКГВВ по поводу рутинных обострений. Средний возраст 76,6±4,3 лет. Средняя частота обострений – 2,75±0,34 раза в год. Средняя длительность анамнеза ХОБЛ 20,2±5,7 лет. Курили все обследованные мужчины и 2 женщины. Средний стаж курения 53,2±12,7 лет. Средний индекс курящего человека 22,4±3,7 пачка/лет. Все больные страдали сопутствующей ИБС, по поводу которой получали стандартную терапию, в том числе и β – адреноблокаторы (бисопролол) в средней дозе 3,54±1,32 мг. Изолированная систолическая гипертензия встречалась в 85% случаев, сахарный диабет в 32% случаев, хроническая болезнь почек (ХБП) обнаружена у всех пациентов в той или иной степени выраженности. Терминальной ХБП не выявлено ни у одного больного. Большинство пациентов получали аэрозоль Беродуал (20/5 мкг) в каче-

стве бронходилатирующей терапии на момент обострения без эффекта (79,2% обследованных), 21,8% получали Атровент (20 мкг). Дополнительное использование аэрозоля сальбутамола так же практически не приносило облегчения. Все эпизоды настоящего обострения пациенты связывали с респираторной вирусной инфекцией, перенесенной накануне. При объективном обследовании при поступлении выявлено: субфебрильная лихорадка – 100% пациентов, сухие свистящие хрипы по всем легочным полям при аускультации у всех больных, кашель с отхождением скудной слизисто-гноной мокроты, преимущественно по утрам. Всем пациентам была назначена специфическая антибактериальная терапия непосредственно в момент поступления. Декомпенсация хронического легочного сердца не выявлена ни у одного больного. В то же время факт наличия хронического легочного сердца установлен у всех больных. На момент первичного осмотра методом случайной рандомизации все пациенты были разделены на 2 группы по 22 человека. Одна группа получала препарат Ультибро бризхалер в стандартной дозировке в качестве комбинированной бронходилатирующей терапии. Вторая группа получала свою прежнюю бронходилатирующую терапию без интенсификации доз. Спирографическое исследование осуществлялось на аппарате Спиро С-100 Альтоника на момент поступления и через 10 дней после старта терапии. Также оценивалось качество жизни с помощью опросника CAT's при поступлении и при выписке: вклад основных симптомов – одышки и кашля в нарушение сна, повседневную активность, коммуникацию.

Результаты и обсуждение: Динамика показателей спирографии представлена в таблице 1. Как видно из таблицы 1, ни один из показателей, отвечающих за вентиляционные нарушения рестриктивного типа, достоверно не изменились. В то же время как показатели, определяющие скорость воздушного потока и его обратимость, претерпели существенные изменения в обеих группах. В группе пациентов, получающих Ультибро в течение 10 дней, заметен достоверный прирост функциональных и скоростных показателей. Причем эта динамика была значительно более выраженной, чем в группе сравнения.

Таблица 1.

Спирографическая характеристика в исследуемых группах.

Показатели	Группа исследования		Группа сравнения	
	До лечения (n=22)	После лечения (n=22)	До лечения (n=22)	После лечения (n=22)
ОФВ1 (л/сек)	1198,3± 87,8	1581,4±96,6 (p<0,01)	1138,75±41,2	1296,16±54,69 (p<0,05)
Индекс Тиффно, (%)	57,9±3,0	66,1±1,8 (p<0,05)	58,85±1,78	61,3±1,2 (p<0,05)
МОС25 (л/с)	1,97±0,43	2,78±0,27 (p<0,01)	2,14±0,14	2,26±0,09 (0,05<p<0,1)
МОС50 (л/с)	1,22±0,17	1,53±0,07 (p<0,001)	1,3±0,12	1,3±0,05 (p<0,05)
МОС75 (л/с)	0,49±0,06	0,65±0,08 (0,05<p<0,1)	0,47 ± 0,04	0,48±0,04 (0,05<p<0,1)
ДО (мл)	709,9±61,0	866,1±81,4	622,4±44,9	639,8±48,6
РОВд (мл)	1271,9±126,6	1337,1±198,2	1217,2±122,7	1347,6±163,3
РОВыд (мл)	232,7±44,1	267,4±48,9	395,7±57,6	369,2±57,2
ФЖЭЛ (мл)	2138,3±178,4	2384,1±195,9	2378,1±206,9	2532,8±274,8
ЖЭЛ (мл)	2212,0±161,3	2592,1±221,0	2211,8±169,5	2400,7±215,1

Так, ОФВ1 достоверно (p<0,01) увеличился практически на 32% к 10 суткам применения препарата, в то время как в группе сравнения – только на 13,82%. Прирост индекса Тиффно в исследуемой группе на фоне терапии составил 14,16% (p<0,01), а в группе сравнения только 4,16%. Параметры минутной объемной скорости по крупным, средним и мелким бронхам составил в исследуемой группе – 41,1% (p<0,01), 25,41% (p<0,001) и 32,65% (0,05<p<0,1), соответственно. В группе сравнения изменения скоростных показателей были незначительны и недостоверны. При сравнении функциональных и скоростных показателей на момент окончания лечения нами была обнаружена достоверная разница в пользу применения препарата Ультibro. Пациенты, применявшие стандартную терапию,

демонстрировали только недостоверную спирографическую эффективность. Разница в приросте ОФВ1 составила 22% ($p < 0,05$), индекс Тиффно – 7,8% ($p < 0,05$), МОС25 – 23% ($0,05 < p < 0,1$), МОС50 – 17,7% ($p < 0,05$), МОС75 – 35,4% ($0,05 < p < 0,1$). Динамика оценки качества жизни представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Динамика оценки качества жизни согласно опроснику CAT's

	Группа исследования		Группа сравнения	
	До лечения (n=22)	После лечения (n=22)	До лечения (n=22)	После лечения (n=22)
Результаты (баллы)	24,6± 1,18	18,8±0,88 ($p < 0,01$)	26,5±1,05	22,2±0,98 ($0,05 < p < 0,1$)

Как видно из таблицы 2, независимо от выбранной терапии, пациенты обеих групп отмечали достоверное (в группе, принимающих Ультибро – ($p < 0,001$), а в группе стандартной терапии - ($p < 0,01$)) улучшение качества жизни. В связи с коротким периодом наблюдения, исследованный препарат не продемонстрировал преимуществ по влиянию на качество жизни по сравнению со стандартной терапией. Количество нежелательных явлений было минимально и сопоставимо в обеих группах. Першение в горле – по 1 пациенту в каждой группе, кашель – 2 пациента в группе сравнения и 1 пациент в группе Ультибро.

Выводы: продемонстрированы преимущества инновационного препарата Ультибро (Новартис Фарма, Швейцария) относительно спирографических показателей у пациентов с ХОБЛ тяжелого и среднетяжелого течения пожилого возраста по сравнению со стандартной бронходилатирующей терапией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НА БАЗЕ ЛОГБУ «ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

Фролова Е.В.¹, Баширѳва А.С.^{2,3}, Неуймин А.Л.³, Ефимова С.Е.³, Петухова Е.Н.³

¹ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Минздрава России «Кафедра Семейной Медицины», Санкт-Петербург

² Комитет по социальной защите населения Ленинградской области,
Санкт-Петербург

³ ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»,
Ленинградская область, Киришский район, п. Глажево

Актуальность. Существующая в настоящее время межведомственная разобщенность в системе оказания гериатрической помощи, особенно, между врачами общей практики и специалистами социальных служб, не позволяет осуществлять эффективный обмен информацией и преемственность, необходимые при организации, в первую очередь, долговременного ухода за пациентами гериатрического профиля (Фролова Е.В., Корыстина Е.М., 2010). Как выявить лиц пожилого возраста, нуждающихся в комплексе геронтологических и гериатрических услуг? Кому в первую очередь нужна помощь, и в каком объеме? Как правильно распределить ресурсы здравоохранения и социальной защиты населения? Кто может эффективнее всего определить группу наиболее уязвимых пожилых пациентов?

В большинстве стран, где существует развитая гериатрическая практика, для этой цели используют комплексную оценку состояния здоровья пожилого человека (Comprehensive Geriatric Assessment). Ее определяют как многомерный междисциплинарный диагностический процесс для оценки объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья пожилого человека. Главные задачи — совершенствование диагностики, оптимизация лечения, определение необходимых форм реабилитации, улучшение функционального состояния и качества жизни, включая условия проживания, использование медицинских и социальных служб, планирование долгосрочной поддержки пожилого человека (Фролова Е.В. и др., 2010). В процесс комплексной гериатрической оценки (КГО) вовлечено множество измеримых показателей, обычно формирующих че-

тыре группы. Показатели физического здоровья — это данные традиционного анамнеза жизни, физикального осмотра, лабораторных исследований, критерии тяжести отдельных заболеваний. Следующая группа сведений описывает функциональный статус с помощью таких показателей, как активность в повседневной жизни (ADL), инструментальная активность в повседневной жизни (IADL), качество жизни, мобильность, риск падений. Оцениваются также показатели психического здоровья, среди них, в первую очередь, — когнитивный статус и эмоциональное состояние, социально-экономические факторы, в том числе наличие семьи, родственников, материальное положение, безопасность места проживания. После анализа комплекса этих показателей формируется перечень потребностей пожилого человека, определяются мероприятия для повышения качества его жизни и поддержки.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет наиболее полно оценить физический, функциональный и когнитивный статус пожилого пациента и выделить наиболее ослабленных пациентов, т.е. имеющих синдром старческой астении (ССА). Применение в клинической практике КГО позволяет уменьшить частоту и длительность госпитализации, снижает смертность на 17%, институализацию на 23% (Ploeg J et al., 2005).

Подробная комплексная оценка состояния пожилого человека может выполняться на самых разных этапах оказания помощи и с участием разнообразных служб и специалистов: в стационаре перед выпиской пациента, в домах по уходу за пожилыми, в общей врачебной практике, в системе учреждений социальной защиты населения. Но где бы ни выполнялась КГО, по сути, она является основой системы гериатрической службы, единым языком для общения, отправной точкой для направления пациентов в различные медицинские и социальные учреждения, создания программ лечения и реабилитации.

Цель нашей работы — апробация методологии комплексной гериатрической оценки в системе социально-медицинской помощи пациентам гериатрического профиля на базе ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области».

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 46 пациентов пожилого и старческого возраста по методике КГО, по-

лучивших социально-медицинские услуги в стационарной форме на базе ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области» в 2017 г. В исследовании принимали участие только женщины. Средний возраст обследованных составил $74 \pm 1,9$ лет, из них 28 пациенток пожилого возраста (55-74 лет, 60%), 18 – старческого возраста (75-90 лет, 40%), соответственно. Комплексная гериатрическая оценка обследованных пациентов проводилась в соответствии с письмом заместителя министра Министерства здравоохранения РФ от 12.08.2016 г. № 17-9/10/2-5011 и Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ по ведению пациентов со старческой астенией. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ STATISTICA 12 и MedCalc Statistical Software, version 15.8.

Результаты. Комплексная оценка гериатрического статуса с определением уровня функционирования обследованных свидетельствовала об отсутствии зависимости пациентов в посторонней помощи в 89,1% случаев. Умеренная зависимость от помощи окружающих по шкале оценки активности в повседневной жизни (индекс Бартел 61-90 баллов) наблюдалась у 10,9% обследованных.

Депрессия, как известно, относится к модифицируемым факторам риска развития синдрома старческой астении и ассоциируется со многими другими гериатрическими синдромами, в частности, с когнитивными нарушениями, дефицитом питания, снижением функциональной активности. Частота встречаемости симптомов гериатрической депрессии по шкале GDS-15 среди обследованных пациентов составила 39,1%. По данным опросника, распространенность симптомов гериатрической депрессии встречалась в 2 раза чаще среди лиц пожилого возраста (55-74 лет), чем среди пациенток возрастной группы 75-90 лет, $p < 0,05$.

Большой интерес представляют, на наш взгляд, результаты оценки когнитивного функционирования. Изучение когнитивных расстройств во всем мире является одной из центральных проблем гериатрии, геронтопсихиатрии и геронтоневрологии в связи с колоссальным влиянием на качество жизни старших возрастных групп и социально-экономическим значением для общества в целом.

Анализ полученных результатов оценки когнитивного и психического статуса (шкала MMSE, тест рисования часов) выявил достовер-

но высокую распространенность вероятных когнитивных нарушений – в 41,3% случаев, низкий балл (≤ 27) по шкале MMSE, $p < 0,05$. В то же время, пациенты с наличием жалоб на снижение памяти имели более низкие баллы по тесту рисования часов (≤ 9), что продемонстрировал более высокий удельный вес пациентов с вероятными когнитивными нарушениями – 63,1% случаев, $p < 0,05$.

Оценка инструментальной активности в повседневной жизни (шкала IADL) и способности к выполнению основных функций показала преобладание сохранных пациентов в 87% и 93,5% случаев, снижение данных видов активности наблюдалось в 13% и 6,5% случаев, соответственно. По результатам теста «Встань и иди» и оценки способности к поддержанию равновесия установлены практически сопоставимые данные: риск падений и удовлетворительные способности обнаружены у 56,5% обследованных, хорошие результаты показали 43,5% пациентов, соответственно.

Проведение комплексных реабилитационных мероприятий в течение 21 дня пребывания в ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области» позволило 76,2% пациентов гериатрического профиля отметить улучшение функционального состояния, когнитивного статуса, психо-эмоционального фона и, как следствие, повышение качества жизни, что подтвердили результаты повторной комплексной гериатрической оценки, $p < 0,05$.

Выводы. Комплексная гериатрическая оценка пожилого человека в неорганизованной популяции позволяет диагностировать не только имеющиеся заболевания, но и функциональный статус, причины снижения качества жизни, а также эффективность проводимых реабилитационных мероприятий. Таким образом, улучшение функционирования у пожилых и старых пациентов может быть более важным, чем просто медикаментозное лечение. В частности, интенсивное болеутоление, повышающее качество жизни, может быть предпочтительнее агрессивной химиотерапии. Обучение пациентов и членов их семьи, как сохранить функцию при заболевании того или иного органа или системы и жить с этой проблемой, может быть более эффективной мерой для приложения времени, сил и ресурсов, чем усиление терапии различными лекарственными препаратами или бесконечное повторение сложных и дорогих методов исследования.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Черепанова Н.В.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул

Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн – это медицинская организация, оказывающая специализированную стационарную и консультативную медицинскую помощь ветеранам войн и лицам пожилого возраста.

При организации сестринского ухода за представителями старшего поколения в условиях стационара характерно наличие многих хронических заболеваний, поведенческие нарушения, снижение иммунитета, функций памяти. В связи с этим, в госпитале большое внимание уделяется организации ухода за пожилыми больными по предупреждению травм и несчастных случаев. Надежной мерой профилактики травматизма пациентов в КГБУЗ АКГВВ является присутствие младшего медицинского персонала при приеме гигиенических процедур. В рамках реабилитации пожилых пациентов большое значение уделяется использованию дифференцированного подхода к выбору лечебных программ с преимущественным применением физических методов и методов традиционной медицины.

На базе нашего госпиталя созданы школа здоровья «Правила здорового образа жизни», «Обучение технике Скандинавской ходьбы», где проводятся занятия с пациентами и их родственниками. Проводим работу и обучение пациентов и родственников по формированию психологии здорового образа жизни, культуры здоровья и техники ухода в домашних условиях.

Альтернативной формой реабилитации герiatricеских пациентов в госпитале является организация культурно-досуговых мероприятий. С февраля 2010 года на базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» работает социально-культурный проект «Диалог поколений». Инициаторы и создатели данного проекта – преподаватели и студенты ФГБОУ ВО «Алтайский государственный

институт культуры» и сотрудники госпиталя. В данном проекте используются методы художественного творчества.

Успех ухода и реабилитации в значительной мере зависит от психологического контакта пациентов с медицинским персоналом, внимания и доброты, которые являются одними из самых позитивных факторов.

Еще одним важным аспектом в оказании медицинской помощи гериатрическим больным является грамотная организация ухода. От медицинского персонала требуется соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. Медицинские сестры лично выдают таблетированные лекарственные формы каждому пациенту, деликатно и тактично напоминают время прохождения лечебно-диагностических процедур.

Критериями контроля качества подготовки специалистов сестринского дела и оценки их профессиональных знаний является аттестация и сертификация. Все медицинские сестры имеют сертификат специалиста, аттестовано более 70%, в том числе, высшую квалификационную категорию имеют 59% медицинских сестер. Ежегодно идёт увеличение числа аттестованных специалистов. Средний медицинский персонал госпиталя активно сотрудничает с Профессиональной ассоциацией средних медицинских работников, членство в которой составляет 76%.

В работе с пожилыми людьми важен не только профессионализм специалистов сестринского дела, но и любовь к своей профессии, уважительное отношение к пациентам, внимательность, терпимость, доброта и вежливость. Наличие этих качеств уделяется большое внимание при подборе сестринских кадров для работы в госпитале.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

	<i>стр.</i>		<i>стр.</i>
Авзалетдинова А.Р.	89	Коржавина Н.А.	72
Акманова З.А.	129	Кочанова Е.А.	103
Алексеева Е.Е.	93, 129	Круглянская Л.Я.	75
Арьев А.Л.	9	Кудрявцева И.В.	79, 81, 93, 129
Арьева Г.Т.	9	Кузнецова Н.Б.	15
Ахметова А.Р.	13	Кураленко О.А.	47
Байда А.В.	15	Максютова А.Ф.	79, 81
Бакулина И.А.	79, 81, 93, 129	Максютова Л.Ф.	79, 81
Башкирёва А.С. ...	18, 23, 26, 34, 38, 42, 133	Максютова С.С.	79, 81, 93, 129
Белицкий С.Н.	29	Мамаев Е.И.	96
Виноградова И.А.	31	Мелёхин А.И.	83
Владимирова О.Н.	34, 38, 42	Михалюк Р.А.	87
Воронина Л.П.	15	Михалюк С.Ф.	87
Головина Н.В.	47	Мустафин Х.М.	79, 81, 89, 93, 129
Горанская С.В.	50	Муталова Э.Г.	93
Горанский А.И.	31	Неуймин А.Л.	133
Григорян А.М.	101	Нигматулина А.Э.	93, 129
Даниелян А.А.	53	Новикова Н.А.	96
Диденко В.И.	103	Носов В.П.	101
Долганов М.И.	81, 93, 129	Один В.И.	103
Доронина О.В.	42	Одинец А.В.	62
Дубровин Д.А.	89	Павлова Н.А.	105
Дьяконов М.М.	57	Петрова А.И.	105
Дятлова Е.О.	47	Петрова В.Б.	105
Еникеев Ю.В.	13	Петрова Г.П.	72
Ефимова С.Е.	133	Петухова Е.Н.	133
Ефремушкин Г.Г.	106	Подсонная И.В.	59, 106, 122,
Зубова О.А.	59, 126	Разумовская А.М.	109
Зыкова Т.А.	72	Разумовский М.И.	109
Иванова М.А.	62	Рафальская К.А.	68
Ильина И.К.	65	Романчук Н.П.	112
Камалтдинова Г.Я.	93, 129	Романчук П.И.	112
Карасаева Л.А.	38	Романчук Т.Г.	112
Каюмова И.И.	72	Рябоконт А.Г.	42
Кирсанов Р.И.	29	Рябчун П.В.	116
Киселева Г.В.	68	Рязанцева Н.П.	116

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ НАУЧНЫХ ТРУДОВ

	<i>стр.</i>		<i>стр.</i>
Садыкова Р.Т.	118	Фрид С.А.	79, 129
Саляхова Р.М.	13	Фролова Е.В.	68, 133
Самойлов А.А.	103	Фролова Л.В.	47
Сачек О.И.	62	Хабибрахманова Н.С.	72
Соколова Я.В.	126	Харлова А.Г.	59
Субкевич Д.И.	121	Хусаинова А.Г.	81
Сумина Е.В.	122	Черепанова Н.В.	137
Торбик Д.В.	124	Шангареева Л.С.	118
Фазлиахметова Л.М.	122	Шахова Т.В.	47
Фаррахова Ф.И.	79, 129	Ядренникова И.В.	93, 129
Филиппова Т.В.	126		

Для заметок

Типография «Полет»
Адрес: г. Санкт-Петербург,
ул. Белы Куна, д. 32
Тел.: +7 (812) 983 23 12
Тираж 1000 шт.