



ВЕСТНИК

ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

ТОМ 23

2

2018

ISSN 1606-8157



ISSN 1606-8157

Ministry of Public Health of the Russian Federation
Ivanovo State Medical Academy

VESTNIK IVANOVSKOJ MEDICINSKOJ AKADEMII BULLETIN OF THE IVANOVO MEDICAL ACADEMY

Quarterly Reviewed Scientific and Practical Journal

Founded in 1996

Volume 23

№ 2

2018

Editorial Board

Editor-in-Chief E. V. BORZOV, Doctor of Medical Science, Professor
Deputy Editor-in-Chief O. A. NAZAROVA, Doctor of Medical Science, Professor

E. K. BAKLUSHINA, Doctor of Medical Science, Professor
E. N. DYAKONOVA, Doctor of Medical Science, Associated Professor
L. A. ZHDANOVA, Doctor of Medical Science, Professor
I. V. KIRPICHEV, Doctor of Medical Science, Associated Professor
A. I. MALYSHKINA, Doctor of Medical Science, Professor
I. E. MISHINA, Doctor of Medical Science, Professor
A. E. NOVIKOV, Doctor of Medical Science, Professor
S. N. ORLOVA, Doctor of Medical Science, Professor
E. J. POKROVSKIY, Doctor of Medical Science, Associated Professor
V. V. CHEMODANOV, Doctor of Medical Science, Professor

Editorial Council

S. G. AKHMEROVA, Doctor of Medical Science, Professor (Bashkir State Medical University)	I. A. PANOVA, Doctor of Medical Science, Associated Professor (V. N. Gorodkov Ivanovo Research Institute for Maternity and Childhood)
N. A. VERESHCHAGIN, Doctor of Medical Science (Privolzhskiy Research Medical University)	O. G. Pekarev, Doctor of Medical Science, Professor (V. I. Kulakov National Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology)
V. P. VOLOSHIN, Doctor of Medical Science, Professor (M. F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute)	V. V. Rybachkov, Doctor of Medical Science, Professor (Yaroslavl State Medical University)
M. V. ERUGINA, Doctor of Medical Science, Associated Pro- fessor (V. I. Razumovsky Saratov State Medical University)	I. G. Sitnikov, Doctor of Medical Science, Professor (Yaroslavl State Medical University)
T. I. KADURINA, Doctor of Medical Science (I. I. Mechnikov North-Western State Medical University)	D. V. Skvortsov, Doctor of Medical Science (N. I. Pirogov Russian National Research Medical University)
V. V. KOVALCHUK, Doctor of Medical Science, Professor (City Hospital No. 38 n. a. N.A. Semashko, Saint Petersburg)	A. P. Skoromets, Doctor of Medical Science (I. I. Mechnikov North-WWestern State Medical University)
A. V. KONTSEVAYA, Doctor of Medical Science (National Medical Research Center for Preventive Medicine)	O. N. Tkacheva, Doctor of Medical Science, Professor (N. I. Pirogov Russian National Research Medical University)
A. B. LARICHEV, Doctor of Medical Science, Professor (Yaroslavl State Medical University)	A. I. Fedin, Doctor of Medical Science, Professor (N. I. Pirogov Russian National Research Medical University)
Yo. N. MADZHIDOVA, Doctor of Medical Science, Professor (Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan)	
V. V. MALEEV, Member of RAS, Doctor of Medical Science, Professor (Central Research Institute of Epidemiology)	

Address for the editorial office
Bulletin of the Ivanovo Medical Academy
8 Sheremetev avenue Ivanovo 153012 Russia
Tel.: (493-2) 32-95-74

The journal welcomes for publication contributions that promote medical science and practice:
(1) original articles describing either clinical research or basic scientific work relevant to medicine;
(2) review articles on significant advances or controversies in clinical medicine and clinical science.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1996 г.

Том 23

№ 2

2018

Редакционная коллегия

Главный редактор Е. В. БОРЗОВ, доктор медицинских наук, профессор
Зам. главного редактора О. А. НАЗАРОВА, доктор медицинских наук, профессор

Е. К. БАКЛУШИНА, доктор медицинских наук, профессор
Е. Н. ДЬЯКОНОВА, доктор медицинских наук, доцент
Л. А. ЖДАНОВА, доктор медицинских наук, профессор
И. В. КИРПИЧЕВ, доктор медицинских наук, доцент
А. И. МАЛЫШКИНА, доктор медицинских наук, профессор
И. Е. МИШИНА, доктор медицинских наук, профессор
А. Е. НОВИКОВ, доктор медицинских наук, профессор
С. Н. ОРЛОВА, доктор медицинских наук, профессор
Е. Ж. ПОКРОВСКИЙ, доктор медицинских наук, доцент
В. В. ЧЕМОДАНОВ, доктор медицинских наук, профессор

Редакционный совет

С. Г. АХМЕРОВА, доктор медицинских наук, профессор
(Башкирский государственный медицинский университет)
Н. А. ВЕРЕЩАГИН, доктор медицинских наук
(Приволжский исследовательский медицинский университет)
В. П. ВОЛОШИН, доктор медицинских наук, профессор
(Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М. Ф. Владимирского)
М. В. ЕРУГИНА, доктор медицинских наук, доцент (Саратовский
государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского)
Т. И. КАДУРИНА, доктор медицинских наук (Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова)
В. В. КОВАЛЬЧУК, доктор медицинских наук, профессор
(Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко, Санкт-Петербург)
А. В. КОНЦЕВАЯ, доктор медицинских наук
(Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины)
А. Б. ЛАРИЧЕВ, доктор медицинских наук, профессор
(Ярославский государственный медицинский университет)
Ё. Н. МАДЖИДОВА, доктор медицинских наук, профессор
(Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан)
В. В. МАЛЕЕВ, академик РАН, доктор медицинских наук,
профессор (Центральный научно-исследовательский
институт эпидемиологии)

И. А. ПАНОВА, доктор медицинских наук, доцент
(Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства им. В. Н. Городкова)
О. Г. ПЕКАРЕВ, доктор медицинских наук, профессор
(Национальный медицинский исследовательский центр
акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова)
В. В. РЫБАЧКОВ, доктор медицинских наук, профессор
(Ярославский государственный медицинский университет)
И. Г. СИТНИКОВ, доктор медицинских наук, профессор
(Ярославский государственный медицинский университет)
Д. В. СКВОРЦОВ, доктор медицинских наук
(Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова)
А. П. СКОРОМЕЦ, доктор медицинских наук
(Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова)
О. Н. ТКАЧЕВА, доктор медицинских наук, профессор
(Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова)
А. И. ФЕДИН, доктор медицинских наук, профессор
(Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова)

Учредитель: федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Решением президиума Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки РФ
журнал «Вестник Ивановской медицинской академии»
рекомендован для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук
<http://vak.ed.gov.ru>

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования
<http://elibrary.ru>

Сайт журнала в сети Интернет:
vestnik-ivgma.ru

Адрес редакции и издателя журнала:
153012, Иваново, Шереметевский просп., 8
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
Тел.: (4932) 32-95-74
E-mail: vestnik-ivgma@isma.ivanovo.ru

Свидетельство о регистрации № 013806 от 13 июня 1995 г.
выдано Комитетом Российской Федерации по печати

Подписной индекс Объединенного каталога «Пресса России»: 42143

Редактор *С. Г. Малытина*
Компьютерная верстка ИПК «ПресСто»

Дата выхода в свет: 14.03.2019. Формат 60×84¹/₈.
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,28.
Тираж 500 экз. Заказ № 2253.

Отпечатано в ООО «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, строение 8
Тел. 8-930-330-26-70

СОДЕРЖАНИЕ CONTENTS

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT

Н. В. Кириченко, Е. К. Баклушина, Д. И. Моисеенков, А. С. Пайкова

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ СО «СТАРОЙ» ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРОЙ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

6

N. V. Kirichenko, E. K. Baklushina, D. I. Moiseenkov, A. S. Paikova

GERIATRIC AID MANAGEMENT IN ELDERLY POPULATION IN IVANOVO REGION: STATE AND PROBLEMS

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

CLINICAL MEDICINE

В. В. Рыбачков, С. В. Куликов, Н. В. Березняк
БОЛЕЗЬ КРОНА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

11

V. V. Rybachkov, S. V. Kulikov, N. V. Bereznyak
CROHN'S DISEASE IN GENERAL SURGERY HOSPITAL

М. Н. Кирпикова, Н. В. Шмелькова, М. К. Стаковецкий
МИКРОАРХИТЕКТОНИКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

15

M. N. Kirpikova, N. V. Shmelkova, M. K. Stakovetsky
MICROARCHITECTONICS OF FEMORAL BONE PROXIMAL SECTION IN WOMEN WITH OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSE

Е. Ю. Мелкумова, В. Н. Ардашев, О. М. Масленникова, С. В. Стеблецов, Л. А. Егорова

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

20

E. Yu. Melkumova, V. N. Ardashev, O. M. Maslennikova, S. V. Stebletsov, L. A. Egorova

CARDIAC RHYTHM DISORDERS IN ISCHEMIC INSULT BY ELECTROCARDIOGRAM HOLTER MONITORING RESULTS

А. В. Муромкина, О. А. Назарова
ЧТО МЫ ЗНАЕМ О ПАЦИЕНТАХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЧТО ОНИ ЗНАЮТ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ?

25

A. V. Muromkina, O. A. Nazarova
WHAT DO WE KNOW ABOUT PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND WHAT DO THEY KNOW ABOUT THEIR DISEASE?

О. В. Нилова, С. В. Колбасников
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

28

O. V. Nilova, S. V. Kolbasnikov
INTERACTION OF EPICARDIUM OBESITY, RISK FACTORS AND TARGET ORGANS LESION IN OLD AND ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

GUIDE FOR PRACTITIONERS

С. Е. Ушакова, Н. В. Будникова, М. В. Александров
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

32

S. E. Ushakova, N. V. Budnikova, M. V. Aleksandrov
THE PECULIARITIES OF PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN OLD AND ELDERLY PATIENTS

Е. В. Руженская, С. В. Смирнова, П. Л. Егорова
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

37

E. V. Ruzhenskaya, S. V. Smirnova, P. L. Egorova
EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONS AND METHODS FOR THEIR CORRECTION IN ELDERLY PATIENTS

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORTS

А. В. Гусев, А. Э. Говорливых, А. Ю. Соловьев
ЗАБРЮШИННАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

41

A. V. Gusev, A. E. Govorlivykh, A. Yu. Solovyov
RETROPERITONEAL PERFORATION OF DUODENUM DIVERTICULUM

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	BRIEF REPORTS
Н. Г. Гарькавый, Н. А. Верещагин, М. Ю. Макурин, А. Н. Валуйев ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	N. G. Garkaviy, N. A. Vereschagin, M. Yu. Makurin, A. N. Valuyev PECULIARITIES OF ENDOPROSTHESIS IN FRACTURES OF NECK OF THE FEMUR IN ELDERLY PATIENTS
44	44
Е. А. Рябихин, М. Е. Можейко ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПОДГРУППАХ	E. A. Ryabikhin, M. E. Mozheiko ARTERIAL RIGIDITY INDICES IN ELDERLY PATIENTS IN VARIOUS AGE SUBGROUPS
46	46
А. Н. Бродовская, Г. А. Батрак ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	A. N. Brodovskaya, G. A. Batrak CORRELATION OF GLYCEMIA VARIABILITY AND KIDNEY LESION IN PATIENTS WITH PRIMARY REVEALED DIABETES MELLITUS II TYPE
48	48
А. Хасанов, Р. Давлетшин, Ф. Асфандияров, Э. Колчина, Д. Мехдиев, А. Амирова ДИАГНОСТИКА МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА	A. Khasanov, R. Davletshin, F. Asfandiyarov, E. Kolchina, D. Mekhdiev, A. Amirova DIAGNOSIS OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS OF REGIONAL VASCULAR CENTRE
50	50
О. Г. Шершнева, И. В. Кирпичев ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛАДЬЕВИДНО-ПОЛУЛУННОЙ СВЯЗКИ КИСТЕВОГО СУСТАВА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	O. G. Shershneva, I. V. Kirpichev INCIDENCE OF NAVICULAR- SEMILUNAR LIGAMENT LESION OF HAND JOINT AT AMBULATORY STAGE OF TRAUMATOLOGIC AID RENDERING
52	52



Уважаемые читатели!

Перед вами монотематический номер «Вестника Ивановской медицинской академии», который впервые за все время существования нашего журнала полностью посвящен вопросам диагностики и лечения различных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.

Подбор материалов этого номера продиктован, прежде всего, требованиями сегодняшнего дня – настойчивым и поступательным развитием гериатрической службы, а также потребностями практического здравоохранения – нарабатывать опыт, владеть наиболее полной информацией о том, как вести сложный контингент в практике врача любой специальности – пациентов старших возрастных групп, как правило, имеющих множественную патологию и атипичные клинические проявления.

В этот номер вошли как оригинальные наблюдательные клинические работы, так и сообщения, посвященные организации медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста. И отбор статей, и их характер, на наш взгляд, отражает организационные и методологические трудности гериатрического направления как в теории, так и на практике. К примеру, для того чтобы выделить особенности диагностики или лечения какого-либо заболевания у пожилых, требуется сравнить, как протекает та же патология у пациентов более молодого возраста. С точки зрения формирования групп сравнения, а зачастую и применения методов диагностики и лечения, сделать это весьма затруднительно, а порой и просто невозможно. Поэтому значительная часть рекомендаций по ведению больных пожилого и старческого возраста носит характер экспертных обобщений, которых, кстати, не так много. Мы сочли важным опубликовать в этом номере обзор современных рекомендаций по лечению артериальной гипертонии у пожилых.

Хотелось бы подчеркнуть, что в настоящее время, несмотря на вступление в силу нормативных документов по формированию гериатрической службы, этот процесс протекает сложно: нет достаточного числа подготовленных гериатров, организационных и материальных ресурсов, не сложилось четкого практического понимания круга функциональных возможностей и ответственности специалиста-гериатра. Материал о сегодняшнем этапе формирования гериатрической службы в г. Иваново имеет несомненную актуальность и высокую практическую значимость.

Представляется, что в нашем журнале мы начинаем трудный и важный разговор об одном из относительно новых и важных современных направлений медицины – гериатрии. Мы приглашаем вас – наших читателей и соавторов – к продуктивной полемике, а значит, ждем новых интересных статей!

***Главный редактор журнала
доктор медицинских наук, профессор Е. В. Борзов***

Организация здравоохранения

УДК 614.2

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ СО «СТАРОЙ» ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРОЙ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Н. В. Кириченко¹,
Е. К. Баклушина², *доктор медицинских наук,*
Д. И. Моисеенков¹,
А. С. Пайкова²

¹ ОБУЗ «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», 153025, Россия, ул. Ермака, д. 52/2

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Описана организация гериатрической помощи в Ивановской области, относящейся к наиболее «старым» областям Российской Федерации. Приведены статистические данные, характеризующие ее состояние. С учетом положений «Всемирного доклада о старении и здоровье», опубликованном ВОЗ в 2015 г., предложена стратегия реорганизации гериатрической службы в единую многоуровневую систему амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Рассмотрены вопросы взаимодействия медицинских и социальных служб, совершенствования технологий медицинской помощи и диспансерного наблюдения пожилых людей, роли Ивановского областного гериатрического центра.

Ключевые слова: гериатрическая помощь, гериатрическая служба, пожилой и старческий возраст, стратегия развития, поликлиника, стационар, гериатрический центр.

* Ответственный за переписку (corresponding author): doctor-kirichenko@mail.ru

Развитие гериатрической службы в России диктуется прогрессивным увеличением доли населения старше трудоспособного возраста (число пожилых граждан в России в настоящее время растет, и, по прогнозам Росстата, к 2021 году их доля в общей численности населения составит 26,7% – 39,5 млн человек), ростом хронической неинфекционной заболеваемости, особенностями клинической картины и необходимостью введения модифицированных комплексных подходов к тактике лечения таких пациентов. Ивановская область в разрезе показателя возрастной структуры входит в десятку наиболее «старых» областей Российской Федерации. Население региона, по данным Росстата, в 2017 г. составляло 1 023 200 человек, при этом доля людей старше трудоспособного возраста была достаточно значимой (28,5% в сравнении с 24,0% в среднем по России). В медицинских организациях Ивановской области, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в 2016 году насчитывалось 57 терапевтических участков, где доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляла более 40,0%; в 2017 г. их число возросло до 60,0%.

С учетом происходящих демографических изменений назрела потребность в реорганизации гериатриче-

ской службы в единую многоуровневую систему амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Предпосылки для формирования такой системы были заложены еще в начале 2000-х, когда ВОЗ опубликовала документ «Активная старость: директивные рамки» (2002). В нем прописаны четыре компонента, необходимые для разработки государственных мер в рамках политики в области здравоохранения:

1. Профилактика и снижение чрезмерного бремени инвалидности, хронических заболеваний и преждевременной смертности.
2. Сокращение влияния факторов риска, связанных с основными заболеваниями, и усиление воздействия факторов, способствующих охране здоровья на протяжении всей жизни.
3. Создание континуума приемлемых по цене, доступных, высококачественных и благоприятных для людей пожилого возраста медицинских и социальных услуг в целях удовлетворения потребностей и осуществления прав людей по мере старения.
4. Обеспечение подготовки для лиц, осуществляющих уход.

В 2015 г. ВОЗ опубликовала «Всемирный доклад о старении и здоровье», где прописаны важнейшие позиции в сфере гериатрической помощи. В документе отмечается, что современные подходы общественного здравоохранения к вопросам старения населения оказались неэффективными: здоровье пожилых людей отстает от роста продолжительности жизни (на Земле за период с 1990 по 2016 год общая продолжительность жизни увеличилась на 6,2 года, продолжительность жизни, не обремененной болезнями, – на 5 лет). Действующие системы здравоохранения слабо ориентированы на оказание той помощи, которая необходима пожилым людям, даже в странах с высоким уровнем дохода, а модели обеспечения долгосрочной помощи являются недостаточными и неустойчивыми. Физические и социальные условия сопряжены с множеством барьеров и сдерживающих факторов, препятствующих как сохранению здоровья, так и участию пожилых людей в жизни общества. В документе принят иной, нежели традиционно используемый (в том числе в России), подход к оценке экономических последствий старения населения. Затраты на пожилых людей рассматриваются не как расходы, а как инвестиции, обеспечивающие благосостояние и разнообразный вклад пожилых людей в экономику государства и развитие общества. Соответственно, формирование специального геронтологического сектора медицины и здравоохранения должно стать рентабельным для государства и общества. Практически значимым разделом доклада является рассмотрение современных подходов к организации системы здравоохранения, ориентированной на долгосрочное оказание помощи пожилым людям для реализации концепции «Здоровая старость».

С учетом и на основе данных документов в феврале 2016 г. принята Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. Среди направлений развития системы здравоохранения можно выделить следующие:

- организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента на различных уровнях системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты;
- создание гериатрических отделений (кабинетов) в поликлиниках, расширение диапазона предоставляемых внебольничных услуг и создание рациональных систем длительного ухода за лицами пожилого возраста;
- организация гериатрических отделений в структуре многопрофильных стационаров, гериатрических центров;
- разработка стандарта по старческой астении, а также введение коэффициента сложности курации

пациентов не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, степени функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний;

- использование механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг для граждан пожилого возраста.

В настоящее время утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия» (приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н). Принципиально важным его положением является четкое определение контингента пациентов, нуждающихся в гериатрической помощи, и ее целей. Медицинская помощь по профилю «Гериатрия» оказывается пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, а также лицам иного возраста при наличии старческой астении.

Порядком предусмотрена трехуровневая система оказания гериатрической помощи. Ключевым ее звеном является врач-гериатр, который осуществляет взаимодействие с целым рядом специалистов, начиная с участковых терапевтов, в целях своевременной диагностики и оценки риска развития осложнений, связанных с основным и сопутствующими заболеваниями, а также проводимыми реабилитационными мероприятиями. Для качественной оценки и коррекции психоэмоционального состояния, нарушений коммуникативной сферы, ограничения физической активности, коррекции нарушений бытовых и профессиональных навыков пациентов прописана необходимость взаимодействия врача-гериатра также с работниками, имеющими высшее немедицинское образование: логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре.

Прописаны функции участковых терапевтов (врачей общей практики) в общей системе оказания гериатрической помощи: выявление старческой астении при самостоятельном обращении пациентов; направление лиц со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру; составление и выполнение индивидуального плана их лечения с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов; наблюдение пациентов со старческой астенией, включая осмотр на дому (не реже одного посещения в три месяца для медицинской сестры участковой и одного посещения в шесть месяцев для врача); при необходимости организация консультации врача-гериатра на дому.

В соответствии с Порядком гериатрическое отделение поликлиники создается при численности при-

крепленного населения пожилого и старческого возраста более 20 000 человек, гериатрический кабинет – менее 20 000 человек. Основными функциями этих структурных подразделений являются проведение комплексной гериатрической оценки, включающей в себя оценку физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента; выявление гериатрических синдромов; формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации.

Специализированная помощь по профилю «Гериатрия» включает диагностику и лечение заболеваний и гериатрических синдромов у пациентов со старческой астенией, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, а также разработку плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и(или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, коррекции сенсорных дефицитов, а также медицинскую реабилитацию. Гериатрическое отделение в стационаре создается из расчета одна койка на 2 000 человек пожилого и старческого возраста. К функциям гериатрического отделения стационара относится оказание помощи пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля; проведение мероприятий по реабилитации после ортопедических, хирургических, неврологических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля при необходимости продления срока стационарного лечения пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию.

К третьему уровню оказания гериатрической помощи относятся гериатрические центры. Следует отметить, что приведенная в Порядке информация о структуре центра носит рекомендательный характер. Следовательно, каждый регион вправе самостоятельно ее формировать, исходя из структуры заболеваемости, смертности населения, организационно-финансовых и инфраструктурных возможностей.

Основными функциями гериатрического центра является обеспечение организационно-методического руководства деятельности медицинских организаций и медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Гериатрия», проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, сохранению качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, проведение эпидемиоло-

гического анализа показателей их заболеваемости и смертности.

В Ивановской области на основании Распоряжения ДЗО Ивановской области № 96 от 25.02.2013 в 2013 г. организован Ивановский областной гериатрический центр на базе ОБУЗ «Ивановская клиническая больница имени Куваевых». В структуру центра входит гериатрическое отделение на 30 коек, дневной стационар на 20 коек и амбулаторно-поликлиническое звено, где предусмотрены две ставки гериатра.

В 2016 г. было разработано Положение о гериатрической помощи в Ивановской области, основная цель которого – обеспечение преемственности в работе с пациентами пожилого и старческого возраста с помощью создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи – от кабинета врача-гериатра амбулаторно-поликлинического звена до областного гериатрического центра. Взаимодействие гериатра со специалистами (участковыми терапевтами, врачами общей врачебной практики, кабинетами профилактики, реабилитологами, врачами ЛФК и др.) на всех уровнях медицинской помощи, с немедицинскими работниками с высшим немедицинским образованием (медицинскими психологами, логопедами и др.), социальными работниками может обеспечить эффективное функционирование гериатрической службы.

Распоряжением Правительства Ивановской области № 7-рп от 30.01.2017 «О реализации стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г. в Ивановской области» утвержден план мероприятий на 2017–2020 годы. В него вошли мероприятия, направленные на совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, в том числе создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи по данному профилю. Целевые показатели структуры гериатрической службы региона приведены в таблице.

В соответствии с целевыми индикаторами в 2019 г. планируется открытие 25 коек гериатрического профиля.

За 2017 г. в отделении круглосуточного пребывания центра прошел лечение 581 пациент, на амбулаторный прием гериатра в поликлинику № 2 ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обратилось 1445 человек. В дневном стационаре центра в 2017 г. получили лечение 445 больных.

В настоящее время в Ивановской области работает 13 врачей-гериатров (что соответствует показателю – 0,33 на 10 000 лиц старше трудоспособного возраста), из которых только два врача осуществляют амбулаторный прием. В 2017–2018 гг. профессиональную переподготовку по специальности «Гериатрия»

прошли ещё два врача, направленные для работы в амбулаторное звено, в т. ч. в центральные районные больницы. В ближайшее время в течение года предстоит подготовить ещё 10 врачей-гериатров для формирования полноценного амбулаторно-поликлинического звена гериатрической службы.

Параллельно осуществляется дополнительное обучение врачей первичного звена. Так, в 2017 г. тематическое усовершенствование по вопросам гериатрии на базе Ивановской государственной медицинской академии прошли 45 врачей; в 2018 г. запланировано дополнительное обучение по вопросам гериатрии врачей-кардиологов, врачей общей практики, участковых терапевтов, врачей кабинетов профилактики. С 2018 г. запланировано регулярное обучение среднего медицинского персонала по гериатрии на базе Ивановского медицинского колледжа.

Ивановский областной гериатрический центр оказывает методическую помощь медицинским учреждениям Ивановской области в обеспечении преемственности ведения пациентов, осуществляя маршрутизацию при оказании медицинской помощи населению старших возрастных групп. Практически важными оказались меры по реализации права граждан на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями с возможностью получения лицами старшего поколения лекарственных препаратов по рецептам со сроком действия до 3 месяцев и в объеме трехмесячной потребности. С 2016 г. на базе центра внедрена методика комплексной гериатрической оценки состояния здоровья пациентов с целью выявления синдрома старческой астении и последующей разработки индивидуального плана реабилитации их.

В настоящее время актуальной является задача организации диспансеризации лиц старше 60 лет в соответствии с приказом Минздрава России РФ № 869н от 26.10.2017 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», предусматривающей особый подход к обследованию лиц пожилого возраста с определением признаков старческой астении, профилактическому консультированию при выявлении возраст-ассоциированных заболеваний (гериатрических синдромов), а также реализацию индивидуального подхода

при проведении профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на увеличение продолжительности жизни, улучшение ее качества и снижение показателей смертности. В 2016 г. диспансеризацию прошли 62 894 человека (95,2% населения старше трудоспособного возраста, подлежащего осмотрам), в 2017 г. – 63 116 (95,3% от планируемого показателя).

В 2018 г. начат мониторинг мобильности, подвижности и риска падений у жителей Ивановской области пожилого и старческого возраста, проводимый сотрудниками Ивановской государственной медицинской академии (ответственный исполнитель – профессор С. Е. Ушакова) в рамках гранта Российского фонда фундаментальных исследований № 18-415-370007/18 «Биофизический мониторинг нарушения мобильности и риска падений жителей Ивановской области пожилого и старческого возраста в целях персонализации лечебно-реабилитационных программ и повышения качества жизни». Цель данной работы – апробировать и обосновать применение современных инструментальных методов исследования (в частности стабилometriю) для определения риска падений у пациентов. Планируется получить количественные показатели нарушений подвижности и риска падений у пожилых, что поможет реализовать индивидуализированный подход в осуществлении лечебно-реабилитационных программ в гериатрии и способствовать снижению показателей заболеваемости и инвалидизации пожилых пациентов, повышению их качества жизни.

Для привлечения внимания общества к решению проблем старшего поколения в 2017 г. в местных периодических изданиях вышло пять публикаций, посвященных проблемам граждан старших возрастных групп, а также телепередача «Круглый стол», где обсуждалась тема «Здоровье людей старшего поколения». Ежегодно на базе центра проводится День пожилого человека, в рамках которого организуются школы здоровья для пациентов старших возрастных групп. В 2017 г. начала функционировать волонтерская группа студентов-медиков «Время мудрости», целью которой также является привлечение внимания гражданского общества к решению проблем представителей старшего поколения.

Таблица. Целевые показатели структуры гериатрической службы Ивановской области к 2020 г.

Целевые индикаторы к 2020 году	Показатель
Число врачей-гериатров (всего)	16
в т. ч. амбулаторных	12
стационарных	4
Количество гериатрических коек	55
Количество гериатрических кабинетов	12
Количество пролеченных больных за год	1408

С целью налаживания взаимодействия между учреждениями здравоохранения и социального обслуживания Департаментом социальной защиты населения Ивановской области в ноябре 2017 г. проведен образовательный семинар для социальных работников, посвященный вопросам диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с возрастом, проблемам общения с пожилыми пациентами. Рассматривалась перспектива обучения социальных работников, сиделок по вопросам гериатрической помощи на базе Ивановского медицинского колледжа.

Расширяется межведомственное взаимодействие Департамента социальной защиты населения Ивановской области и Ивановского областного гериатрического центра. Соглашение о сотрудничестве указанных структур имеет целью совместные действия в сфере просвещения лиц старшего поколения и инвалидов по вопросам безопасности, оперативного реагирования в экстремальных ситуациях, оказания государственной социальной помощи и предо-

ставления мер социальной поддержки, сохранения и укрепления здоровья, а также совершенствование профессиональных знаний медицинских работников организаций социального обслуживания Ивановской области.

Таким образом, в настоящее время наряду с развитием материальной и организационной базы гериатрической службы области со «старой» возрастной структурой населения актуальной задачей является привлечение внимания медицинской и другой широкой общественности к проблеме медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, популяризация достижений геронтологии и гериатрии, взаимодействие медицинских и социальных служб, совершенствование технологий медицинской помощи и диспансерного наблюдения пожилых людей, усиление роли областного гериатрического центра, создание дружественной инфраструктуры и благоприятной психологической атмосферы для представителей старшего поколения.

GERIATRIC AID MANAGEMENT IN ELDERLY POPULATION IN IVANOVO REGION: STATE AND PROBLEMS

N. V. Kirichenko, E. K. Baklushina, D. I. Moiseenkov, A. S. Paikova

ABSTRACT. The authors described geriatric aid management in Ivanovo region which was regarded to the most “old” regions of the Russian Federation. Statistic data which characterized its state were adduced. The strategy for geriatric aid reorganization into united multi-level system of ambulatory-polyclinic and hospital aid was suggested with due regard to the statements of “World Report concerning aging and health” (published by World Health Organization in 2015). The problems of interaction between medical and social services, improvement of medical aid techniques and dispensary observation in elderly persons were considered. The role of Ivanovo regional geriatric centre was marked.

Key words: geriatric aid, management, elderly patients.

Клиническая медицина

УДК 616.334-002-031.84-08

БОЛЕЗНЬ КРОНА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

В. В. Рыбачков¹, доктор медицинских наук,
С. В. Куликов¹, доктор медицинских наук,
Н. В. Березняк¹

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

РЕЗЮМЕ Цель – изучить клинические проявления и особенности морфологической картины болезни Крона.

Материал и методы. Проведен анализ клинических проявлений и тактики ведения 233 больных с верифицированным диагнозом болезни Крона, госпитализированных в хирургический стационар с 1978 по 2018 год. Диагноз болезни Крона ставился на основании клинических данных, УЗИ-признаков заболевания в виде циркулярного утолщения стенок терминального отдела подвздошной кишки, результатах эндоскопического и гистологического исследования, интраоперационных данных.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми симптомами у пациентов с болезнью Крона были боль в животе (92,1%), диспепсия, дисфункция стула и повышение температуры тела. Самой распространёнными «масками» заболевания являются острый аппендицит (68,7% случаев), перитонит (22,9%), острая кишечная непроходимость (13,7%). Кровотечение из желудочно-кишечного тракта наблюдалось у 3 больных пожилого возраста. В большинстве случаев патологический процесс локализовался в тонкой кишке (89,7%).

Частота оперативных вмешательств при болезни Крона составила 58,0%, радикальное оперативное вмешательство заключалось в резекции измененного участка кишки.

Заключение. Многообразные «клинические маски», имитирующие острую хирургическую патологию, обуславливают высокую частоту оперативных вмешательств и тот факт, что болезнь Крона в значительном числе случаев диагностируется интраоперационно и требует гистологического подтверждения, что диктует необходимость детального знакомства общего хирурга с особенностями диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: болезнь Крона, клиника, морфология, диагностика, лечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): nvbereznyak@mail.ru.

Болезнь Крона – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

В. Crohn в 1932 г. описал клиническую картину терминального илеита у 18 пациентов, что позволило выделить эту патологию как отдельную нозологическую единицу.

Данные о заболеваемости и распространенности болезни Крона ограничены, поскольку ретроспективные исследования в данном направлении стали проводиться только с 1935 г. По данным R. E. Sedlack et al. (1980) [1, 5], с 1935 по 1975 г. ежегодная заболеваемость болезнью Крона составила 1,9 на 100 тыс. населения. В последующие годы публиковались работы, отражающие рост заболеваемости и распространенности данной патологии.

По мере накопления клинико-морфологических данных было установлено, что патологический процесс при болезни Крона может поражать все отделы пищеварительного тракта: слепую и выходящую кишку, желудок и двенадцатиперстную кишку, пищевод, анальный канал [2]. Характерна сегментарность поражения; при этом длина пораженных участков может быть различной, а поврежденные сегменты отделены неизменными областями.

К наиболее частым клиническим симптомам болезни Крона относятся хроническая диарея, в большинстве случаев без примеси крови, боль в животе, лихорадка и анемия неясного генеза, симптомы кишечной непроходимости, а также перианальные осложнения. У значительной части больных могут обнаруживаться внекишечные проявления заболевания [3].

В практике болезнь Крона может встречаться под различными клиническими масками, что определяет трудности ее диагностики и лечения.

Цель исследования – изучить клинические проявления болезни Крона и особенности морфологической картины заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Основу данного исследования составили клинические наблюдения 233 больных (114 мужчин и 119 женщин), госпитализированных в хирургическое отделение в период с 1972 по 2018 г., которым при выписке из стационара был установлен диагноз «Болезнь Крона». Возраст больных колебался от 15 до 87 лет, средний возраст – 42,5 года. Диагноз ставился на основании клинических данных; ультразвуковых признаков заболевания в виде циркулярного утолщения стенок терминального отдела подвздошной кишки; эндоскопического и гистологического исследования; интраоперационных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В период с 1972 по 2018 г. было пролечено 233 больных с болезнью Крона. С 1972 по 1982 г. поступили 29 (12,4%), с 1983 по 1993 г. – 42 (18,0%), с 1994 по 2004 г. – 51 (21,89%), с 2005 г. по настоящее время – 111 пациентов (47,64%). Выявленный рост числа случаев данного заболевания, по-видимому, связан с внедрением в практику ультразвукового исследования и эндоскопии толстой кишки, что, с одной стороны, в экстренных случаях позволяло избежать диагностической лапаротомии, а с другой – своевременно заподозрить болезнь Крона и предпринять дальнейшие действия по её верификации.

Ведущим клиническим симптомом болезни Крона являлась боль в животе (92,1%). Тошнота, рвота наблюдались в 61,84% случаев, температура тела выше 37°C – в 38,16%, дисфункция стула – в 28,29%. У трех больных (1,29%) имело место кровотечение из желудочно-кишечного тракта. При поступлении лейкоцитоз выше $10,0 \times 10^{12}/л$ наблюдался в 51,9% случаев, в том числе в 22,2% – был выше $14,0 \times 10^{12}/л$.

Через 12 часов от развития симптомов заболевания поступили 26,97%, через 24 часа – 23,0%, через 36 – 26,31% больных, остальные пациенты были госпитализированы в более поздние сроки.

При наблюдении в стационаре у 3 пациентов (возраст – 72–80 лет) выявлено кровотечение из желудочно-кишечного тракта, проявляющееся наличием крови в каловых массах. Длительность кровотечения составила от 12 до 36 часов. Во всех случаях признаков геморрагического шока не отмечено. Снижение уровня гемоглобина квалифицировалось в двух случаях как легкая кровопотеря, в одном – как тяжелая. Всем пациентам проводилась стандартная гемостатическая терапия (этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота). При тяжелой кровопотере выполнялись ге-

мотрансфузии, после остановки кровотечения – эндоскопическое исследование. Летальных исходов не было.

Оперативное вмешательство имело место у 135 больных (57,94%). Все оперированные поступили в экстренном порядке. Предварительными диагнозами до операции были острый аппендицит (68,7% случаев), перитонит (22,9%), острая кишечная непроходимость (13,7%), перфорация полого органа (5,3%). Значительно реже (в 6,1% случаев) была заподозрена другая патология: мезентериальный тромбоз, хронический аппендицит, внематочная беременность, воспаление дивертикула Меккеля. Болезнь Крона как предварительный диагноз была выставлена лишь в 1,5% случаев (2 больных).

Болезнь Крона наиболее часто выявлялась во время экстренной операции. Диагноз ставился на основании интраоперационного исследования. При болезни Крона характерным является возникновение на слизистой оболочке щелевидных или змеевидных язв (рис. 1), которые имеют ровные края с наличием вокруг и преимущественно в дне язвы грануляционной ткани, воспалительного клеточного инфильтрата.



Рис. 1. Щелевидная язва слизистой оболочки (показана стрелкой). Выраженная лимфоцитарная и нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 200

Оперативное вмешательство сводилось к выполнению аппендэктомии (61,81%), резекции кишки с первичным анастомозом (25,45%), диагностической лапаротомии (9%), ушиванию перфорации кишки (3,7%). Послеоперационная летальность составила

1,36% (2 больных). Фатальные исходы были обусловлены прогрессированием заболевания, абдоминальным сепсисом и декомпенсацией сопутствующей патологии.

Одной из главных особенностей гистологической картины при болезни Крона является наличие гранулем. Гранулематозное воспаление характеризуется образованием гранулём (узелков), возникающих в результате пролиферации и трансформации способных к фагоцитозу клеток. В состав гранулём входят различные типы макрофагов (эпителиоидные, гигантские клетки типа Пирогова–Лангханса, клетки типа инородных тел, ксантомные клетки), а также другие виды клеток – лимфоциты, плазматические, эозинофилы, нейтрофилы. При болезни Крона гранулемы чаще похожи на туберкулезные, т. е. состоят из эпителиоидных клеток, лимфоцитов и многоядерных гигантских клеток типа Пирогова – Лангханса (рис. 2), но в отличие от туберкулоидных в них нет очагов казеозного некроза.

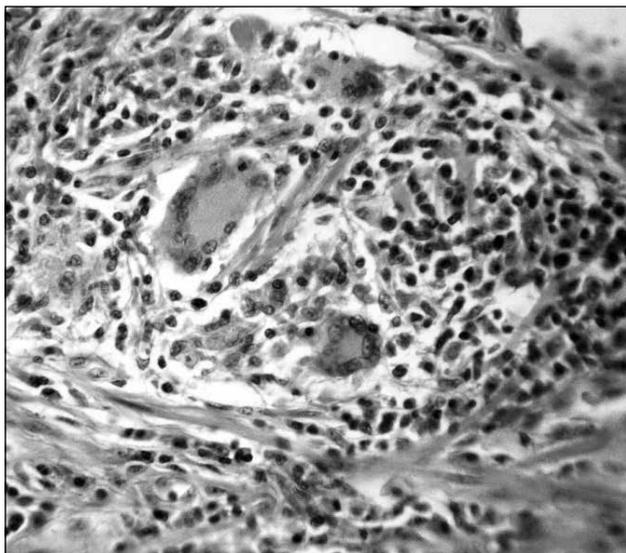


Рис. 2. Участок подслизистой основы с лимфоцитами, эпителиоидными клетками и тремя гигантскими многоядерными клетками типа Пирогова–Лангханса (показаны стрелками). Окраска гематоксилин-эозином, ув. 200

В исследуемых препаратах прослеживался трансмуральный характер поражения. Видны изменения мышечной оболочки кишки в виде мононуклеарной и эозинофильной инфильтрации (рис. 3)

Трансмуральный характер поражения кишки при болезни Крона определяет изменения серозной оболочки и жировой клетчатки. Клетчатка частично окружает тонкую кишку по передней и задней по-

верхности вовлеченного сегмента. Этот феномен известен как «жировая обертка» (fat wrapping) и является специфичным для болезни Крона [4].

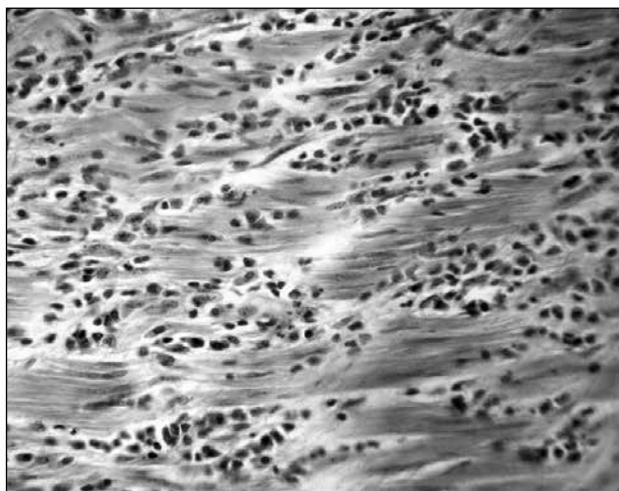


Рис. 3. Выраженная мононуклеарная и эозинофильная инфильтрация мышечной оболочки кишки. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 400

По локализации патологического процесса изменения в тонкой кишке выявлены у 209 (89,7%), в толстой – у 24 пациентов (10,30%).

Из 233 больных 98 получили консервативное лечение. В ходе обследования и динамического наблюдения показания к лапаротомии у них не были определены, а диагноз устанавливался на основании результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости в виде циркулярного утолщения стенок терминального отдела подвздошной кишки. Комплекс лечебных мероприятий включал антибактериальную терапию, применение сульфаниламидных препаратов (сульфасалазин, месалазин по схеме). Консервативная терапия во всех случаях была эффективной. При консервативном лечении летальных исходов не было.

Таким образом, разнообразие клинических проявлений болезни Крона, неспецифичность жалоб и многообразные «клинические маски» болезни, имитирующие острую хирургическую патологию, обуславливают высокую частоту оперативных вмешательств при данном заболевании и тот факт, что болезнь в значительной части случаев диагностируется интраоперационно и требует гистологического подтверждения. Такие реалии диктуют необходимость детального знакомства хирурга общего профиля с особенностями диагностики и лечения болезни Крона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология : нац. рук-во / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 700 с.
2. Шифрин, О. С. Болезнь Крона: особенности патогенеза, клиники, лечения / О. С. Шифрин // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 261–267.
3. Barnert J. Management of lower gastrointestinal tract bleeding / J. Barnert, H. Messmann // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – № 22. – P. 295–312.
4. Fat-wrapping in Crohn's disease: pathological basis and relevance to surgical practice / A. L. Sheehan, B. F. Warren, M. W. L. Gear [et al.] // Br. J. Surg. – 1992. – Vol. 79. – P. 955–959.
5. Incidence of Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1935–1975 / R. E. Sedlack, J. Whistmant, L. R. Elveback [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 1980. – Vol. 112. – P. 759–763.

CROHN'S DISEASE IN GENERAL SURGERY HOSPITAL

V. V. Rybachkov, S. V. Kulikov, N. V. Bereznyak

Abstract. Objective: to study clinical manifestations and peculiarities of clinical finding in Cron's disease.

Materials and methods. Clinical manifestations and treatment tactics in 223 patients with verified diagnosis of Crohn's disease admitted into general surgery hospital from 1978 to 2018 were analyzed. The diagnosis was made upon clinical findings, results of ultrasound examination such as circulatory thickening of the walls in ileum terminal section, endoscopy examination, intraoperative data and histological findings.

Results and discussion. Abdominal pain (92,1%), dyspepsia, stool dysfunction, body temperature rise were the most frequent symptoms in this group of patients. Acute appendicitis (68,7% cases), peritonitis (22,9% cases), acute intestinal obstruction (13,7% cases) were the prevailed "mask" of Crohn's disease. Gastro-intestinal bleeding was observed in 3 elderly patients. Pathological process was localized in small bowel in the most cases (89,7%). Frequency of operative interventions in Crohn's disease was amounting to 58,0%; radical operative intervention consisted in the resection of altered bowel zone.

Conclusions. That's why varied "clinical masks" of the disease which imitated acute surgical pathology stipulated high frequency of operative interventions in this disease and the fact that the disease in significant part of these cases was diagnosed intraoperatively and required histological verification allowed us to dictate the necessity of the detailed acquaintance of general surgeon with the peculiarities of Crohn's disease diagnosis and treatment.

Key words: Crohn's disease, clinical manifestations, morphological findings, general surgery hospital.

УДК 616.71-007.234-07

МИКРОАРХИТЕКТОНИКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

М. Н. Кирпикова^{1*}, доктор медицинских наук,
Н. В. Шмелькова¹,
М. К. Стаковецкий¹

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ *Актуальность.* Прочность кости определяется не только её минеральной плотностью (МПК), но и качеством костной ткани, в понятие которого входит микроархитектоника кости, органический матрикс, костный обмен, наличие микроповреждений. Изучению микроархитектоники кости в норме и при патологии в последнее время уделяется все больше внимания. Для оценки микроархитектоники кости представляет интерес новый метод денситометрии в трехмерном измерении (3D-DXA) как неинвазивный и доступный в рутинной практике.

Цель – изучение показателей микроархитектоники проксимального отдела бедра (ПОБ) во взаимосвязи с показателями МПК у женщин в постменопаузе.

Материал и методы. В исследование включено 77 женщин старше 50 лет (средний возраст – $63,6 \pm 8$ года) в постменопаузе с остеопорозом ($n = 29$) и нормальной МПК (контрольная группа – $n = 23$) по результатам костной денситометрии (DXA). Для получения показателей микроархитектоники ПОБ (объемной плотности трабекулярной и кортикальной кости (ОПК), толщины кортикальной кости) двухмерные DXA-сканы были преобразованы в 3D-модели с помощью рабочей станции HPZ 230.

Результаты. Установлен диапазон значений ОПК у женщин в постменопаузе, имеющих нормальную МПК: ОПК трабекулярной кости – $0,2 \pm 0,03$ г/см³, кортикальной кости – $0,68 \pm 0,05$ г/см³. У пациенток с остеопорозом установлено достоверное уменьшение трабекулярной ОПК в шейке бедра, большом вертеле и межвертельном пространстве в среднем на 30% по сравнению с контролем, в то время как ОПК кортикальной кости меньше отличалась от показателей контроля (на 12–17%). Снижение ОПК, так же как и МПК, коррелирует с увеличением возраста пациенток и длительностью менопаузы.

Заключение. Результаты исследования могут быть использованы для получения более детальной информации о плотности костной ткани в различных регионах ПОБК, что может оказаться полезным при оценке эффективности лекарственной терапии и планировании хирургического вмешательства на ПОБ.

Ключевые слова: остеопороз, микроархитектоника проксимального отдела бедра, объемная плотность трабекулярной и кортикальной кости, риск переломов.

* Ответственный за переписку (corresponding author): mkipr@yandex.ru.

Остеопороз, идентифицируемый как самостоятельное заболевание лишь с 1991 г, в настоящее время многие исследователи называют «безмолвной эпидемией XXI века» [1]. Несмотря на наличие эффективных и безопасных антиостеопоротических препаратов, позволяющих повысить МПК и снизить риск переломов, большинство больных ОП не получает необходимого лечения, даже если они уже перенесли остеопоротические переломы [2].

Доступным методом своевременного выявления ОП является денситометрия, чувствительность которой (по Т-критерию), по разным данным, колеблется от 40 до 74% [3]. Недостатки этого метода диагностики особенно проявляются в тех ситуациях, когда имеют место дегенеративно-дистрофические изменения, перенесенные переломы (деформации) костей и/или снижение качества костной ткани. Последнее наряду с МПК существенно влияет на прочность кости [4].

В понятие качества кости входит состояние микроархитектоники костной ткани, органического матрикса, костного обмена и наличие микроповреждений. Для оценки микроархитектоники кости перспективно использование показателей ОПК, получаемых с помощью трехмерной денситометрии (3D-DXA) путем создания 3D-формата ПОБ из стандартной двухмерной денситометрии. Это позволяет отдельно оценить качественные показатели: толщину кости и ОПК в двух зонах (трабекулярной и кортикальной) отдельно в каждом регионе ПОБ – в шейке, большом вертеле, межвертельном пространстве (рис.).

Компания «DMS» («Diagnostic Medical Systems») впервые представила на конгрессе ECR в Вене в 2014 году новейшую технологию – 3D-DXA, позволяющую построить трёхмерное изображение бедренной кости на основе двухмерных изображений. 3D-DXA стала одним из крупнейших технологических до-

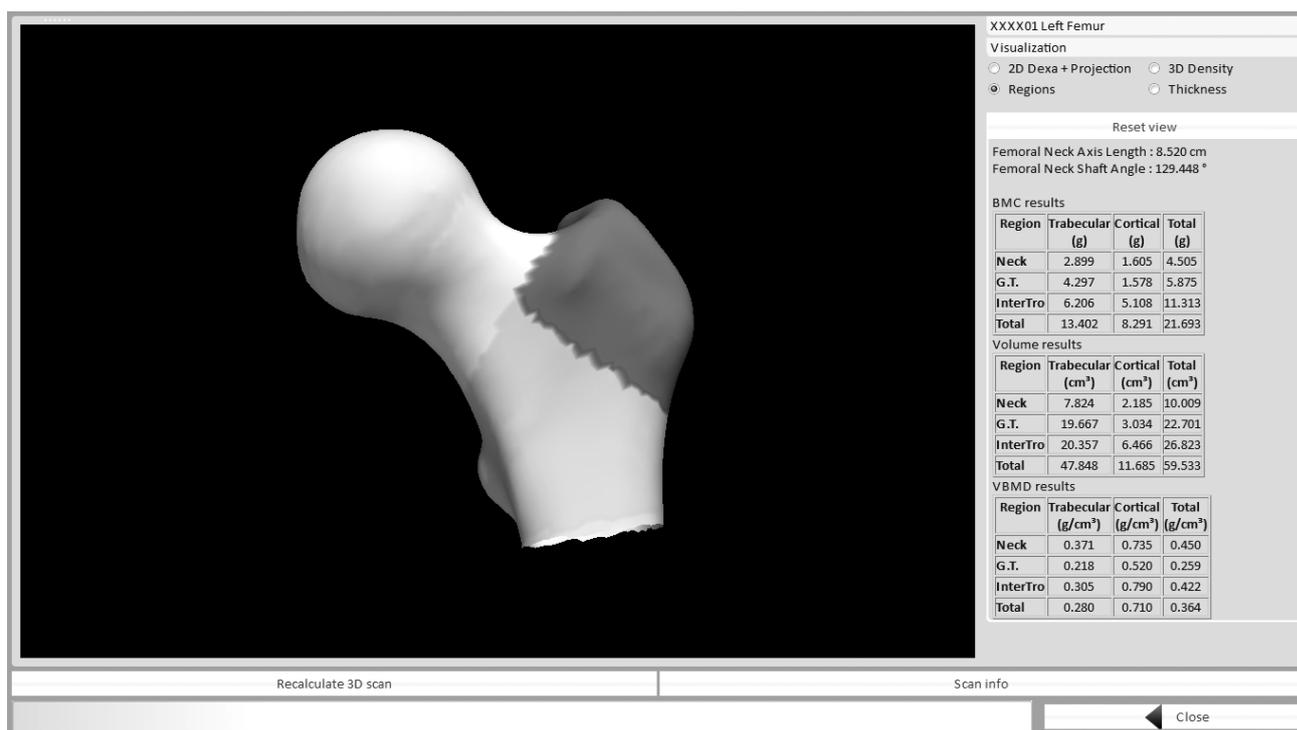


Рис. Фрагмент денситометрического исследования проксимального отдела бедра в 3D-режиме

стижений в области рентгеновской остеоденситометрии за последние 10 лет. 3D моделирование бедренной кости дает специалистам неинвазивный доступ к объёмным слоям, позволяя проводить измерения костной структуры и объёмной минеральной плотности костной ткани (см. рис.), ранее доступные только при использовании техники, излучающей большие дозы радиации. Разработчики метода подчеркнули, что объёмная и кортикальная толщина кости поможет специалистам более точно определить уязвимые области кости, открывая путь к прогнозированию риска переломов и к своевременной профилактике [5].

Для оценки риска переломов и диагностики ОП самой важной характеристикой является способность метода прогнозировать переломы. Величина МПК – это, скорее, поверхностная (г/см^2), чем истинная объёмная плотность (г/см^3), поскольку сканирование является двухмерным. Уменьшение поверхностной МПК выявляется только в 2/3 случаев сниженной прочности кости [11]. Не установлено корреляции между МПК в г/см^2 и возникновением остеопоротических переломов. Так, 50% женщин в возрасте 50 лет и старше имеют переломы, но не имеют снижения МПК по результатам денситометрии [5].

Со времени первого представления метода 3D-ДХА появилось лишь небольшое число публикаций по этому вопросу. Показана сильная корреляция результатов 3D-ДХА с данными количественной компьютерной томографии ПОВ; так, продемонстрированы достоверные сильные прямые корреляции

($r = 0,84-0,98$) для параметров формы, длины оси шейки и площади среза поперечного сечения ПОВ [5]. Аналогичные корреляции ($r = 0,81-0,97$) были показаны для параметров плотности, площади поперечного сечения кости методом количественной компьютерной томографии и 3D-DXA [6].

Цель настоящего исследования – изучение показателей микроархитектоники ПОВ во взаимосвязи с показателями МПК у женщин в постменопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе Лечебно-диагностического центра остеопороза и артроза г. Иваново (ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн», г. Иваново, ул. Демидова, д. 9).

3D-денситометрия в Иваново реализовывалась как инновационный международный проект: предоставленное оборудование разработано в лаборатории во Франции и впервые использовалось на территории России на основе договора об апробации рабочей станции HPZ230 к денситометру STRATOS dR с возможностью построения 3D моделей.

В исследование включены 52 женщины старше 50 лет (средний возраст – $62,1 \pm 8,1$ года) в постменопаузе. Общеклиническое обследование пациенток проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению остеопороза [7].

Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология, вторичный ОП, медикаментозное лечение

антиостеопоротическими препаратами в настоящее время или в анамнезе.

Инструментальное обследование проводилось на рентгеновском костном денситометре компании «STRATOS dR» («DMS», Франция). Для диагностики использовали критерии ОП, предложенные ВОЗ: диагноз остеопороза устанавливается при снижении МПК на 2,5 и более стандартных отклонений (SD) по Т-критерию в шейке бедра, и/или в целом в бедре, и/или в поясничных позвонках (L1–L4), измеренной методом DXA, а также в случае наличия низкоэнергетических переломов в анамнезе. Значения Т-критерия от -1 до -2,4 SD принимались за критерии остеопении, нормой считали значения Т-критерия выше -1SD.

Результаты DXA-исследования были обработаны с помощью рабочей станции «HPZ 230» (цифровая приставка к денситометру «STRATOS dR») с возможностью построения 3D-моделей проксимального отдела бедра. Определяли показатель объемной плотности костной ткани (ОПКТ, в г/см³) в общем и для каждого региона ПОВ (шейки, большого вертела, межвертельного пространства) отдельно для кортикального и трабекулярного слоя.

Статистическая обработка полученных данных выполнена при помощи пакета программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика больных

По результатам DXA пациентки были разделены на две группы. В 1-ю (контрольную) группу были включены 23 женщины с нормальной МПК. Во 2-ю вошли 29 пациенток с диагнозом системного остеопороза (группа остеопороза). У 24 человек в анамнезе были периферические переломы, которые у 7 сочетались с деформациями тел позвонков. Только вертебральные переломы отмечены у 5 больных. Группы были сопоставимы по возрасту и сопутствующей патологии.

При включении в исследование большая часть пациенток (52,4%) предъявляла жалобы на боль в спине;

интенсивность боли по ВАШ соответствовала умеренной ($42 \pm 10,2$ мм). Дефицит массы тела был у 3,9%, нормальный индекс массы тела имели 20,7%, повышенную массу тела – 40,3% пациенток. Риск переломов по FRAX в среднем составил: общий – $12,5 \pm 4,5\%$, риск переломов бедра – $2,6 \pm 1,8\%$. Из факторов риска наиболее часто встречались низкое потребление кальция с продуктами питания (48%), низкая физическая активность (44%), семейный анамнез остеопороза (34%), ранняя менопауза (28%). Средние значения ОПКТ приведены в таблице.

У женщин контрольной группы ОПК в трабекулярном слое ПОВ оказалась в 3 раза меньше, чем в кортикальном ($0,2 \pm 0,03$ и $0,68 \pm 0,01$ г/см³ соответственно).

В группе остеопороза средние значения ОПК по каждому изучаемому региону оказались достоверно ниже, чем в контрольной группе. При этом закономерность изменений ОПК в трабекулярной и кортикальной кости в этой группе несколько различны. В шейке бедра и в большом вертеле ОПК в трабекулярной зоне данный показатель ниже аналогичного в контрольной группе на 36%, в межвертельном пространстве – на 40%.

Различия ОПК в кортикальной кости между группами носили несколько иной характер. ОПК кортикальной зоны у пациенток с остеопорозом ниже, чем в контроле: в шейке бедра – на 12,5%, в большом вертеле – на 17%, в межвертельном пространстве – на 12%, общий показатель составил 12,5% ($p < 0,05$). Таким образом, у женщин с остеопорозом по сравнению с контролем большие отличия ОПК от контрольных значений (до 40%) зафиксированы в трабекулярной кости, достоверно меньшие – в кортикальной (17%, $p < 0,05$).

По данным корреляционного анализа выявлена отрицательная достоверная взаимосвязь значений ОПК трабекулярной кости в шейке бедра и большом вертеле с увеличением возраста пациенток и длительности менопаузы ($r = -0,46$, $r = -0,35$; $p < 0,05$). Не установлено достоверной связи ОПК в ПОВ с интенсивностью болевого синдрома по ВАШ.

Снижение плотности костной ткани – закономерный процесс, связанный с возрастом, затрагивающий как

Таблица. Объемная плотность костной ткани проксимального отдела бедра по данным 3D-DXA у женщин в постменопаузе

Область исследования	1-я группа (контроль) n = 23			2-я группа n = 29		
	Трабекулярная кость, г/см ³	Кортикальная кость, г/см ³	Общий показатель, г/см ³	Трабекулярная кость, г/см ³	Кортикальная кость, г/см ³	Общий показатель, г/см ³
Шейка	$0,25 \pm 0,03$	$0,64 \pm 0,04$	$0,32 \pm 0,04$	$0,16 \pm 0,04^*$	$0,55 \pm 0,03^*$	$0,21 \pm 0,04^*$
Большой вертел	$0,17 \pm 0,02$	$0,46 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,02$	$0,11 \pm 0,04^*$	$0,38 \pm 0,04^*$	$0,14 \pm 0,04^*$
Межвертельный	$0,21 \pm 0,04$	$0,78 \pm 0,07$	$0,35 \pm 0,05$	$0,13 \pm 0,04^*$	$0,69 \pm 0,05^*$	$0,24 \pm 0,06^*$
Общий	$0,2 \pm 0,03$	$0,68 \pm 0,05$	$0,29 \pm 0,03$	$0,13 \pm 0,04^*$	$0,59 \pm 0,05^*$	$0,19 \pm 0,05^*$

Примечание.* – статистическая значимость различий по сравнению с контролем ($p < 0,05$)

трабекулярную, так и в кортикальную кости. Старение само по себе приводит к ускорению потери костной массы до 1% в год [10]. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что это снижение более выражено в трабекулярной кости, чем в кортикальной: у лиц с остеопорозом значения трабекулярной ОПК в разных отделах бедра в среднем на 40% ниже, чем в группе контроля, в то время как для кортикальной кости эта разница не превышает 17%.

Известно, что трабекулярная костная ткань более метаболически активная, чем кортикальная. Отношение ремоделирующих поверхностей к костной массе в трабекулярной кости в 10 раз превышает это же отношение в кортикальной [4]. Вероятно, именно эта ее особенность способствует большей скорости потери трабекулярной костной ткани по сравнению с кортикальной.

В то же время исследования, изучающие механическое поведение кости, продемонстрировали, что прочность кости в большей степени зависит от кортикального слоя [11, 12]. Есть мнение, что так называемая «кортикальная форма остеопороза» [13] чаще приводит к переломам шейки бедра, а трабекулярная – к переломам позвонков [8]. Исследование К. Е. Poole et al. с использованием КТ-картирования толщины коркового слоя показало наличие участков заметно более тонкой кости в зонах, подверженных перелому, у женщин с острым переломом бедра [14]. При гистоморфометрическом исследовании показана также выраженная неравномерность толщины кортикального слоя шейки бедра у пожилых. Гистологически в кортикальном слое шейки бедренной кости у пожилых отмечаются два типа изменений: значительное его истончение при сохранении компактности (объемной плотности) либо увеличение порозности с сохранением достаточной толщины [8].

Данные проведенного исследования подтверждают ценность раздельного определения плотности бедренной кости в разных ее отделах и в двух слоях. Ис-

ходя из имеющихся литературных данных, возможности 3D-DXA представляются следующим образом:

- объемная визуализация зон проксимального отдела бедренной кости;
- дифференцированная количественная оценка плотности и толщины трабекулярной и кортикальной кости на различных участках бедренной кости;
- более точная оценка риска перелома шейки бедра с учетом показателей микроархитектоники (количество трабекул в объеме, их толщина, распределение);
- новые данные об изменении МПК при различных патогенетических вариантах остеопороза;
- более точная оценка эффективности проведенного лечения;
- использование 3D моделирования ПОБ при индивидуальном выборе оптимального эндопротеза тазобедренных суставов.

ВЫВОДЫ

1. У здоровых женщин, по данным денситометрии имеющих нормальную МПК, объемная плотность трабекулярной кости ПОБ в 3 раза меньше, чем в кортикальном слое ($0,2 \pm 0,03$ и $0,68 \pm 0,01$ г/см³ соответственно).
2. По данным 3D-DXA, у пациенток с постменопаузальным остеопорозом по сравнению со здоровыми женщинами с нормальной МПК ОПК ПОБ достоверно снижена как в трабекулярном, так и в кортикальном слоях, причем достоверно более значимо – в трабекулярном слое всех отделов бедра.
3. Снижение ОПК кортикальной и трабекулярной кости взаимосвязано с увеличением возраста пациенток и длительностью менопаузы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Остеопороз – от редкого симптома эндокринных болезней до безмолвной эпидемии XX–XXI века / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Ж. Е. Белая, Л. Я. Рожинская // Пробл. эндокринологии. – 2011. – № 1. – С. 35–45.
2. Лесняк, О. М. Современная модель оказания медицинской помощи при остеопорозе, основанная на вторичной профилактике переломов / О. М. Лесняк // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 34. – С. 1–10.
3. Возможности костной рентгеновской денситометрии в клинической практике : метод. рекомендации. – 2-е изд., доп. / Л. А. Скрипникова [и др.]. – М., 2015. – 36 с.
4. Рожинская, Л. Я. Концепция качества кости: влияние антирезорбтивных препаратов (Миакальцика) на прочность кости / Л. Я. Рожинская // РМЖ. – 2004. – № 9. – С. 557.
5. 3D-DXA: Assessing the Femoral Shape, the Trabecular Macrostructure and the Cortex in 3D from DXA images / L. Humbert [et al.] // IEEE Transactions on Medical Imaging. – 2017. – Jan, 36(1). – P. 27–39.
6. A new method to extract 3D information from multiple in vivo DXA images / O. Ramamurthi K Ahmad [et al.] // J. of Bone and Mineral Research. – 2010. – Vol. 25, № 12. – P. 2744–2751
7. Остеопороз : клин. рекомендации. – М. : Российская ассоциация эндокринологов. Министерство здравоохранения РФ, 2016. – 104 с.
8. Войтович, А. В. Взгляд на остеопороз с позиций костной морфометрии / А. В. Войтович, Л. О. Анисимова, В. В. Кормильченко // Остеопороз и остеопатии. – 2001. – № 1. – С. 8–11.

9. Исмаилов, С. И. Остеопороз и низкоэнергетические переломы шейки бедра как осложнение различных эндокринных заболеваний / С. И. Исмаилов, Д. Ш. Ходжамбердиева, Н. Т. Рихсиева // Международный эндокринологический журн. – 2013. – № 5 (53). – С. 113–120.
10. Пигарова, Е. А. Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза / Е. А. Пигарова, Л. Я. Рожинская // Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 82–87.
11. Никитинская, О. А. Роль кортикальной кости и ее микроструктуры в прочности кости / О. А. Никитинская // Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 132–135.
12. Борткович, О. П. Формирование костной ткани: ключевое звено прочности кости / О. П. Борткович // Здоровье Украины. Ревматология. – 2013. – № 11–12. – С. 18–19.
13. Meunier, P. J. Bone hystomorphometry in osteoporotic states in Barzel U. S. / P. J. Meunier // Osteoporosis 11. – New York : Grune & Stratton, 1979. – P. 27–47.
14. Cortical thickness mapping to identify focal osteoporosis in patients with hip fracture / K. E Poole [et al.] // PLoS One. – 2012. – Vol. 7(6). – P. 38466.
15. Fragility Fracture: Definition. A fracture occurring spontaneously or following minor trauma such as a fall from standing height or less / A. Cranney [et al.] // CMAJ. – 2007. – Vol. 177(6). – P. 575–580.

MICROARCHITECTONICS OF FEMORAL BONE PROXIMAL SECTION IN WOMEN WITH OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSE

M. N. Kirpikova, N. V. Shmelkova, M. K. Stakovetsky

ABSTRACT *Actuality* – bone durability is defined both by its mineral density (BMD) and by bone tissue quality; the latter is concerned as bone microarchitectonics, organic matrix, bone exchange, presence of microlesions. Recently bone architectonics in normal state and in pathological state has been studied with great attention. A new three-dimensional method of densitometry (3D-DXA) is of interest to bone microarchitectonics estimation as an invasive and available in routine practice.

Objective – to study the indices of microarchitectonics of femoral bone proximal section (FPS) in interaction with BMD parameters in women in menopause.

Material and methods. 77 women over 50 years (average age – $63,8 \pm 8,0$ years) with osteoporosis (n = 29), osteopenia (n = 25) and normal bone mineral density (BMD) (control group, n = 23) according to the results of bone densitometry were enrolled in the study. In order to obtain the parameters of microarchitectonics of femoral bone proximal section such as bone tissue volume density of trabecular and cortical bones (BVD) two-dimensional DXA-scans were transformed into 3D models by work station HPZ 230.

Results. The range of parameters of bone tissue volume density in women with normal BMD in postmenopause was determined: trabecular BVD – $0,2 \pm 0,03$ g/cubic sm, cortical BVD – $0,68 \pm 0,05$ g/cubic sm. The trustworthy diminishment of trabecular bone tissue volume density was revealed in patients with osteoporosis of femoral neck, big trochanter, and intertrochanter zone on the average to 30% in comparison with the control group; at the same time the parameters of bone tissue volume density differed from the parameters of the control group to rather small degree (to 12–17%). The decrease of bone tissue volume density and bone mineral density had the correlation with patient aging and menopause duration.

Conclusions. The obtained data might be used in order to gain more detailed information upon bone tissue volume density in various zones of femoral bone proximal section; it also might be necessary in solution the problem of medicinal therapy effectiveness and planned surgical interventions.

Key words: osteoporosis, microarchitectonics, femoral bone proximal section, volume density of trabecular and cortical bones, fracture risk.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Е. Ю. Мелкумова¹,
В. Н. Ардашев², доктор медицинских наук,
О. М. Масленникова^{2*}, доктор медицинских наук,
С. В. Стеблецов², кандидат медицинских наук,
Л. А. Егорова², доктор медицинских наук

¹ ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ, 121352, Россия, г. Москва, ул. Староволынская, д. 10

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, 121359, Россия, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1А

РЕЗЮМЕ Актуальность. Тесная взаимосвязь патогенеза кардиальных и церебральных заболеваний, а также активное внедрение интервенционных технологий для их лечения обуславливают активное изучение кардиальных аспектов ишемического инсульта (ИИ), влияния кардиальной патологии на течение постинсультного периода, а также состоявшегося инсульта на работу сердечно-сосудистой системы.

Цель – изучить частоту развития и характер аритмий у пациентов в остром периоде ИИ, выявить закономерности развития аритмий в зависимости от объёма очага ИИ, сопоставить результаты обследования этих же пациентов через шесть месяцев после острого нарушения мозгового кровообращения.

Материал и методы. Обследовано 112 пациентов (71 мужчина, 41 женщина). Основная группа – 90 пациентов с острым ИИ, из них крупноочаговое поражение с большим объемом очага инфаркта мозга и тяжелым неврологическим дефицитом зарегистрировано в 47% случаев. Контрольную группу составили 22 человека без органической патологии сердца и мозга. Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса, холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМ ЭКГ), компьютерная и/или магнитно-резонансная томография головного мозга. Через 6 месяцев после развития ИИ были повторно обследованы 48 больных.

Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы чаще выявлялись желудочковые нарушения ритма сердца, однако достоверные различия с контрольной группой получены только по частоте встречаемости желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) IV класса (по B. Lown – M. Wolf): в контрольной группе – у 2 (9%), в основной – у 18 (20%) ($p < 0,05$).

При крупноочаговом ИИ среднее количество случаев ЖЭ было практически в десять раз больше, чем в подгруппе с мелкоочаговым поражением (701 [2; 842] и 63 [0; 81] соответственно; $p < 0,05$), достоверно чаще регистрировались ЖЭ IV класса (23 и 16% соответственно, $p < 0,05$). Доля больных с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии была одинаковой в этих подгруппах (60%), однако среднее число пароксизмов в подгруппе с крупноочаговым ИИ было больше, чем при мелкоочаговом.

Заключение. Пациентам в острой стадии ИИ целесообразно выполнение ХМ ЭКГ для раннего выявления аритмий, что позволит скорректировать лечебную тактику, направленную на улучшение сердечной деятельности и предотвращение аритмических событий.

Ключевые слова: ишемический инсульт, нарушения сердечного ритма, холтеровское мониторирование.

* Ответственный за переписку (corresponding author): om_shipko@mail.ru.

Цереброваскулярные заболевания социально значимы в современном обществе. Ежегодная смертность от инсульта в России одна из наиболее высоких в мире (175 на 100 тыс. населения), занимает второе место (23,4%) в структуре общей смертности. В течение последних десятилетий изучение различных аспектов патогенеза, лечения и профилактики инсультов привело к созданию нового направления медицинских исследований – кардионеврологии [1, 2]. Тесная взаимосвязь патогенеза кардиальных и церебральных заболеваний, а также активное внедре-

ние интервенционных технологий для их лечения побудили ученых к активному изучению кардиальных аспектов ИИ, влияния кардиальной патологии на течение постинсультного периода, а также состоявшегося инсульта на работу сердечно-сосудистой системы [3, 4, 5].

Заболевания сердца, в частности фибрилляция предсердий (ФП), являются частой причиной развития ИИ. Вопрос о влиянии состоявшейся церебральной катастрофы на работу сердца менее изучен, несмотря на очевидность того, что корковые и подкорковые ана-

лизаторы головного мозга, гипоталамус, некоторые области продолговатого мозга играют важную роль в регуляции сердечной функции [6].

Цель настоящего исследования – изучить частоту возникновения и характер аритмий у пациентов в остром периоде ИИ, выявить закономерности развития аритмий в зависимости от объёма очага ИИ, сопоставить результаты обследования этих же пациентов через шесть месяцев после острого нарушения мозгового кровообращения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 112 пациентов (71 мужчина, 41 женщина). Основную группу составили 90 пациентов с острым ИИ (58 мужчин, 32 женщины, средний возраст – 65 ± 11 лет), госпитализированных в отделение для больных острым нарушением мозгового кровообращения ФГБУ «Клиническая больница № 1» УД Президента РФ. В контрольную группу были включены 22 пациента (13 мужчин, 9 женщин, средний возраст – 56 ± 10 лет), госпитализированных в это же отделение по поводу транзиторного нарушения мозгового кровообращения с регрессом очаговой симптоматики в течение суток. При обследовании у них не выявлено органической патологии сердца и мозга. Все больные поступали в стационар в первые сутки от начала заболевания.

Спустя шесть месяцев после развития ИИ были повторно обследованы 48 пациентов основной группы (32 мужчины, 16 женщин, средний возраст – 66 ± 11 лет).

В соответствии с целями исследования критериями исключения были: инфаркт миокарда, в том числе в анамнезе; стенокардия; пороки сердца; выявленные при обследовании признаки ишемии миокарда; фракция выброса левого желудочка, менее или равная 50%; атриовентрикулярные и синоатриальные блокады II и III степени, признаки синдрома слабости синусового узла, наличие искусственного водителя ритма, постоянная форма ФП; применение во время обследования препаратов, влияющих на сердечный ритм.

Программа обследования включала традиционное клиническое обследование с оценкой неврологического статуса, выполнение стандартных лабораторных исследований, ХМ ЭКГ, эхокардиографию, компьютерную (КТ) и/или магнитно-резонансную (МРТ) томографию головного мозга. У всех пациентов при выполнении ХМ регистрировался синусовый ритм, однако у 24% в анамнезе была выявлена пароксизмальная ФП. ХМ ЭКГ проводилось в течение первой недели от момента развития симптоматики, на фоне отмены препаратов, влияющих на сердечный ритм.

ХМ ЭКГ проводилось на системе «ДМС-Передовые технологии» (Россия). Всем больным выполнялась КТ

или МРТ головного мозга, подтверждавшая или исключавшая диагноз ИИ. КТ головного мозга выполнялась на аппарате «Somatom Plus 4» фирмы «Siemens» (Германия), МРТ головного мозга – на аппарате фирмы «Siemens» с напряженностью 1,5 Тл. Оценка объема очага ИИ производилась с использованием соответствующей программы трехмерного компьютерного моделирования.

Выполнена статистическая обработка данных с помощью критерия (t) Стьюдента, применялись методы многомерной статистики: регрессионный, корреляционный, дискриминантный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных острым ИИ выявлено от одного до пяти очагов ишемии объемом от 1 до 320 см^3 (среднее значение – $91,6 \text{ см}^3$), у 23% пациентов выявлены два и более очагов, все они были небольших размеров, а у 67% – одиночные, преимущественно крупные. Мы условно разделили выявленные очаги инфаркта мозга на крупноочаговые (более 10 см^3) и мелкоочаговые (менее 10 см^3), соотношение их частоты в исследуемой группе оказалось приблизительно равным – у 47 и 53% пациентов соответственно.

В 38% случаев область инфаркта мозга локализовалась в корковых отделах полушарий с переходом на подкорковые отделы, в 34% очаги обнаруживались только в белом веществе полушарий. В 11% случаев выявлены несколько очагов, причем одни из них – в белом веществе большого мозга, другие – в различных отделах мозжечка. У 6% пациентов область ишемии локализовалась только в корковых структурах мозга, в 4% – зоны поражения выявлялись в подкорковых и в стволовых структурах. Ишемические очаги были локализованы в правом каротидном бассейне у 53% больных, в левом – у 48%. У 12% пациентов выявлены дополнительные очаги в вертебрально-базилярном бассейне в дополнение к полушарным. Лица с поражением только вертебрально-базилярного бассейна не вошли в исследование.

В соответствии с критериями включения и исключения из исследования у всех пациентов регистрировался синусовый ритм без признаков нарушения АВ-проводимости и дисфункции синусового узла; значимой динамики сегмента ST не было. Выявлялись аритмии суправентрикулярного и желудочкового происхождения.

Среди суправентрикулярных нарушений ритма фиксировались: 1) одиночные суправентрикулярные экстрасистолы (СВЭ), в том числе с абберацией желудочковых комплексов, 2) короткие пароксизмы автоматической предсердной и АВ-узловой тахикардии с ЧСС не более 180 уд./мин (продолжительностью менее 30 с с последующим самопроизвольным восста-

новлением синусового ритма); 3) короткие эпизоды ускоренного предсердного ритма и миграции водителя ритма по предсердиям с последующим самопроизвольным восстановлением синусового ритма; 4) единичные паузы, продолжительностью менее 3 с, не превышающие 2 RR-интервала, регистрировались преимущественно во время сна.

Среди желудочковых нарушений ритма фиксировались: 1) одиночные ЖЭ, единичные, периодически с аллоритмией по типу би- и тригеминии и парные моно- и полиморфные, в том числе I, III, IV класса по B. Lown – M. Wolf, периодически – с признаками АВ-диссоциации; 2) среди групп мономорфных экстрасистол регистрировались ЖЭ с разными интервалами сцепления, в том числе поздние – парасистолия; 3) короткие пароксизмы неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии (ЖТ) с последующим самопроизвольным восстановлением синусового ритма продолжительностью от 1,7 до 4,8 с.

У пациентов основной группы чаще всего выявлялись желудочковые нарушения ритма сердца (табл.). Достоверные различия с контрольной группой получены только по частоте встречаемости ЖЭ IV класса (по B. Lown – M. Wolf): у больных ИИ в остром периоде – в 20%, в контроле – в 9% случаев. Другие нарушения ритма встречались в остром периоде ИИ несколько чаще, чем в контрольной группе, но различия оказались недостоверными.

Через 6 месяцев после развития ИИ достоверно снизилась по сравнению с исходным уровнем только частота ЖЭ IV класса.

Суправентрикулярная экстрасистолия зарегистрирована практически у всех обследованных. Частота пароксизмов суправентрикулярной тахикардии была

больше в группе контроля (72% в остром периоде ИИ – 58%, $p > 0,05$), а через 6 месяцев после ИИ она даже несколько увеличилась по сравнению с таковой в остром периоде (у 66% пациентов, $p > 0,05$).

Паузы продолжительностью более 2 с, обусловленные физиологическими причинами, существенно чаще регистрировались в контрольной группе, чем в основной.

Учитывая гетерогенность клинико-морфологической картины при различных патогенетических подтипах ИИ, принято решение разделить основную группу на две подгруппы: с крупноочаговым поражением, с большим объемом очага инфаркта мозга, тяжелым неврологическим дефицитом и с мелкоочаговым инсультом, с небольшим объемом очагов и более легкой клинической картиной. Крупноочаговые ИИ (КИИ) с объемом очага более 10 см^3 (средний объем очага – 191 см^3) наблюдались в 47% случаев, мелкоочаговые ИИ (МИИ) (средний объем очага – $3,5 \text{ см}^3$) – в 53%. Оказалось, что клинико-anamnestические признаки у пациентов этих подгрупп имели существенные отличия. У лиц с КИИ чаще отмечалось снижение уровня сознания (у 51%, в подгруппе МИИ – у 25%). Частота поражения левой каротидной системы при КИИ составила 70% случаев, тогда как при МИИ – 36%. Частота артериальной гипертензии и сахарного диабета в анамнезе не различалась. У пациентов с МИИ чаще встречалось ожирение (у 25% – с МИИ и у 14% – с КИИ). Пароксизмальная фибрилляция предсердий в анамнезе была более характерна для пациентов с МИИ (у 33% – с МИИ и у 14% – с КИИ). При нейровизуализации у пациентов с МИИ чаще выявлялись признаки гидроцефалии и атрофии коры головного мозга.

Таблица. Частота встречаемости и характер нарушений ритма сердца у пациентов с ишемическим инсультом (по данным холтеровского мониторирования)

Нарушения ритма сердца	Число больных (абс., %)		
	контрольная группа (n = 22)	основная группа	
		в остром периоде ИИ (n = 90)	через 6 месяцев (n = 48)
Пароксизмы желудочковой тахикардии	0	12 (14%)	5 (10%)
ЖЭ, из них ЖЭ IV класса	18 (81%) 2 (9%)	66 (73%) 18 (20%)*	44 (91%) 5 (10%)**
Пароксизмы суправентрикулярной тахикардии	16 (72%)	52 (58%)	32 (66%)
Суправентрикулярная экстрасистолия	20 (90%)	90 (100%)	48 (100%)
Паузы менее 2 с	6 (54%)	14 (15%)*	6 (12%)*

Примечание. * – статистически значимые различия с показателем контрольной группы, $p < 0,05$; ** – то же по сравнению с показателем в остром периоде ИИ.

Анализ результатов ХМ показал существенные различия между подгруппами. При КИИ достоверно чаще регистрировались желудочковые нарушения ритма. Среднее количество ЖЭ в группе с КИИ составило 701 [2; 842] и было практически в десять раз больше, чем в группе с МИИ (63 [0; 81]; $p < 0,05$). При КИИ достоверно чаще, чем при МИИ, регистрировались ЖЭ IV класса по классификации B. Lown – M. Wolf ($y = 23$ и 16% соответственно, $p < 0,05$). Частота пароксизмов ЖТ в группах не различалась.

Среднее количество СВЭ за сутки и частота встречаемости данного нарушения ритма не имели достоверных различий в группах. Отмечено достоверное повышение среднего числа пароксизмов суправентрикулярной тахикардии в группе с КИИ (14 [0 ÷ 19], в подгруппе МИИ – 7 [0 ÷ 9]; $p < 0,05$), в то время как частота встречаемости этого нарушения ритма не различалась (60% в обеих группах).

Выявлена корреляция объема очага инсульта со средним числом за сутки как ЖЭ ($r = 0,61$; $p < 0,05$), так и СВЭ ($r = 0,34$; $p < 0,05$).

На основании полученных данных можно предположить, что аритмические события в острой стадии ИИ могут быть следствием основного заболевания, несмотря на отсутствие внутрисердечных причин для их возникновения. Патология мозга, в частности ИИ, провоцирует расстройства высших надсегментарных звеньев вегетативной регуляции, что влечет за собой каскад событий, в конечном итоге приводящих к расстройствам сердечной деятельности в виде аритмий. В свою очередь ухудшение центральной гемодинамики ведет к гипоперфузии мозга. Желудочковые нарушения ритма сердца чаще регистрируются у пациентов с ИИ в острой стадии, а через 6 месяцев их частота снижается.

Объем поражения головного мозга имеет прямую связь с выраженностью нарушений сердечного ритма: при КИИ частота пароксизмов суправентрикулярной тахикардии выше, а также больше распространенность ЖЭ IV класса по B. Lown – M. Wolf и среднее число ЖЭ за сутки.

Таким образом, пациентам в острой стадии ИИ целесообразно выполнение ХМ ЭКГ для раннего выявления аритмий, что позволит скорректировать лечебную тактику, направленную на улучшение сердечной деятельности и предотвращение аритмических событий. Патогенетическая терапия аритмий, возникших при ИИ, должна быть основана на лечении основного неврологического заболевания.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с ИИ в острой стадии чаще регистрируются желудочковые нарушения ритма сердца, из которых достоверно чаще, чем в контроле, выявлялась только ЖЭ IV класса (по B. Lown – M. Wolf). Через 6 месяцев после ИИ частота этих нарушений ритма достоверно снижается до уровня контрольной группы.
2. Отмечена взаимосвязь объема поражения головного мозга с выраженностью нарушений сердечного ритма: при крупноочаговом ИИ распространенность ЖЭ IV класса по B. Lown – M. Wolf, среднее число ЖЭ и пароксизмов суправентрикулярной тахикардии за сутки, чем у пациентов с мелкоочаговым поражением.
3. Полученные результаты обосновывают целесообразность выполнения ХМ ЭКГ у пациентов в острой стадии ИИ для своевременного выявления нарушений ритма сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суслина, З. А. Практическая кардионеврология / З. А. Суслина ; под ред. З. А. Суслиной, А. В. Фоякина. – М. : ИМА-ПРЕСС, 2010. – 304 с.
2. Превентивная кардионеврология. Организационные и клинические аспекты / В. В. Бояринцев [и др.] // Профилактика и лечение. – 2013. – № 3. – С. 55–59.
3. Ардашев, В. Н. Предикторы ишемического инсульта при церебральном атеросклерозе и ишемической болезни сердца / В. Н. Ардашев, Ю. Э. Четкарев, П. А. Коваленко // Военно-медицинский журн. – 2005. – Т. 326, № 5. – С. 58–63.
4. Ойноткинова, О. Ш. Современные методы диагностики и лечения больных цереброваскулярными заболеваниями / О. Ш. Ойноткинова, Б. Г. Афанасьев // Военно-медицинский журн. – 2009. – № 8. – С. 67–69.
5. Масленникова, О. М. Диагностика поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии / О. М. Масленникова // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 34–35.
6. Palma, J. A. Neural control of the heart: recent concepts and clinical correlations / J. A. Palma, E. E. Benarroch // Neurology. – 2014. – Vol. 83. – P. 261–271.

CARDIAC RHYTHM DISORDERS IN ISCHEMIC INSULT BY HOLTER MONITORING RESULTS

E. Yu. Melkumova, V. N. Ardashev, O. M. Maslennikova, S. V. Stebletsov, L. A. Egorova

ABSTRACT Actuality – Both close interaction of cardiac and cerebral diseases pathogenesis and active introduction of interventional techniques for their treatment stipulated active research of cardiac aspects of ischemic insult, influence of cardiac pathology on post insult period, impact of insult which took place on cardiac vascular system work.

Objective – to study the frequency of arrhythmia development and features in patients in acute period of ischemic insult, to reveal the regularities of arrhythmia development in dependence on ischemic insult focus volume, to compare the results of these patients' examination in six months after acute disorder of cerebral circulation.

Material and methods. 112 patients (71 men and 41 women) were examined. 90 patients with acute ischemic insult were enrolled in basic group, among them macrofocal lesion with large volume of cerebral infarction focus and severe neurological deficiency was registered in 47% cases. 22 persons without heart and brain organic pathology composed control group. Clinical examination with estimation of neurological status, electrocardiogram Holter monitoring, computer and/or magneto-resonance brain tomography was performed. 48 patients with ischemic insult were repeatedly examined in six months after ischemic insult development.

Results and discussion. Ventricular disorders of cardiac rhythm were more often revealed in patients from basic group but trustworthy distinctions in comparison with control group were obtained only by incidence of ventricular extrasystole IV class (by B. Lown – M. Wolf); in control group – 2 (9%), in basic group – 18 (20%) ($p < 0,05$).

In macrofocal ischemic insult average quantity of ventricular extrasystole was practically 10 times more in comparison with subgroup with microfocal disorder (701 [2; 842] and 63 [0; 81] respectively; $p < 0,05$); ventricular extrasystole IV class was trustworthy often registered (23% and 16% respectively, $p < 0,05$). The portion of patients with supraventricular tachycardia paroxysms was similar in these subgroups (60%, but paroxysms average number in the subgroup with macrofocal ischemic insult were more than in patients with microfocal ischemic insult.

Conclusion. It was expediently to perform electrocardiogram Holter monitoring in order to reveal arrhythmia in patients in acute stage of ischemic insult; it would allow to correct treatment tactics for cardiac activity improvement and arrhythmia events prevention.

Key words: ischemic insult, cardiac rhythm disorders, Holter monitoring.

УДК 616.12-008.313.2-08

ЧТО МЫ ЗНАЕМ О ПАЦИЕНТАХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЧТО ОНИ ЗНАЮТ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ?

А. В. Муромкина¹, кандидат медицинских наук,
О. А. Назарова², доктор медицинских наук

¹ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 22

²ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Цель – изучить информированность пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) о заболевании и навыках его самоконтроля.

Материал и методы. В исследование включено 116 пациентов с ФП (61 женщина и 55 мужчин, средний возраст – $60,6 \pm 8,4$ года), проходивших обучение в «Школе здоровья для пациентов с ФП».

Результаты. Исходный уровень информированности пациентов до начала обучения составил $4,4 \pm 2,3$ балла (низкий уровень), недостаточная информированность выявлена у 68,1% опрошенных. Информацию о ФП больные чаще всего получали от врачей (64,7%). Чаще пациентов интересовали вопросы тактики ведения при пароксизме аритмии (64,7%), причины развития болезни (58,3%) и её лечение (57,8%). Ни один пациент не отказался от обучения. Сразу после обучения уровень информированности пациентов возрос до $8,1 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$), через 6 месяцев – до $6,6 \pm 1,7$ балла. Обучение также способствовало получению навыков самоконтроля заболевания (способности оценивать частоту и ритмичность пульса, вести дневники самоконтроля).

Заключение. Пациенты с ФП характеризуются исходно низкой информированностью о заболевании и одновременно высокой мотивацией к обучению, которое дает устойчивый положительный эффект в плане как повышения информированности пациентов, так и приобретения навыков самоконтроля.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, информированность пациентов, обучение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): amuromkina@mail.ru.

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердца, эффективность лечения которого остается недостаточной. Это обусловлено как особенностями основной патологии, так и низкой приверженностью пациентов лечению, что в свою очередь связано с недостаточной информированностью их о своем заболевании.

Ранее было неоднократно показано, что обучение в «Школе для больных» приводит к повышению не только информированности пациентов, но и их приверженности лечению и, как следствие, к уменьшению обращаемости за медицинской помощью больных артериальной гипертонией (АГ) [3], а также лиц с ФП [2].

Для эффективного обучения пациентов важно учитывать их мотивацию к получению знаний, способность к освоению практических навыков самоконтроля заболевания.

Цель исследования – изучить динамику информированности пациентов с ФП о своем заболевании и навыках его самоконтроля и дать характеристику «типичного» пациента, обучающегося в «Школе для больных ФП».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново. В исследование включено 116 пациентов с ФП (61 женщина и 55 мужчин, средний возраст – $60,6 \pm 8,4$ года), проходивших обучение в «Школе для больных ФП» по ранее разработанной программе [1].

Постоянная форма ФП диагностирована у 30 (25,9%), пароксизмальная и персистирующая – у 86 больных (74,1%). Сопутствующей патологией были гипертоническая болезнь (ГБ) – у 50,8%; ишемическая болезнь сердца (ИБС), в т. ч. в сочетании с ГБ – у 21,7%. У 27,5% пациентов диагностирована идиопатическая форма ФП. Более половины 68 больных (58,6%) больных имели среднее и среднее специальное, 48 (41,4%) – высшее образование. Работающие пациенты составили 41,3%. Курили 18 (15,5%) человек, употребление алкоголя отмечено у 7 (6%).

В исследование не включались пациенты с симптомами хронической сердечной недостаточности, а также лица с превалирующей симптоматикой ИБС и/или АГ, которым показано обучение по соответствующей тематике.

Оценка информированности пациентов проводилась с помощью оригинальных анкет, содержащих вопросы о причинах, клинических проявлениях, осложнениях ФП, способах самоконтроля состояния. Пациенту предлагалось выбрать правильный, с его точки зрения, ответ из четырех предложенных. Правильный ответ оценивался в один балл. Сумма 0–5 баллов оценивалась как низкий уровень информированности, 6–8 баллов – как средний, 9–10 баллов – как высокий. Анкетирование проводилось до и сразу после, а также через 6 месяцев после обучения в «Школе». Кроме того, изучалась самооценка пациентом своего уровня информированности о ФП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходный уровень информированности пациентов составил в среднем $4,4 \pm 2,3$ балла. Низкий уровень выявлен у 68,1% опрошенных, средний – у 28,5%, высокий – лишь у 3,4%.

По данным анкетирования, большая часть пациентов (61,2%) была правильно ориентирована в том, что такое ФП, в правилах измерения пульса, но при этом часто путали клинические проявления ФП и признаки других заболеваний (например, гипертонической болезни). На вопросы о лечении, тактике действий при ухудшении состоянии и пароксизме аритмии правильно ответили только 9,5% пациентов. Хуже всего они информированы о причинах и возможных осложнениях своего заболевания (4,3%).

Исходный уровень информированности не зависел от пола, возраста и образования пациента, а также от формы ФП. Отмечена слабая корреляция информированности с социальным статусом больного (работающий – пенсионер-инвалид) ($r = 0,22$; $p = 0,03$), а также с давностью заболевания ($r = 0,23$; $p = 0,012$). Однако пациенты с анамнезом ФП более 6 месяцев исходно имели несколько более высокую информированность о заболевании ($4,7 \pm 2,3$ балла), чем пациенты с длительностью заболевания менее 6 месяцев ($3,7 \pm 2,1$ балла, $p < 0,05$); несмотря на достоверность различий, уровень знаний в обеих подгруппах был низким. Наименьший исходный уровень знаний отмечен у лиц с впервые выявленной ФП ($3,4 \pm 1,6$ балла).

Оценка уровня информированности о ФП с помощью анкеты не всегда совпадала с самооценкой респондентами своих знаний, однако большая часть опрошенных отмечала, что имеет низкие знания о ФП (41,4%) либо вообще ничего не знает о заболевании (45,7%). Только 12,9% респондентов оценили уровень своей информированности о заболевании как средний.

До обучения информацию о ФП больные чаще всего получали от врачей (64,7%), реже – от среднего ме-

дицинского персонала (4,3%), знакомых с ФП (5,2%), из специальной медицинской литературы (7,8%), средств массовой информации (3,4%), сети Интернет (3,4%). Около четверти пациентов (25,9%) ранее вообще не имели никакой информации о своем заболевании. При этом никто из больных с ФП не отказался от обучения. Все опрошенные изъявили желание получить новую информацию о заболевании, что свидетельствует об их высокой мотивации.

В ходе опроса выявлено, что больше всего пациентов интересовали вопросы тактики действий при ухудшении состояния и/или при пароксизме ФП (64,7%), о причинах развития болезни (58,3%), лечении ФП (57,8%), в меньшей степени – об осложнениях (36,2%) и симптомах болезни (30,2%). Примерно 20% больных продемонстрировали интерес ко всем предложенным темам «Школы».

Сразу после обучения средний уровень информированности пациентов возрос до $8,1 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$), через 6 месяцев он составил $6,6 \pm 1,7$ балла, оставаясь достоверно более высоким, чем исходно ($p < 0,05$). Таким образом, в течение полугода после обучения уровень информированности пациентов соответствовал, как минимум, среднему (отмечен у 69 (59,4%) больных); высокий уровень информированности имели 17 (14,9%).

Обучение привело не только к увеличению уровня знаний о ФП, но и к устойчивому росту навыков самоконтроля заболевания. В течение 6 месяцев наблюдения более половины обучавшихся в «Школе» – 70 человек (60,9%) – ежедневно контролировали пульс и артериальное давление, еще 29 (25,2%) делали это эпизодически. Следовательно, достаточный уровень владения навыками самоконтроля отмечен у 99 человек (86,1%) через 6 месяцев после обучения.

Приверженность медикаментозному лечению у лиц, обучавшихся в «Школе», также увеличилась: через 6 месяцев доля больных с высокой приверженностью составила 70,5%, (исходно – 21,8%, $p < 0,05$), со средней – 21,7% (исходно – 30,7%), с низкой – 7,8% (исходно – 47,5%, $p < 0,05$).

Обучение оказалось неэффективным у 14 (12%) пациентов. Эти больные отличались, прежде всего, высокой зависимостью от вредных привычек (курение и/или употребление алкоголя), обучение у них не привело к значимому повышению информированности и приверженности медикаментозному лечению.

На основании выполненного исследования, в которое вошли «типичные» пациенты с ФП, мы попытались составить «портрет» больного ФП, планируемого для обучения в «Школе». Выделение важных с точки зрения организации и эффективности обучения, часто встречающихся типичных характеристик обучаемого контингента дает перспективу повыше-

ния результативности процесса. По нашему мнению, пациенты, обучающиеся в «Школе для больных ФП», – это больные среднего возраста (50–75 лет), мужчины и женщины без выраженных структурных изменений сердца, без ИБС и симптомов хронической сердечной недостаточности, вне зависимости от уровня образования и социального статуса, чаще без вредных привычек. Эти пациенты имеют исходно низкую информированность о ФП и способах её контроля и одновременно высокую мотивацию к обучению в «Школе». У этого контингента в результате обучения удастся достичь достаточного (высокого или среднего) уровня информированности, приверженности медикаментозному лечению и владения навыками самоконтроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интякова, Ю. В. Школа для пациентов с фибрилляцией предсердий. Программа занятий : метод. рекомендации / Ю. В. Интякова, О. А. Назарова, А. В. Муромкина. – Иваново, 2009. – 28 с.
2. Муромкина, А. В. Клиническая и медико-социальная эффективность терапевтического обучения больных фибрилляцией предсердий / А. В. Муромкина,

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с ФП характеризуются исходно низкой информированностью о заболевании и одновременно высокой мотивацией к обучению, которое дает устойчивый положительный эффект как в плане повышения информированности, так и приобретения навыков самоконтроля.
2. Терапевтическое обучение оказалось неэффективным у меньшего числа пациентов (12%), имеющих, как правило, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), не привело к значимому повышению информированности и приверженности больных медикаментозному лечению.

- О. А. Назарова, Ю. В. Интякова // Кардиосоматика. – 2013. – № 4. – С. 10–13.
3. Эффективность различных методов терапевтического обучения больных артериальной гипертензией / С. Е. Ушакова [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – Т. 9, № 2. – С. 40–44.

WHAT DO WE KNOW ABOUT PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND WHAT DO THEY KNOW ABOUT THEIR DISEASE?

A. V. Muromkina, O. A. Nazarova

Abstract. Objective: to study the necessary knowledge level of patients with atrial fibrillation about the disease and skills for its self-control.

Material and methods. 116 patients with atrial fibrillation (61 women and 55 men, average age – 60,6±8,4 years) who have been trained in “School for health in patients with atrial fibrillation”.

Results and discussion. Initial level of patients' knowledge before training was amounting to 4,4±2,3 points (low level), insufficient knowledge was revealed in 68,1% in all persons who took place in poll. Information concerning atrial fibrillation was presented mostly by doctors (64,7%) to their patients who were interested in treatment tactics in arrhythmia paroxysm (64,7%), causes of the disease onset (58,3%) and its treatment (57,8%). None of patients refused the training. Just after training the knowledge level in patients increased to 8,1±1,6 points (p<0,05), in six months after training – to 6,6±1,7 points. Such training was conducive to obtain the necessary skills of self-control (skills for evaluation of pulse frequency & rhythm, to keep the diary of self-control).

Conclusions. Patients with atrial fibrillation were characterized by initially low knowledge level about the disease and simultaneously by high motivation in the training which might give stable positive effect for knowledge level increase and self-control skills mastering.

Key words: atrial fibrillation, school for health, knowledge level, self-control.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

О. В. Нилова^{1*}, кандидат медицинских наук,
С. В. Колбасников¹, доктор медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170000, Россия, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

РЕЗЮМЕ *Актуальность.* Оценка сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов старше 65 лет представляет определенные трудности. Мало изучена роль эпикардиального жира в суммарном ССР.

Цель – изучить связь метаболических факторов риска и поражения органов-мишеней с параметрами эпикардиальной жировой ткани (ЭКЖ) у пациентов старше 65 лет с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 130 больных АГ (средний возраст – $70,6 \pm 0,6$ года), среди которых 28 имели избыточную массу тела, 74 – ожирение. Проведена оценка традиционных факторов сердечно-сосудистого риска и поражения органов-мишеней, эхокардиографическое исследование с определением толщины эпикардиального жира (ЭКЖ).

Результаты. Средняя толщина ЭКЖ составила $8,4 \pm 0,9$ мм. При этом у лиц с ожирением этот показатель был достоверно выше ($9,1 \pm 0,9$ мм), чем у лиц с нормальной массой тела ($6,5 \pm 1,0$ мм, $p = 0,003$). Кроме того, у пациентов с висцеральным ожирением толщина ЭКЖ коррелировала с уровнем общего холестерина ($r = 0,71$; $p = 0,001$), триглицеридов ($r = 0,59$; $p = 0,001$), гликемии ($r = 0,79$; $p = 0,001$). Толщина ЭКЖ коррелировала с систолическим ($r = 0,74$; $p = 0,001$) и диастолическим АД ($r = -0,50$; $p = 0,01$), индексом массы миокарда левого желудочка ($r = 0,68$; $p = 0,001$), его размерами и объемами (систолическим и диастолическим) (r от $0,44$ до $0,60$, $p < 0,05$).

Заключение. У пациентов старше 65 лет с АГ толщина ЭКЖ коррелирует с наличием и выраженностью метаболических факторов риска: ожирением, дислипидемией, а также с ИММЛЖ, наличием диастолической дисфункции ЛЖ, что соответствует аналогичным закономерностям у лиц более молодого возраста.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, сердечно-сосудистый риск, эпикардиальный жир, гиперлипидемия, гиперурикемия, ожирение.

*Ответственный за переписку (corresponding author): tevirp69@mail.ru.

До настоящего времени не потерял актуальности вопрос, в какой мере АГ усугубляет сопутствующие липидные нарушения и, наоборот, как различные виды дислипидемий влияют на становление и характер течения АГ, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста. Ожирение и ассоциированные с ним метаболические нарушения являются основными из потенциально устранимых причин развития как дислипидемии, так и артериальной гипертензии. Кроме того, ожирение, независимо от других факторов, влияет на функцию и строение миокарда, развитие эксцентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и диастолической дисфункции, сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) [2, 5]. ГЛЖ чаще встречается у лиц с избыточной массой тела и ожирением, чем у пациентов с нормальной массой тела, независимо от наличия АГ. ГЛЖ в свою очередь является ведущим фактором развития застойной сердечной недостаточности, острого инфаркта миокарда, внезапной смерти и других сердечно-сосудистых событий [1, 4, 8, 10].

По данным немногочисленных исследований [8, 12], наибольшей метаболической активностью обладает эпикардиальная жировая ткань за счет высокой экспрессии адипоцитокинов. В условиях ожирения и ишемии она является источником свободных жирных кислот и способствует формированию связанных с висцеральным ожирением клинико-метаболических осложнений. Согласно результатам исследования G. Iacobellis [12], у взрослых повышение содержания ЭКЖ достоверно коррелирует с высоким уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), инсулина и АГ. Масса ЭКЖ возрастает пропорционально массе миокарда и нарушению диастолической функции ЛЖ [5, 6, 13]. ЭКЖ вносит вклад в развитие фиброза миокарда предсердий. Так, ЭКЖ коррелирует со степенью атриомегалии, а избыточное депонирование жира в предсердной перегородке повышает распространенность фибрилляции предсердий [3]. По данным Е. И. Барановой установлено, что ЭКЖ ассоциируется с нарушенной диастолической функцией ЛЖ [6]. С помощью множественного регрессионного анализа было доказано, что

только возраст и толщина ЭКЖ, независимо от других параметров, сопутствующих факторов риска, влияет на снижение величины e' [6].

Измерение ЭКЖ может оказаться одним из наиболее объективных и специфичных, а также доступных и безопасных методов диагностики феномена висцерального жиросотложения. Выявление данного феномена, возможно, позволит на стадии субклинических изменений прогнозировать риск развития сердечно-сосудистых катастроф у больных АГ.

Остается неизученным вопрос о параметрах ЭКЖ и их связи со структурно-функциональными характеристиками у больных старших возрастных групп с АГ.

Цель исследования – изучить связь метаболических факторов риска и поражения органов-мишеней с параметрами ЭЖТ у пациентов старше 65 лет с АГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе поликлиники ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской академии» Минздрава России. Осуществлено комплексное обследование 130 больных АГ (66 мужчин и 64 женщины в возрасте $71,6 \pm 6,3$ года). Длительность АГ составила $19,3 \pm 0,8$ года. Все пациенты получали гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, гидрохлоротиазид, антагонисты ренин-ангиотензиновых рецепторов). Средний уровень САД и ДАД при «офисном» измерении составил соответственно $141,0 \pm 2,8$ и $94,1 \pm 3,2$ мм рт. ст. Проводили антропометрические расчеты с определением индекса массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), измерение окружности талии. Оценивали уровень глюкозы и общего холестерина в плазме крови, содержание липидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), мочевой кислоты. Физическая активность больных АГ в повседневной жизни изучалась по опроснику IPAQ [7].

Проводили эхокардиографическое исследование в М- и В-режимах (аппарат «Vivid 7», «General Electric», США) по общепринятой методике. Визуализация структур сердца проводилась из верхушечного и парастернального доступа по длинной и короткой осям в положении пациента лежа на спине и на левом боку. Оценивали следующие параметры ЛЖ: конечный систолический (КСР) и конечный диастолический размер (КДР), толщина миокарда задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в период диастолы (в см), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), относительную толщину стенок ЛЖ (ОТС) – отношение суммы ТМЖП и ТЗСЛЖ к КДР. Критериями ГЛЖ считали ИММЛЖ ≥ 95 $\text{г}/\text{м}^2$ у женщин, а ИММЛЖ ≥ 115 $\text{г}/\text{м}^2$ у мужчин [14]. При ОТС $\geq 0,45$ диагностировали концентрический тип ГЛЖ, ОТС менее 0,45 – эксцентрический тип. Наличие диа-

столической дисфункции и её типы оценивались на основании существующих критериев с учетом типа трансмитрального кровотока в диастолу по соотношению скоростей пиков раннего и позднего диастолического наполнения (E/A), времени изоволюмического расслабления (IVRT) и времени замедления раннего диастолического наполнения (DT), смещения септальной и латеральной частей митрального кольца (e') [14].

Для оценки толщины ЭКЖ проводили сканирование в В-модальном режиме по парастернальной длинной оси ЛЖ. Толщину ЭКЖ, визуализирующегося как эхо-негативное пространство, измеряли на свободной стенке правого желудочка [11].

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы SPSS для WINDOWS (версия 13.0). Рассчитывались средние величины (M) и ошибки средней (m). Результаты представлены в виде $M \pm m$. Статистическая значимость различий средних величин оценивалась по t-критерию Стьюдента (тесты Стьюдента и Саттертвайта). Различия между долями оценивали при помощи критерия χ^2 в таблицах сопряженности 2×2 , точного критерия Фишера. Множественные сравнения трех и четырех групп проводили с помощью статистической процедуры ANOVA (ANALYSES OF VARIANCE – дисперсионный анализ) с использованием дополнительного теста Дункана. Для определения связи между исследуемыми клиническими, лабораторными и инструментальными переменными использовались методы корреляционного анализа – критерии Пирсона (r).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частыми факторами риска у всех обследованных были: гипокинезия – у 113 (86,9%), избыточная масса тела и ожирение – у 102 (78,4%), дислипидемия – у 84 (64,6%), табакокурение – у 56 (43,0%). Средний уровень ЛПНП составил $3,79 \pm 0,04$ ммоль/л, ЛПВП – $1,13 \pm 0,3$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $2,7 \pm 1,15$ ммоль/л. Средний уровень мочевой кислоты – $458 \pm 0,13$ мкмоль/л, гиперурикемия выявлена у 54 (41%) больных. Повышенный уровень глюкозы зарегистрирован у 13 (10%) обследованных.

Нормальную массу тела имели 28 (21,5%) обследованных, избыточную (ИМТ = $25\text{--}29,9$ $\text{кг}/\text{м}^2$) – 28 (21,5%). Средний ИМТ в этой группе составил $26,3 \pm 0,3$ $\text{кг}/\text{м}^2$. Ожирение 1-й степени наблюдалось у 42 (32,3%; ИМТ – $30,9 \pm 0,3$ $\text{кг}/\text{м}^2$), 2-й – у 26 (20,0%; ИМТ – $37,7 \pm 0,1$ $\text{кг}/\text{м}^2$), 3-й – у 6 (4,6%; ИМТ – $41,0 \pm 0,3$ $\text{кг}/\text{м}^2$). Абдоминальный тип ожирения имели 29 (28,4%) мужчин и 73 (71,6%) женщин. Окружность талии у мужчин составила в среднем $118,0 \pm 1,2$ см, у женщин – $107,5 \pm 1,3$ см.

Результаты эхокардиографии в группах больных с различной массой тела приведены в таблице. ГЛЖ была выявлена у 107 (82,3%) человек. Диастолическая дисфункция установлена у 85 (65,3%) обследованных. При этом диастолическая дисфункция 1-й степени (замедление расслабления) выявлялась у 76 (90,7 %); 2-й (псевдонормальная) – у 7 (7,6 %); 3-й (рестриктивная) – у 2 (1,5 %).

Как следует из данных таблицы, основные параметры в рассматриваемых подгруппах не различались. Анализ показал, что по мере нарастания массы тела увеличивается не только доля лиц с ИММЛЖ, но и с ГЛЖ. В группе пациентов с нормальной массой тела концентрическая ГЛЖ имела у 19 (67%), с избыточной массой тела – у 20 (71%; точный критерий Фишера, $p = 0,057$ по отношению к первой группе), у лиц с ожирением – у 68 (91%; точный критерий Фишера, $p = 0,028$ по отношению к пациентам с нормальной массой тела). Отмечен статистически значимый (ANOVA, $p < 0,05$) рост выраженности ГЛЖ у лиц с различной степенью ожирения. Кроме того, выявлена тенденция к дилатации полости ЛЖ у лиц с ожирением.

Толщина ЭКЖ у обследованных составила в среднем $8,4 \pm 0,9$ мм. При этом у лиц с ожирением этот показатель был достоверно выше ($9,1 \pm 0,9$ мм), чем у пациентов с нормальной массой тела ($6,5 \pm 1,0$ мм; $p = 0,003$). У больных с абдоминальным ожирением, в отличие от лиц с равномерным распределением подкожно-жировой клетчатки, были получены достоверные прямые корреляции между толщиной ЭКЖ и следующими метаболическими показателями: уровнем общего холестерина ($r = 0,71$; $p = 0,001$), ТГ ($r = 0,59$; $p = 0,001$), а также гликемии ($r = 0,79$; $p = 0,001$). Полученные корреляционные взаимосвязи между толщиной ЭКЖ и клинико-метаболическими параметрами (атеро-, диабетогенной направленности) могут свидетельствовать о взаимовлиянии этих факторов, что необходимо учитывать при оценке кардиоваскулярного риска у больных АГ пожилого и старческого возраста.

Сопоставлены структурные и функциональные параметры сердца у пациентов с различной толщиной

ЭКЖ. Из данных литературы известно, что толщина ЭКЖ более 7 мм сопряжена с наличием атеросклероза [5]. В нашем исследовании мы произвольно приняли за точку отсечения толщину ЭКЖ 6 мм. У 61 из 130 обследованных (46,9%) толщина ЭКЖ составила более 6 мм. При этом у пациентов с толщиной ЭКЖ менее 6 мм средний ИММЛЖ составил $78,3 \pm 2,0$ г/м², ЭКЖ 6 мм и более – $143,3 \pm 8,9$ г/м² ($p < 0,05$). Анализ показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ, показал, что E/A меньше, а IVRT, DT, E/e' больше у пациентов с большей толщиной ЭКЖ.

Установлена прямая достоверная корреляционная связь между толщиной ЭКЖ и ИММЛЖ ($r = 0,68$; $p = 0,001$), КСР ЛЖ ($r = 0,60$, $p = 0,001$), КДР ЛЖ ($r = 0,55$, $p = 0,001$).

Кроме того, между толщиной ЭКЖ и уровнем систолического и диастолического АД (САД и ДАД) определялись разнонаправленные корреляционные связи: с САД получена прямая высокая корреляция ($r = 0,74$; $p = 0,001$), а с ДАД – обратная, средней силы взаимосвязь ($r = - 0,50$; $p = 0,01$), а также установлена средней силы взаимосвязь между толщиной ЭКЖ и пульсовым АД ($r = - 0,47$; $p = 0,01$).

Таким образом, данное исследование подтвердило, что у больных АГ старших возрастных групп имеется связь ЭКЖ с метаболическими изменениями и структурно-функциональными параметрами ремоделирования сердца. Клиническое и прогностическое значение выявленных закономерностей требует дальнейшего изучения.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов старше 60 лет, страдающих АГ, по данным эхокардиографического исследования в 46,9% случаев выявлено увеличение толщины ЭКЖ более 6 мм.
2. Повышение содержания ЭКЖ у больных этой группы достоверно коррелирует с уровнем АД, общего холестерина, ИММЛЖ и показателями, характеризующими диастолическую дисфункцию, избыточной массой тела и ожирением.

Таблица. Результаты эхокардиографии у обследованных с артериальной гипертонией в зависимости от массы тела

Параметр	M ± m		
	нормальная масса тела (n = 28)	избыточная масса тела (n = 28)	ожирение 1–3-й степени (n = 74)
КСР, см	2,9 ± 0,02	2,9 ± 0,01	3,0 ± 0,06
КДР, см	4,88 ± 0,04	4,86 ± 0,06	5,92 ± 0,07
ТМЖП, см	1,19 ± 0,02	1,2 ± 0,02	1,40 ± 0,02
ТЗСЛЖ, см	1,1 ± 0,02	1,1 ± 0,02	1,2 ± 0,02
ММЛЖ, г	167,1 ± 7,7	199,5 ± 6,8	234,8 ± 7,4
ИММЛЖ, г/м ²	118,4 ± 2,8	128,6 ± 3,1*	148,8 ± 3,4*

Примечание. * – статистическая значимость различий показателя по сравнению с больными с нормальной массой тела, $p < 0,05$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов, С. А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз / С. А. Бойцов, А. Д. Деев, С. А. Шальнова // Терапевт. арх. – 2017. – № 89(1). – С. 5–13.
2. Бубнова, М. Г. Ожирение и кардиометаболический риск пациента. Возможности профилактики / М. Г. Бубнова // Врач. – 2009. – № 5. – С. 48–53.
3. Эпикардиальный жир и фибрилляция предсердий: роль профиброгенных медиаторов / Е. З. Голухова [и др.] // Кардиология. – 2018. – № 7. – С. 59–65.
4. Демографический ежегодник России. 2015 : стат. сб. Росстата. – М., 2015. – 263 с.
5. Дружилов, М. А. Толщина эпикардиального жира как дополнительный прогностический маркер высокого риска при метаболическом синдроме / М. А. Дружилов, Ю. Е. Бетелева, Т. Ю. Кузнецова // Материалы 2-го Международного образовательного форума «Российские дни сердца – 2014» // Российский кардиологический журн. – 2014. – № 5 (109), прил. 1. – С. 36–37.
6. Толщина эпикардиального жира и сосудистая жесткость у больных абдоминальным ожирением: гендерные особенности / О. В. Листопад [и др.] // Пробл. женского здоровья. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 43–49.
7. Руководство по профилактике в первичном звене здравоохранения: Адаптированный вариант рекомендации ВОЗ «Prevention in primary care» / под ред. И. С. Петрухина, В. Н. Стрельникова. – Тверь, 2007. – С. 254–274.
8. Эпикардиальное ожирение как возможный маркер метаболического синдрома / Г. А. Чумакова [и др.] // Кардиосоматика. – 2012. – № 4. – С. 51–54.
9. 2018 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. – 2018. – Vol. 00. – P. 1–98.
10. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis / K. M. Flegal, B. K. Kit, H. Orpana, B. I. Graubard // JAMA. – 2013. – Vol. 309. – P. 71–82.
11. Epicardial fat from echocardiography: a new method for visceral adipose tissue prediction / G. Iacobellis [et al.] // Obes. Res. – 2003. – Vol. 11(2). – P. 304–310.
12. Iacobellis, G. Do cardiac and perivascular adipose tissue play a role in atherosclerosis? / G. Iacobellis, Y. J. Gao, A. M. Sharma // Curr. Diab. Rep. – 2008. – Vol. 8. – P. 20–24.
13. Iacobellis, G. Relation between epicardial adipose tissue and left ventricular mass / G. Iacobellis // Am. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 94. – P. 1084–1087.
14. Recommendations on the use of echocardiography in adult hypertension: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE) 2015 // Eur. Heart J. – 2015. – Vol. 16. – P. 577–605.

INTERACTION OF EPICARDIUM OBESITY, RISK FACTORS AND TARGET ORGANS LESION IN OLD AND ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

O. V. Nilova, S. V. Kolbasnikov

ABSTRACT Actuality. There are certain difficulties in the diagnosis of cardiovascular risk (CVR) in patients over 65 years. The role of epicardium fat in the total cardiovascular risk is studied insignificantly.

Objective – to study the interaction of metabolic risk factors, target organs lesion and epicardium fat tissue (EFT) parameters in patients over 65 years with arterial hypertension (AH).

Material and methods. 130 patients with AH (average age – 70,6 ± 0,6 years) were examined, among them 28 ones with excessive body mass, 74 ones – with obesity. The traditional factors of cardiovascular risk and target organs lesion were evaluated; echocardiography with epicardium fat thickness (EF) was performed.

Results. The average thickness of EF was amounting to 8,4 ± 0,9 mm. This parameter was trustworthy higher (9,1 ± 0,9 mm) in patients with obesity in comparison with persons with normal body mass (6,5 ± 1,0 mm, p = 0,003). The thickness of EF correlated to total cholesterol level (r = 0,71; p = 0,001), triglycerides (r = 0,59; p = 0,001), glycemia (r = 0,79; p = 0,001) in patients with visceral obesity. EF thickness correlated to systolic AP (r = 0,74; p = 0,001) and diastolic AP (r = - 0,50; p = 0,01) of left ventricle myocardium mass index (r = 0,68; p = 0,001), its sizes and volumes (systolic and diastolic) (r from 0,44 to 0,60, p < 0,05).

Conclusion. EF thickness correlated to the presence and manifestation of metabolic risk factors – obesity, dyslipidemia, LVMMI, diastolic dysfunction of left ventricle and it corresponded to the analogous regularities in patients of more young age.

Key words: arterial hypertension, risk factors, cardiovascular risk, epicardium fat, hyperlipidemia, hyperuricemia, obesity.

В помощь практическому врачу

УДК 616-085

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С. Е. Ушакова^{1*}, доктор медицинских наук,
Н. В. Будникова², кандидат медицинских наук,
М. В. Александров¹, кандидат медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

²ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иваново», 153008, Россия, г. Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

РЕЗЮМЕ Обсуждается проблема лечения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов пожилого и старческого возраста. Приведены клинические особенности АГ у пожилых, необходимые дополнительные приемы врачебного обследования и практически важные аспекты антигипертензивного лечения. Отдельно анализируется тактика антигипертензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении с учетом действующих клинических рекомендаций.

Ключевые слова: лица пожилого и старческого возраста, артериальная гипертензия, синдром старческой астении, фармакотерапия.

*Ответственный за переписку (corresponding author): kpt.isma@mail.ru.

В последние годы в развитых странах мира в структуре населения фиксируется постоянный рост доли лиц старших возрастных групп, а ожидаемая продолжительность их жизни за последние десятилетия существенно выросла [1]. Лица пожилого и старческого возраста составляют значительную часть пациентов лечебных учреждений любого уровня.

Артериальная гипертензия (АГ) широко распространена среди лиц старших возрастных групп; её клинические особенности подробно изучены и описаны. Самым частым вариантом АГ у пожилых является изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ). У значительной части пациентов с АГ старше 60 лет уровень систолического артериального давления (САД) постепенно увеличивается, а диастолического (ДАД) «выходит на плато» и затем начинает снижаться [2]. Изолированное повышение САД отмечается и у лиц старше 60 лет, не имевших до этого АГ. Это приводит к закономерному росту пульсового давления и к формированию ИСАГ у значительной части пациентов пожилого и старческого возраста.

Наиболее обоснованным фактором риска развития осложнений АГ является уровень САД. Исследования последних десятилетий продемонстрировали также неблагоприятное прогностическое значение высоких значений пульсового давления (ПД) в развитии ишемической болезни сердца, хронической

сердечной и почечной недостаточности. Однако получены достаточно противоречивые данные о том, какой показатель является прогностически более опасным – САД или ПД. Так, метаанализ баз данных трёх крупнейших исследований по проблеме ИСАГ – EWPHE (1991), Syst-Eur (1997) и Syst-China (1998) – продемонстрировал бóльший риск развития всех смертельных и несмертельных исходов при повышении ПД по сравнению со средним гемодинамическим АД [2]. Однако в исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial, 1973–1996) с общим числом пациентов, превышающем 300 тыс., сердечно-сосудистая смертность была ассоциирована с САД, а ПД не имело самостоятельного прогностического значения [3].

ИСАГ, в соответствии с классификацией ВОЗ, диагностируется при выявлении САД выше или равно 140 мм рт. ст. и ДАД – ниже 90 мм рт. ст. Однако при стандартных измерениях АД возможна гипердиагностика ИСАГ из-за феномена «гипертензии белого халата». Поэтому целесообразно дополнить обследование пациента с ИСАГ суточным мониторингом АД (СМАД), которое дополнительно позволяет исследовать среднесуточное, среднедневное, средненочное САД и ПД и их вариабельность. Наличие ультразвуковых и рентгенологических признаков поражения сосудов (атеросклероза аорты и её крупных ветвей), данные изучения состояния стенки аорты методами

ультразвуковой доплерографии подтверждают атеросклеротический генез выявляемой ИСАГ. Надёжным маркером жёсткости аорты является скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) [2].

Для лиц старшего возраста характерен также особый феномен – ортостатическая гипотония, под которой понимается снижение АД более чем на 20/10 мм рт. ст. при переходе из горизонтального положения в вертикальное. Частота ортостатической гипотонии в общей популяции составляет 6,9%, а среди лиц старше 80 лет встречается в 18,5% случаев [4]. Для оценки реакции АД в ортостазе необходимо выполнять измерение АД через 7 минут после того, как пациент принимает горизонтальное положение, и затем через одну, две и три минуты после перехода в вертикальное положение [5]. При выявлении ортостатической гипотонии следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание). Ортостатическая гипотония является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти у пожилых, а также падений и связанной с этим травматизации [6]. Снижение АД вследствие приема гипотензивных препаратов может усугубить ортостатическую гипотонию и увеличить риск падений у пожилых людей [4].

Диагностика АГ у пациентов старших возрастных групп может затрудняться наличием так называемой псевдогипертонии. Этот феномен обусловлен «не сдавливаемостью» периферических сосудов из-за кальцификации артериальной стенки; при этом уровень АД, определённый аускультативным методом на плечевой артерии, превышает истинный показатель, получаемый при внутриапериартериальной регистрации. Для выявления псевдогипертонии на практике используют пробу Ослера: воздух в манжету нагнетается выше уровня САД, при этом пальпируют плечевую или лучевую артерии. Проба считается положительной, если хотя бы на одной из этих артерий пульсация сохраняется. Псевдогипертония может привести к необоснованному или избыточному назначению гипотензивной терапии, что в старших возрастных группах увеличивает риск неблагоприятных последствий.

Знание и учет особенностей течения и выявления АГ у пожилых позволяет принять правильное клиническое решение в каждом конкретном случае.

Согласно Рекомендациям по лечению артериальной гипертонии ESH/ESC (2013) Европейского общества гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) [7], у больных АГ в возрасте моложе 80 лет следует начинать терапию при САД не ниже 140 мм рт. ст. при условии удовлетворительного общего состояния и стремиться к целевому уровню

САД ниже 140 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии (уровень убедительности рекомендаций IIb, уровень достоверности доказательств C). Последнее замечание является особенно важным с точки зрения практического врача и в ряде случаев позволяет ему воздержаться от назначения гипотензивной терапии при подобной клинической ситуации. В то же время Рекомендациями предписывается обязательность гипотензивного лечения у больных пожилого и старческого возраста при уровне САД, выше или равном 160 мм рт. ст. При этом рекомендовано снижение САД ниже 150 мм рт. ст. (уровень убедительности рекомендаций I, уровень достоверности доказательств A). Эти рекомендации действуют и в отношении пациентов старше 80 лет при условии хорошего физического и психического состояния (так называемые «крепкие» пациенты). При условии хорошей переносимости данные рекомендации по лекарственной терапии можно рассмотреть и у «хрупких» пожилых пациентов (уровень убедительности IIb, достоверность B).

Для лечения пациентов пожилого возраста применяются основные группы антигипертензивных препаратов: тиазидные/тиазидоподобные диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов к ангиотензину II типа и антагонисты кальция. При изолированной систолической АГ препаратами выбора являются диуретики и антагонисты кальция. Назначение бета-адреноблокаторов целесообразно при наличии определённых клинических состояний (стенокардия, перенесённый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, суправентрикулярные тахикардии и тахикардии). В остальных случаях польза применения бета-адреноблокаторов остаётся спорной [8, 9]. Это обусловлено в том числе и патогенезом повышения САД у пожилых пациентов. Достоверно установлено, что основным звеном патогенеза первичной ИСАГ является снижение растяжимости (повышенная жёсткость) крупных артерий эластического типа, прежде всего аорты, вследствие атеросклеротических изменений, а не увеличение сердечного выброса [2]. Поэтому бета-адреноблокаторы, обладающие отрицательным инотропным эффектом, способны снизить САД, уменьшив сердечный выброс и спровоцировав тем самым ухудшение перфузии мозга, сердца, почек и других органов.

В рекомендациях ЕОК/ЕОАГ 2013 года [7] независимо от возраста предлагается начинать терапию АГ с комбинации двух препаратов в случае высокого сердечно-сосудистого риска. У «крепких» пациентов старше 80 лет рекомендуется начинать с одного гипотензивного препарата и переходить на комбинированную терапию только при неэффективной полноразовой монотерапии (уровень убедительности I, достоверность B).

Получены данные о сомнительной пользе чрезмерного снижения АД при медикаментозном лечении АГ у лиц старших возрастных групп: повышение риска смертельных исходов у пациентов с более низким АД [10, 11], а также обмороков и падений [12–14], ухудшение физического состояния [15, 16] и когнитивного статуса у хрупких больных [17, 18]. В этой связи особое внимание в последнее время привлечено к особой категории пожилых – так называемым «хрупким» пациентам (от англ. frailty – хрупкость), к которым относятся лица с синдромом старческой астении (ССА). Основными клиническими проявлениями ССА являются общая слабость, непреднамеренная потеря веса и/или медлительность, ухудшение физической и функциональной активности систем, снижение адаптационного и восстановительного резерва организма. Распространенность ССА составляет 14,0% среди самостоятельно живущих лиц в возрасте 65 лет и достигает 26,0% среди людей 85 лет и старше [19]. Классическое определение «хрупкости» включает сочетание пяти компонентов: 1) потеря веса (саркопения), 2) снижение силы кисти, доказанное динамометрией, 3) выраженная слабость и повышенная утомляемость, 4) снижение скорости передвижения, 5) значительное снижение физической активности. Диагноз устанавливается при наличии трёх и более признаков, при наличии одного-двух критериев диагностируется преастения [20]. Для скрининга ССА может быть применен опросник, разработанный и использованный в программе «Возраст не помеха» [20, 21] (рис.).

старческой астенией» [5]. В 2011 г. Американской ассоциацией сердца и Американской коллегией кардиологов был опубликован отдельный документ, посвящённый проблемам лечения АГ у пожилых пациентов с ССА [19]. Также в 2015 г. ЕОАГ, ЕОК и Обществом гериатрической медицины Евросоюза была создана совместная рабочая группа для изучения особенностей течения АГ у лиц старше 80 лет. Результатом её деятельности стала публикация в 2016 г. мнения экспертов по этому вопросу.¹

Особое внимание к этой возрастной группе обусловлено несколькими обстоятельствами. Во-первых, не сформировано окончательное мнение о пользе гипотензивной терапии в этом возрасте. Во-вторых, фармакотерапия у лиц с ССА потенциально более опасна и вследствие этого имеет значительные ограничения, чем при назначении пациентам того же возраста без ССА [5]. Кроме того, осложнения этой терапии могут усугубить неблагоприятные последствия ССА, привести к увеличению частоты обмороков, нарушениям электролитного баланса, почечной недостаточности и другим побочным реакциям, которые более выражены в старшей возрастной группе.

Основные положения гипотензивной терапии у данной группы пациентов сводятся к следующему. Согласно рассматриваемым клиническим рекомендациям, у пациентов старше 80 лет назначение гипотензивной терапии рекомендуется при САД не ниже 160 мм рт. ст. при условии хорошего физического и психического состояния (класс рекомендаций I,

«Возраст не помеха»

- 1) Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?
- 2) Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?
- 3) Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?
- 4) Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?
- 5) Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?
- 6) Страдаете ли Вы недержанием мочи?
- 7) Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на один лестничный пролет)?

Рис. Опросник «Возраст не помеха»

Заполнять опросник может как медицинская сестра или родственники больного, так и сам пациент. За каждый положительный ответ на вопрос пациент набирает один балл, за отрицательный ответ – 0 баллов. Максимальное число набранных баллов по опроснику – семь.

В настоящее время наиболее полные данные о лечении АГ у очень пожилых содержатся в согласованном мнении экспертов «Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со

степень доказанности А), с достижением целевого САД ниже 150 мм рт. ст. и «безопасным диапазоном», в котором должно поддерживаться САД – 130–150 мм рт. ст. (уровень убедительности I, достоверность B). Не следует снижать САД ниже 130 мм рт. ст. У «хрупких» пациентов вопрос о медикаментозном лечении АГ решается индивидуально, с учётом их функ-

¹ An Expert Opinion from the European society of hypertension – European union geriatric medicine society Working group on the management of hypertension in very old, frail subjects / A. Benetos [et al.] // Hypertension. – 2016. – Vol. 67.

ционального состояния, наличия сопутствующей патологии и переносимости назначенной терапии. Так, при нарушении способности к самообслуживанию (самостоятельному приёму лекарств) или при наличии когнитивных нарушений гипотензивная терапия должна проводиться при участии лиц, осуществляющих уход за данными пациентами.

У больных старше 80 лет лечение следует начинать с низких доз одного препарата для предотвращения гипотонии или ухудшения состояния на фоне терапии. Если монотерапия не приносит ожидаемого эффекта, можно рассмотреть целесообразность применения комбинации двух гипотензивных препаратов, но только при условии, что польза от назначения второго препарата превышает возможные риски. У лиц старше 80 лет назначение двух гипотензивных препаратов даже в низких дозах может привести к

развитию гипотонии [22], повысить вероятность возникновения неблагоприятных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов. Пациентам старше 80 лет не следует применять более трёх гипотензивных препаратов, за исключением тех случаев, когда АД не контролируется или пациент ранее принимал более трёх препаратов и по-прежнему хорошо их переносит [7].

При назначении гипотензивных средств пожилым и очень пожилым пациентам следует учитывать ряд аспектов, важных для этой возрастной категории (табл.) [5].

Таким образом, для врачей первичного звена здравоохранения важно практическое владение технологией медикаментозного лечения с учетом особенностей АГ у пожилых пациентов, учитывая многочисленность и сложность разных возрастных категорий.

Таблица. Факторы, которые следует учитывать при назначении гипотензивных препаратов пациентам пожилого и старческого возраста

Клинические гериатрические проблемы	Тактика профилактики и коррекции
Риск падений	Повышается при назначении всех антигипертензивных препаратов. Рекомендуется начало лечения с низкодозовой монотерапии. Осторожность при увеличении дозы и/или присоединении второго препарата
Ортостатическая гипотония	Снижение дозы антигипертензивных препаратов, осторожность при титровании доз ИАПФ и БРА (эффект «первой дозы»)
Ортостатическая гипертония	Коррекция дозировок гипотензивных препаратов, изменение графика их приёма под контролем суточного мониторирования АД
Появление или усугубление когнитивных расстройств после назначения или повышения дозы гипотензивных препаратов	Снижение дозы антигипертензивных препаратов вплоть до отмены. Назначение ноотропов и вазоактивных препаратов
Мышечная слабость вследствие саркопении	Возможно усугубление при назначении диуретиков. Необходим контроль уровня электролитов крови (калий)
Запоры	Ограничение использования недигидропиридиновых антагонистов кальция
ДАД ниже 70 мм рт. ст.	Повышение риска развития ишемии миокарда, особенно при сохранении высокого уровня САД. Коррекция дозировок препаратов

ЛИТЕРАТУРА

1. National Institute on Aging, National Institutes of Health. Global Health and Aging. NIH Publication no. 11-7737. – Washington, DC : World Health Organisation, 2011.
2. Дзизинский, А. А. Изолированная систолическая артериальная гипертония. Патогенез. Диагностика. Лечение / А. А. Дзизинский, К. В. Протасов. – Иркутск, 2008. – 150 с.
3. Isolated and borderline isolated systolic hypertension relative to long-term risk and type of stroke: a 20-year follow-up of the national health and nutrition survey / A. I. Qureshi [et al.] // Stroke. – 2002. – Vol. 33, № 12. – P. 2781–2788.
4. Age-related normative changes in phasic orthostatic blood pressure in a large population study: findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) / C. Finucane [et al.] // Circulation. – 2014. – Vol. 130 (20). – P. 1780–1789.
5. Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией : Согласованное мнение экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров, Геронтологического общества при Российской академии наук, Российского медицинского общества по артериальной гипертонии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – № 16 (1). – С. 8–21.
6. Hypertension, Orthostatic Hypotension, and the Risk of Falls in a Community-Dwelling Elderly Population: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study / A. Gangavati [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2011. – Vol. 59(3). – P. 383–389.
7. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P. 2159–2219.
8. Khan, N. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis / N. Khan, F. A. McAlister // CMAJ. – 2006. – Vol. 174. – P. 1737–1742.

9. Beta-blockers for hypertension / C. S. Wiysonge [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – Vol. 1. – CD002003.
10. Mortality and cardiovascular events are best predicted by low central/peripheral pulse pressure amplification but not by high blood pressure levels in elderly nursing home subjects: the PARTAGE (Predictive Values of Blood Pressure and Arterial Stiffness in Institutionalized Very Aged Population) study / A. Benetos [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2012. – Vol. 60. – P. 1503–1511.
11. Blood pressure trends and mortality: the Leiden 85-plus study / R. K. Poortvliet [et al.] // *J. Hypertens.* – 2013. – Vol. 31. – P. 63–70.
12. Orthostatic hypotension predicts all-cause mortality and coronary events in middle-aged individuals (The Malmö Preventive Project) / A. Fedorowski [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2010. – Vol. 31. – P. 85–91.
13. Association between orthostatic hypotension and cardiovascular risk, cerebrovascular risk, cognitive decline and falls as well as overall mortality: a systematic review and meta-analysis / A. Angelousi [et al.] // *J. Hypertens.* – 2014. – Vol. 32. – P. 1562–1571.
14. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly / D. A. Butt [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2012. – Vol. 172. – P. 1739–1744.
15. Antihypertensive treatment in people with dementia / V. van der Wardt [et al.] // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* – 2014. – Vol. 15. – P. 620–629.
16. Treatment of hypertension in the oldest old: a critical role for frailty? / M. Muller, Y. M. Smulders, P. W. de Leeuw, C. D. Stehouwer // *Hypertension.* – 2014. – Vol. 63. – P. 433–441.
17. Clinical correlates of white matter findings on cranial magnetic resonance imaging of 3301 elderly people / W. T. Jr. Longstreth [et al.] // *The Cardiovascular Health Study. Stroke.* – 1996. – Vol. 27. – P. 1274–1282.
18. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia / I. Skoog [et al.] // *Lancet.* – 1996. – Vol. 347. – P. 1141–1145.
19. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension / W. S. Aronow [et al.] // *J. Am. Soc. Hypertens.* – 2011. – Vol. 5. – P. 259–352.
20. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes // M. Cesari, G. Gambassi, G. A. Van Kan, B. Vellas // *Age & Ageing.* – 2014. – Vol. 43(1). – P. 10–12.
21. Старческая астения. МКБ 10: R-54. Возрастная группа: 60 лет и старше : клин. рекомендации Российской ассоциации геронтологов и гериатров. – М., 2018. – 106 с.
22. Effects of aging on baroreflex regulation of sympathetic activity in humans / T. J. Ebert [et al.] // *Am. J. Physiol.* – 1992. – Vol. 263 (3 pt 2). – P. 798–803.

THE PECULIARITIES OF PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN OLD AND ELDERLY PATIENTS

S. E. Ushakova, N. V. Budnikova, M. V. Aleksandrov

ABSTRACT. The authors discussed the problem of arterial hypertension treatment in old and elderly patients. Clinical peculiarities of arterial hypertension in elderly patients, necessary additional methods of medical examination and practically significant aspects of antihypertensive treatment were adduced. The tactics of antihypertensive therapy in old and elderly patients with senile asthenia was analyzed separately with due regard to actual clinical recommendations.

Key words: old and elderly patients, arterial hypertension, senile asthenia syndrome, pharmacotherapy.

УДК 615.851

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Е. В. Руженская^{1*}, кандидат медицинских наук,
С. В. Смирнова¹, кандидат психологических наук,
П. Л. Егорова¹, кандидат медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Описаны психологические особенности, которые могут приводить к нарушениям взаимодействия пожилых людей с социальной средой. Обоснована необходимость изучения различных личностных изменений у этого контингента. Объективизация когнитивных характеристик возможна при динамической оценке показателей при исключении факторов соматической астенизации, депрессии, а также при обучении пожилого человека эффективному использованию интеллектуальных ресурсов, контролю вегетативных дисфункций, эмоциональной стабилизации. Использование психореабилитационных технологий (когнитивная активация и повышение эмоциональной устойчивости в рамках когнитивного тренинга, технологии физической активации) позволят лицам старшей возрастной группы сохранять свое психическое здоровье.

Ключевые слова: пожилой человек, когнитивные функции, психокоррекция.

*Ответственный за переписку (corresponding author): elena37r@yandex.ru

В настоящее время, когда современные технологии нацелены на увеличение продолжительности жизни человека, в медицинской практике все острее встает вопрос о сохранении «здоровой старости». В это понятие в числе прочих входит и сохранение психического здоровья, которое включает интеллектуальную и эмоциональную сохранность, желание активно общаться, интерес к окружающему миру, мотивацию на сбережение семейных ценностей и связи поколений. Безусловно, на первом месте остается поддержание когнитивных функций, в первую очередь интеллекта, но нельзя недооценивать и другие аспекты – настроение человека, двигательную активность, мотивации.

В соответствии с наиболее распространенным иерархическим подходом к трактовке интеллекта интеллектуальное разнообразие включает общий и парциальный (в зависимости от решаемой задачи) интеллект. Выделяют два парциальных типа таких специфических способностей: «кристаллизованный» и «подвижный» интеллект. «Кристаллизованный» интеллект оценивает количество знаний, которое человек приобретает в течение своей жизни. Обычно он оценивается с помощью простых прямых вопросов, которые задаются человеку, чтобы определить значение непонятных слов. Человека можно также попросить решить задачи, основанные на понимании. Задачи могут быть практическими, на такие вопросы можно ответить правильно только в том случае, если человек уже имеет необходимую информацию и может применить её.

Тесты по определению состояния «подвижного» интеллекта опираются на приобретённые знания

в меньшей степени, а оценивают то, что можно определить как способность решать «непривычные», новые задачи. Обычно эти тесты имеют ограничения по времени, выделенном на их решение. Со временем «подвижный» интеллект снижается, в то время как «кристаллизованный» остаётся неизменным.

Именно «подвижный» интеллект, связанный с другими составляющими когнитивного статуса, у пожилого человека страдает в первую очередь. Это создает для него массу проблем: требуется больше времени для освоения новой информации, находится меньше вариантов решения проблем, опираться в принятии такого решения приходится на прежние способы выполнения задач, новые знания и технологии мало внедряются в проблемный поиск. В результате пожилой человек начинает думать, что он «устарел», «не способен», «ему не освоить», страдает самооценка, появляется пессимистическое восприятие действительности и своего места в ней. Учитывая свойственные для этого возраста повышенную эмоциональность, утомляемость, ранимость, а также уже имеющиеся хронические заболевания, развитие астено-депрессивных состояний становится весьма вероятным. В то же время сам человек не до конца это осознает. Поэтому в настоящее время все более актуальным становится сохранение психического здоровья старшего поколения. Для этого необходима разработка действенных технологий эффективного использования пожилым человеком его сохранных психических функций для полноценной жизни.

В 2015–2016 годах на кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская ака-

демия» Минздрава России было проведено исследование по оценке когнитивных и некогнитивных психопатологических симптомов у пожилых людей, обратившихся за психиатрической помощью, с последующей разработкой психокоррекционных программ и оценкой их эффективности. В исследовании приняли участие 220 пациентов в возрасте 60–72 лет, проходивших лечение в психосоматическом отделении. Пациенты не имели деменции, степень их когнитивных проблем оценивалась как легкая или в рамках возрастного снижения. Однако в структуре жалоб четко прослеживался акцент на снижение работоспособности, сообразительности, ослабление памяти, трудности в выполнении сложных интеллектуальных задач. При достаточном уровне критики жалобы высказывали сами пациенты, при снижении критических способностей на данные факты указывали родственники.

Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе проводилась объективная оценка когнитивных функций пожилых людей, клиническое психиатрическое и патопсихологическое обследование. На втором этапе пациенты и их родственники заполняли специально разработанную анкету по оценке имеющихся некогнитивных психопатологических симптомов. Далее, на третьем этапе, обследованным предлагалась персонализированная программа тренировок с учетом выявленных особенностей психической сферы, влияющих на эффективное использование имеющихся когнитивных ресурсов.

На первом этапе при проведении объективной оценки когнитивных функций выявилось несоответствие показателей сохранного формального интеллекта и практических когнитивных способностей пожилого человека, определяющих уровень его социальной адаптации. С одной стороны, нами были выявлены все те нейропсихологические феномены, которые описаны в пожилом возрасте и объяснимы физиологией старения организма. У всех пациентов исследуемой группы увеличивалось время реакции, необходимое для выполнения предложенных заданий. С теоретической точки зрения, время реакции – это временной промежуток между действительностью и её восприятием человеком. С практической точки зрения, это было ожидаемо и самим пациентом и не вызывало у него негативных реакций. Пациенты в общении с врачом и психологом охотно поясняли, что давно заметили свою медлительность, адаптировались к данному явлению и в большинстве случаев закладывают себе больше времени на выполнение трудных задач.

Большую проблему вызывало снижение точности в выполнении заданий. В теории мы знаем, что интеллектуальные процессы должны протекать в течение определённого количества миллисекунд, иначе они разрушаются без возможности восстановления.

Более медленная работа системы означает, что на завершение некоторых интеллектуальных процессов требуется больше времени, чем это критическое ограничение, поэтому некоторые из них не могут быть окончены. То есть при замедлении процесса продуктивная деятельность страдает не только количественно (замедляется), но и качественно.

Именно поэтому технологии формального отведения большего отрезка времени на решение трудных задач неэффективны. Пациент начинает нервничать, испытывать дискомфорт, злиться на себя, расплываясь за это снижением внимания, волнением, быстрой утомляемостью и, как следствие, демонстрируя ещё большее снижение результативности при решении задачи.

При этом в практическом плане эти проблемы имеют решения. Уже на этапе оценки когнитивных функций врач может предложить пациенту использовать более эффективные технологии решения задачи, и пожилой человек легко справляется с ней. Например, простое разделение задания на этапы и последовательное их выполнение позволяло избежать проблемы снижения точности. В ситуациях повышенного аффективного реагирования, когда эмоции, вегетативные проявления удлиняли время решения, пациентам предлагались кратковременные дыхательные упражнения (принятие определенной позы, выполнение дыхательных движений: несколько вдохов, углубленный выдох, пауза, повторяющихся 4–5 раз). Это позволяло пациентам успокоиться, приступить к решению задачи в стабильном эмоциональном состоянии и быть успешным в её выполнении. Дополнительно к этому пожилой человек не испытывал негативного влияния волнения, неловкости, был положительно мотивирован успехом.

Подобные же проблемы существуют и с памятью. У пожилого человека, несмотря на неоднородность мнестических нарушений (разные возможности кратковременной и долговременной памяти), возрастные изменения одинаковы. Как мы знаем, кратковременная память – это временное хранение информации, поступившей совсем в недавнем прошлом, т. е. не более чем несколько минут назад. Долговременная память призвана быть постоянным хранилищем информации. Использование ресурсов того или иного вида памяти по отдельности может быть продуктивным (простые дела сегодня, воспоминания из прошлого). Наибольшие же проблемы вызывает именно совместное решение сегодняшней задачи при использовании прошлого опыта. Ухудшение кратковременной памяти происходит из-за невозможности использовать долговременную память как действующий резервный механизм. В многочисленных исследованиях как психологов, так и врачей, работающих с пожилыми людьми, отмечено, что при обычных заданиях на оценку ра-

бочей памяти (например, способность запоминать слова, термины, понятия), когда это сопряжено с дополнительной нагрузкой на оценку понятий (например, сортировка этих терминов или понятий), последующее воспроизведение слов у пожилых участников было хуже. Было наглядно показано, что они порой неспособны выполнять несколько заданий одновременно, потому что им не хватает психических ресурсов сделать это, либо их долговременная память работает неэффективно. Таким образом, если материал не может быть сохранён в оперативной памяти, то он либо не сохраняется совсем, либо в лучшем случае сохраняется неточно. Это прослеживалось и в нашем исследовании когнитивных функций пожилого человека.

Осознание неэффективности своей деятельности вызывает у пациентов сначала недоумение («как же так, это простая задача»), а затем негативные реакции. При этом приемы эффективного запоминания и воспроизведения (например, использование эмоционально связанных образов; технологии, сопряженные с физической активностью, положительным подкреплением и пр.) прямо в процессе диагностики показывали пожилым людям, что их когнитивные ресурсы достаточны для выполнения задач. Важно было обучить этим приемам, изменить регуляцию своего поведения, исключить факторы, дестабилизирующие эмоциональное состояние.

На втором этапе исследования участникам была предложена анкета, отражающая наличие у пожилых людей аффективных расстройств, тревоги, депрессии, то есть тех факторов, которые могут негативно влиять на результативность использования когнитивного ресурса личности. На поставленные вопросы ответили и сами больные, и их родственники, которые принимали участие в их судьбе.

Так, например, при анкетировании родственников для выявления аффективных расстройств у пациентов для нас были важны признаки: депрессии (замечаете ли вы, что пациент грустен или в плохом настроении?); тревоги (ощущает ли пациент дискомфорт, когда он находится вдали от близких людей? Бывают ли признаки нервозности вроде появления одышки при стрессе, вздохов, невозможности расслабиться, ощущения чрезмерного напряжения?); гипертимии /эйфории (бывает ли пациент чрезмерно веселым?); апатии/безразличия (бывает ли, что пациент выглядит незаинтересованным в выполнении своих привычных действий и планах окружающих?); расторможенности (бывали ли случаи, когда пациент ведет себя по отношению к другим людям без дистанции, например, бесцеремонно разговаривает с незнакомыми людьми, как будто он с ними знаком, или говорит вещи, которые задевают чувства других людей?); лабильности/раздражительности (бывает ли нетерпелив и капризен?)

При проведении анкетирования было выяснено, что 83,3% респондентов обнаруживали те или иные признаки депрессии, при этом пятая часть (22%) испытывала это ежедневно. Оказалось, что знакомы с таким состоянием 95% женщин и 68,8% мужчин. Данные признаки обнаруживались у всех пациентов с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством.

Родственники также замечали у пациентов депрессивную симптоматику (в 87,5% случаев). При этом интересным было сравнение в парах «пациент – родственник». Мы взяли всех обследуемых, родные которых замечали у них депрессию, и сравнили ответы тех и других. В изучаемых парах только в 50% случаев пациенты отмечали у себя признаки сниженного настроения, но при этом жаловались на непродуктивность когнитивной сферы, вялость, считали это признаком соматической болезни или возраста: Сниженное настроение и астеническая симптоматика не способствуют успешному выполнению интеллектуальной нагрузки, а уклонение от этой нагрузки и неуверенность ещё больше усугубляют депрессию.

Признаки тревоги также выявлялись в большинстве случаев. Они проявлялись как на психическом, так и на соматическом уровнях. Так, 76,4% пациентов ответили, что ощущают дискомфорт при нахождении вдали от близких людей. Нередки и психосоматические проявления: 51,4% пожилых людей признались, что испытывают признаки нервозности в виде одышки при стрессе, вздохов, невозможности расслабиться, ощущения чрезмерного напряжения. У большинства респондентов выявлялись признаки апатии/безразличия (63,89%), при этом у 11,11% они встречались очень часто (ежедневно или постоянно) и более выражены у женщин (75%), чем у мужчин (50%).

По завершении двух этапов исследования стало очевидным, что пожилые люди очень чувствительны к когнитивным дефектам. Такая чувствительность не позволяет им в достаточной степени регулировать свое поведение и приводит к заниженной самооценке. Изменить ситуацию может только умение пожилого человека эффективно использовать имеющиеся когнитивные возможности, нивелировать внешние факторы, ведущие к неверной оценке его когнитивного статуса.

На третьем этапе участникам исследования было предложено освоение психокоррекционных программ по повышению эффективности использования имеющихся ресурсов.

В геронтопсихиатрическом центре нашей клинической базы накоплен опыт проведения когнитивных тренингов, доказавших свою эффективность более чем десятилетней практикой. При их организации осуществляется комплексный подход к решению проблем лиц пожилого возраста в интеллектуальной,

эмоциональной и социальной сферах. Понимая, что технологии когнитивного тренинга не могут уменьшить истинный когнитивный дефект у пациента, мы видим их целью научение пожилого человека сознательно управлять механизмом памяти и внимания и использовать полученные знания в процессе адаптации к изменившимся условиям жизни. Одновременно решается задача привлечения пожилых людей к социальному взаимодействию, повышения самооценки, активации независимости от внешних факторов, ориентации на реальность.

Активация положительно влияет на интеллектуальное поведение при старении, мобилизуя пожилого человека, помогая эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Это подтверждено как теоретическими данными, так и нашими клиническими наблюдениями. Программы активации пациентов с пограничными расстройствами в условиях психосоматического отделения приводили к значительному улучшению при выполнении тестов на внимание. Кроме того, люди, которые поддерживают разумный уровень физической нагрузки, в большинстве случаев со временем обнаруживают меньше изменений в показателях интеллектуального поведения.

Таким образом, возрастное снижение когнитивных функций связано не только с биологическими особенностями стареющего организма, но и с изменением других психологических показателей и психических характеристик, которые не позволяют пожилому человеку в полной мере использовать имеющийся когнитивный потенциал. Оценку когнитивных функций пожилых людей нельзя проводить только по формальным показателям, так как конкретный результат зависит от многих других факторов: эмоционального статуса, соматического самочувствия, мотивации на обследование. Объективизация когнитивных характеристик возможна при динамической оценке показателей при исключении факторов соматической астенизации, депрессии, а также при обучении пожилого человека эффективному использованию интеллектуальных ресурсов, контролю вегетативных дисфункций, эмоциональной стабилизации. Использование психо-реабилитационных технологий (когнитивная активация и повышение эмоциональной устойчивости в рамках когнитивного тренинга, технологии физической активации) позволяют старшему поколению длительное время сохранять полноценные позиции в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева, Т. С. Отражение проблем пожилого человека в психологии / Т. С. Валиева // Вестн. Института цивилизации. – 2014. – № 8. – С. 261–269.
2. Лечебная физкультура в гериатрии : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032102.65 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / Т. В. Карасева [и др.]. – Шуя, 2011.
3. Новая позитивная психология пожилого возраста / Н. В. Клевцова [и др.] // Научно-медицинский вестн. Центрального Черноземья. – 2010. – № 40. – С. 16–22.
4. Руженская, Е. В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов / Е. В. Руженская // Клин. геронтология. – 2006. – № 11. – С. 81–86.
5. Шуненков, Д. А. Метод комплексной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов / Д. А. Шуненков, М. А. Песнина // Научный поиск. – 2015. – № 3. – С. 21–25.

EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONS AND METHODS FOR THEIR CORRECTION IN ELDERLY PATIENTS

E. V. Ruzhenskaya, S. V. Smirnova, P. L. Egorova

ABSTRACT The psychological peculiarities which resulted in the disorders in interaction of elderly persons with social environment were described. The necessity of research of various personal alterations in this population group was substantiated. The objectification of cognitive features was allowed in dynamic estimation of the parameters and in exclusion of somatic asthenia&depression factors and while training of elderly person for effective usage of intellectual resources, monitoring of vegetative dysfunctions, emotional stabilization. The application of psycho-rehabilitative techniques (cognitive activation and increase of emotional stability in the framework of cognitive training, physical activation) allowed to preserve psychic health in elderly persons.

Key words: elderly persons, cognitive functions, psychocorrection.

Случай из практики

УДК 616.34-007.251

ЗАБРЮШИННАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. В. Гусев¹, доктор медицинских наук,

А. Э. Говорливых^{2*},

А. Ю. Соловьев²

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

²ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иваново», 153032, Россия, г. Иваново, ул. Воронина, д. 11.

РЕЗЮМЕ Представлен клинический случай редкой патологии – дивертикула двенадцатиперстной кишки с перфорацией с атипичной клинической и интраоперационной картиной у пациентки 71 года.

Ключевые слова: дивертикул двенадцатиперстной кишки, перфорация.

* Ответственный за переписку (corresponding author): govorlivyh@bk.ru.

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДДК) занимают второе место по частоте встречаемости после дивертикулов ободочной кишки. Для них характерно бессимптомное течение, вследствие чего они чаще выявляются случайно, при патологоанатомических вскрытиях или при эндоскопических исследованиях по поводу других заболеваний [2, 4, 6, 7]. Клинические проявления воспаления ДДК не специфичны, и диагноз этот является диагнозом исключения, а спонтанная перфорация дуоденального дивертикула удивительно редка: в мировой литературе описано немногим более 160 случаев [1, 2, 3, 5, 6, 10, 11]. В подавляющем большинстве случаев этот диагноз устанавливался во время хирургического вмешательства или посмертно.

Перфорация может происходить как в свободную брюшную полость, так и ретроперитонеально (в большинстве случаев) [6, 8, 9]. Перфорация проявляется острыми болями в правом подреберье и эпигастрии (по типу кинжальных при прободении в свободную брюшную полость), тошноты и рвоты. При проведении рентгенологического исследования брюшной полости в 27% случаев может выявляться эмфизема забрюшинной клетчатки, свободный газ под куполами диафрагмы (при перфорации в брюшную полость). В ходе операции определяется небольшое количество серозного выпота в брюшной полости, забрюшинная клетчатка в области двенадцатиперстной кишки бывает пропитана желчью [2, 6, 7].

Чрезвычайная редкость патологии и трудности ее прижизненного выявления побудили нас описать данный клинический случай.

Пациентка N., 71 года, была доставлена в приемное отделение городской больницы бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли в животе без четкой локализации, тошноту, рвоту желудочным содержимым, общую слабость.

Со слов больной стало известно, что за 19 часов до поступления, накануне вечером, без видимой причины появились резкие, по типу «кинжальных», боли по всему животу, тошнота. Ранее подобных болей не возникало, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки отрицает. Прием обезболивающих не давал значимого эффекта: боли сохранялись, была повторная рвота желудочным содержимым, нарастала общая слабость, в связи с чем и была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

В анамнезе – аппендэктомия, холецистэктомия, выполненные более десяти лет назад.

При поступлении в хирургическое отделение состояние больной было тяжелым, положение – пассивное, на каталке, ввиду выраженной слабости и болей. Кожные покровы, видимые слизистые – бледные. ЧД – 20 в минуту, дыхание жесткое. ЧСС – 90 в минуту. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации напряжен и болезнен во всех отделах без четкой локализации, однако печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина – Блюмберга положительный во всех отделах. Перистальтика выслушивается.

Общий анализ крови при поступлении: уровень лейкоцитов – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, миелоцитов – 1%, палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных нейтрофилов – 51%, лимфоцитов – 21%. На обзорной

рентгенограмме брюшной полости справа в среднем этаже визуализируются единичные горизонтальные уровни жидкости.

Учитывая клинику перитонита, решено выполнить диагностическую лапаротомию после предоперационной подготовки.

В ходе оперативного вмешательства в правой подвздошной области выявлено небольшое количество серозного выпота. Желудок нормальных размеров, передняя стенка его не изменена. Вскрыта сальниковая сумка, при осмотре задней стенки желудка, поджелудочной железы нарушений не выявлено. При дальнейшей ревизии в правой подвздошной области обнаружена шнуровидная спайка (после аппендэктомии) между прядью большого сальника и париетальной брюшиной, вокруг которой перекручен илеоцекальный угол: слепая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки цианотичны, не перистальтируют, слепая кишка дилатирована до 6 см. Спайка рассечена, после этого кишки приняли нормальную окраску, начали перистальтировать. В правом подреберье также имелся выраженный спаечный процесс после холецистэктомии – спайки были частично разделены, патологии не выявлено. Дальнейшее разделение спаек в этой области было признано нецелесообразным ввиду высокой вероятности повреждения тонкой кишки. Другой патологии в брюшной полости не обнаружено. После новокаиновой блокады брыжейки тонкой кишки и установки контрольного дренажа в малый таз выполнено ушивание лапаротомной раны.

В послеоперационном периоде проводилась консервативная инфузионная, противовоспалительная, антибактериальная, реологическая терапия. Состояние больной улучшилось.

Однако через 6 дней пациентка отметила усиление болей, появление вздутия живота, отсутствие стула. Выполнена рентгенограмма органов брюшной полости: справа в верхнем этаже брюшной полости

визуализируются мелкие горизонтальные уровни жидкости, по правому боковому каналу – небольшое количество газа. Начата стимуляция кишечника, после которой практически сразу появился стул, боли в животе уменьшились.

На 10-й день после операции без видимой причины возникли резкие боли во всех отделах живота, перитонеальная симптоматика. Выполнена экстренная релапаротомия, на которой обнаружено жидкостное образование в забрюшинном пространстве справа. Гнойник вскрыт внебрюшинным способом, получено около 100 мл гнойного отделяемого. Произведена ревизия правой почки – патологии не выявлено, паранефральная клетчатка пропитана гноем. Выполнено дренирование и тампонирование полости гнойника.

Через 15 часов больная умерла. При патологоанатомическом вскрытии обнаружена забрюшинная перфорация дивертикула боковой стенки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

В результате анализа данного клинического случая установлены факторы, не позволившие выявить забрюшинную перфорацию двенадцатиперстной кишки в ранние сроки. Прежде всего, это редкость патологии и особенности интраоперационной картины. Наличие спаечного процесса в правом подреберье затруднило интраоперационную ревизию указанной области, а выявленная интраоперационно шнуровидная спайка с перекрутом кишечника и наличием визуальных изменений стенки кишечника были приняты за истинную причину заболевания. Кроме того, положительная динамика в раннем послеоперационном периоде свидетельствовала о том, что причина заболевания устранена.

Надеемся, что описание данного редкого клинического случая с особенностями клинических проявлений поможет в будущем в ранней диагностике забрюшинной перфорации двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Некроз дивертикула двенадцатиперстной кишки с перфорацией в свободную брюшную полость / И. Н. Барамиа, Ю. А. Супрун, А. Н. Лавчук, Ю. А. Диброва // *Клин. хирургия.* – 1986. – № 2. – С. 56–57.
2. Редкое осложнение дивертикула двенадцатиперстной кишки в сочетании с мальротацией кишечника / Н. И. Глушков, Г. М. Горбунов, В. Д. Шубинский, Г. А. Тросиненко // *Вестн. хирургии.* – 2006. – № 3. – С. 84–85.
3. Гонза, Р. В. Случай успешного лечения пациентки с перфорацией дивертикула двенадцатиперстной кишки в сочетании с мальротацией кишечника / Р. В. Гонза // *Хирургия Украины.* – 2014. – № 2. – С. 112–116.
4. Карапыш Д. В., Агуреев Е. Н. Перфоративный дивертикул двенадцатиперстной кишки как сложный клинический случай, алгоритм ведения // *Инновационные наукоемкие технологии: теория, эксперимент и практические результаты : докл. Всерос. науч.-техн. конф.* – Тула : изд-во ТулГУ, 2006. – С. 83.
5. Ames, J. Perforated duodenal diverticulum: Clinical and imaging findings in eight patients / J. Ames, M. Federle, K. Pealer // *Abdom Imaging.* – 2009. – Vol. 34. – P. 135–139.
6. Duarte, B. Perforated duodenal diverticulum / B. Duarte, K. K. Nagy, J. Cintron // *British J. of Surgery.* – 1992. – Vol. 79, № 9. – С. 877–881.
7. Marhin, W. W. Management of perforated duodenal diverticula / W. W. Marhin, B. J. Amson // *Canadian J. of Surgery.* – 2005. – Vol. 48, № 1. – P. 79.
8. Clinical challenge: diverticulitis of third and fourth portion of the duodenum with perforation / T. Y. Ming [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* – 2012. – Vol. 104. – P. 156–159.

9. Perforated duodenal diverticulum, a rare complication of a common pathology: a seven-patient case series / A. Rossetti [et al.] // World J. Gastrointest Surg. – 2013. – Mar 27, № 5(3). – P. 47–50.
10. Perforated Duodenal Diverticulum / Vundavalli Sattibabu, Satish Dalal, Mahavir Singh Jangra, Tulit Chhabra // J. of Case Reports. – 2017. – Vol. 7(1). – P. 82–84.
11. Duodenal diverticulum: case report of a perforated extraluminal diverticulum containing ectopic pancreatic tissue / J. Volchok, T. Massimi, S. Wilkins, E. Curletti // Arch Surg. – 2009. – Vol. 144(Feb, 2). – P.188–190.

RETROPERITONEAL PERFORATION OF DUODENUM DIVERTICULUM

A. V. Gusev, A. E. Govorlivykh, A. Yu. Solovyov

ABSTRACT. A clinical case of rare pathology namely duodenum diverticulum with perforation and atypical clinical and intraoperative finding in a patient aged 21 years old is presented.

Key words: duodenum, diverticulum, retroperitoneal perforation.

Краткие сообщения

УДК 616-089.819-053.9:616-039.73-085

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н. Г. Гарькавый^{1*}
Н. А. Верещагин¹, доктор медицинских наук,
М. Ю. Макурин¹,
А. Н. Валуев¹

¹КОГКБУЗ «Центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», 610048, Россия, г. Киров, ул. Московская, д. 163а

Ключевые слова: эндопротезирование, перелом шейки бедренной кости, пожилые пациенты

*Ответственный за переписку (corresponding author): Garkavyi_nikolai@mail.ru.

Вопросы оказания помощи пожилым пациентам при переломах шейки бедренной кости сохраняют свою актуальность и на сегодняшний день. Самая быстрорастущая возрастная группа в развитых странах, в том числе и в России, – это люди в возрасте 65 лет и старше, лица старше 85 лет составляют наибольшую часть этой группы. Низкоэнергетические травмы, которые являются следствием падения и низкого качества кости, остаются серьезной проблемой не только для конкретного пациента, но и для системы здравоохранения в целом. Летальность при переломах проксимального отдела бедра достигает 24% в течение 3 месяцев при отсутствии своевременного оперативного лечения. Как правило, пациенты прикованы к постели, нуждаются в постоянном постороннем уходе. Летальный исход чаще наступает в связи нарастающей декомпенсацией сопутствующей патологии и инфекционных осложнений (пролежни, пневмония, сепсис).

Краеугольным камнем рекомендаций по лечению пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедра является раннее оперативное лечение (в течение 24–36 часов) при условии стабилизации общего состояния. Необоснованное затягивание оперативного вмешательства у данной категории ассоциировано с высоким риском осложнений, которые опосредованно приводят к летальному исходу.

Цель исследования – проанализировать опыт оперативных вмешательств по поводу переломов шейки бедренной кости у пациентов пожилого возраста.

В период с 2014 по 2017 гг. в Центре травматологии, ортопедии и нейрохирургии г. Киров оперативные вмешательства (тотальное цементное эндопротезирование) по поводу смещенных переломов шейки

бедренной кости выполнены 219 пациентам старше 60 лет (68 мужчин и 151 женщина). 78 больных (35,6%) были в возрасте 60–74 лет; 141 (64,4%) – 75–89 лет.

Согласно классификации Pauwels, переломы распределены следующим образом: 1-го типа – у 41 (18,7%), 2-го типа – у 98 (44,7%), 3-го типа – у 80 (36,5%) пациентов.

В среднем оперативное вмешательство выполнялось на вторые сутки после поступления в клинику. Предварительно пациентам проводилось лабораторное обследование в полном объеме, осмотр терапевта (при необходимости – кардиолога), всем выполнялось УЗИ сосудов нижних конечностей. Для профилактики тромбоэмболических осложнений проводили гепаринотерапию с отменой за 12 часов до операции, а также эластическую компрессию нижних конечностей. Вмешательство выполнялось под субарахноидальной анестезией. У всех больных эндопротезирование тазобедренного сустава выполнялось задним доступом Кохера – Лангенбека. Имплантация вертлужного компонента осуществлялась в анатомическую позицию, устанавливалась цементная чашка «ZIMMER All-poly Acetabular cup.», в качестве бедренного компонента имплантировалась «Original M.E. Muller Straight stem cemented» латеральная или стандартная, диаметр головки эндопротеза во всех случаях составил 32 мм.

Особое внимание следует уделять корректному оффсету и избегать излишней медиализации шарошки в процессе подготовки вертлужной впадины, т. к. уменьшение оффсета вместе с ослабленными/атоничными стабилизаторами неизбежно приведут к нестабильности сустава и рецидивирующим вывихам. Тщательным образом восстанавливалась

капсула тазобедренного сустава, а также шов ротаторов в анатомичную область фиксации и выполнялся гемостаз. Дренирование операционной раны не выполнялось.

Средняя продолжительность операции составила 58 минут. В послеоперационном периоде переливание эритроцитарной массы с заместительной целью потребовалось 5 пациентам (2,2%).

Активизация пациентов осуществлялась на следующие сутки после операции под контролем инструктора ЛФК. Через двое суток больные передвигались с ходунками с дозированной опорой на ногу до 50% массы тела. Продолжительность госпитализации в среднем составила 11 койко/дней.

Оценка функционального состояния тазобедренного сустава по Harris Hip Score через 12 месяцев в среднем составила $82,3 \pm 4,0$ балла, у пациентов 60–74 лет – $81,2 \pm 3,0$ балла, старше 75 лет – $83,5 \pm 5,0$ балла.

Летальный исход зарегистрирован в двух случаях: массивная тромбоэмболия легочной артерии у женщины 83 лет на седьмые сутки после оперативного вмешательства, декомпенсация тяжелой сопутствующей соматической патологии у женщины 79 лет на восьмые сутки с момента операции. Таким образом, летальность в наблюдаемой группе пациентов составила 0,9, что, по данным литературы, существенно

ниже, чем при отсутствии своевременного оперативного лечения [4, 5].

Осложнения выявлены в 6 случаях (2,7%). У двух больных произошел вывих головки эндопротеза в раннем послеоперационном периоде вследствие избыточной двигательной активности на фоне сенильной энцефалопатии, вывих вправлен под масочным наркозом с использованием фторотана и закиси азота, рецидивов не было. У двух женщин с выраженным ожирением выявлена серома, у двоих – послеоперационная гематома по результатам ультразвукового исследования мягких тканей области эндопротеза, гематома эвакуирована однократной пункцией.

Итак, оперативное вмешательство у пациентов с переломами шейки бедренной кости следует рассматривать как эффективную жизнеспасающую процедуру, выполнять которую необходимо в течение 48 часов с момента травмы. Тотальное цементное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у пожилых пациентов является операцией выбора, которая позволяет на следующие сутки после операции активизировать пациента с дозированной опорой на ногу, начать раннюю реабилитацию, что приводит к снижению числа осложнений длительного постельного режима, а также к восстановлению способности к самообслуживанию и возврату к привычному ритму жизни.

PECULIARITIES OF ENDOPROTHESIS IN FRACTURES OF NECK OF THE FEMUR IN ELDERLY PATIENTS

N. G. Garkaviy, N. A. Vereschagin, M. Yu. Makurin, A. N. Valuyev

Key words: endoprosthesis, fracture of neck of the femur, elderly patients.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПОДГРУППАХ

Е. А. Рябихин^{1*}, кандидат медицинских наук,
М. Е. Можейко¹ доктор медицинских наук

¹ГБУЗ ЯО «Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн», 150014, Россия, г. Ярославль, ул. Угличская, д. 40

Ключевые слова: артериография, жесткость магистральных артерий, пожилой возраст.

*Ответственный за переписку (corresponding author): ryabiev@yandex.ru.

В настоящее время жесткость артерий рассматривается как маркер сердечно-сосудистого риска осложнений и один из возможных критериев эффективности кардиопротективной терапии. Измерение артериальной жесткости обладает дополнительной информативностью при прогнозировании будущих сердечно-сосудистых событий с учетом стандартных факторов риска (Класс IIa, уровень доказательности A) (Recommendations for Improving and Standardizing Vascular Research on Arterial Stiffness. A Scientific Statement from the American Heart Association, 2015). Одним из доступных неинвазивных способов оценки жесткости артериальной стенки является измерение скорости пульсовой волны (СПВ) на каротидно-фemorальном участке артериального русла (класс I; уровень доказательности A). В литературе приводятся данные о диапазоне нормальных значений СПВ в разных возрастных группах, однако более значимой, с практической точки зрения, является «пороговая» величина каротидно-фemorальной СПВ более 10 м/с, свидетельствующая о повышении сердечно-сосудистого риска.

К настоящему времени ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что величина СПВ увеличивается с возрастом и становится максимальной у людей старших возрастных групп. Однако целесообразность определения параметров жесткости у людей старшего возраста вызывает много вопросов. Помимо закономерных биологических процессов, к повышению артериальной жесткости приводят артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, инфаркт миокарда, метаболический синдром, ожирение, курение, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, инсульт, хроническая болезнь почек, часто встречающиеся у пожилых. В настоящее время данных об артериальной жесткости у лиц пожилого и старческого возраста недостаточно. К тому же, не установлены «нормальные» значения показателей жесткости у людей старших возрастных групп.

Цель данного исследования – изучить показатели артериальной жесткости у лиц старше 60 лет с нормальным артериальным давлением (АД) в разных возрастных подгруппах.

Исследование проведено на базе ГБУЗ ЯО «Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн». Обследовано 147 человек (53 мужчины и 94 женщины) старше 60 лет с нормальным АД.

Исследование жесткости сосудов проводилось сфигмографическим методом на приборе «ТензиоКлиник» (Венгрия), определяли СПВ и индекс аугментации (Augmentation index, A_{ix},%) – соотношение амплитуды двух составляющих пульсовой волны: прямой и отраженной от бифуркации аорты. A_{ix} определяли по формуле: $A_{ix} = ((B - A) / \text{ПАД}) \times 100\%$, где A и B – амплитуды прямой и отраженной составляющих соответственно, ПАД – пульсовое АД.

В норме отраженная компонента всегда меньше прямой, при этом A_{ix} имеет отрицательные значения. В случае высокой ригидности артерий отраженная компонента может превышать прямую, величина A_{ix} становится положительной. Полученные данные представлены в виде $M \pm SD$.

Среди обследованных 39 человек были в возрасте 60–69 лет, 54 – 70–79 лет, 33 – 80–89 лет, 21 – старше 90 лет.

Уровень систолического АД в возрастных группах не различался (135–137 мм рт. ст.), в то же время уровень диастолического АД оказался достоверно ниже у лиц старше 80 лет по сравнению с более молодыми. Пульсовое АД достоверно, но клинически незначимо с возрастом нарастало (соответственно по подгруппам – $53,8 \pm 5,1$; $55,2 \pm 5,7$; $58,3 \pm 6,0$ и $58,2 \pm 7,4$ мм рт. ст.). Таким образом, выявленные нами различия между группами зависят от возраста и не могут быть изменены.

Среди обследованных курили 21 пациент (все мужчины). Доля курящих во всех группах, исключая лиц

старше 90 лет, была одинакова; среди долгожителей она была меньше.

СПВ с возрастом закономерно повышалась: в подгруппе лиц 60–69 лет – $8,43 \pm 2,25$ м/с; 70–79 лет – $8,61 \pm 1,84$ м/с; 80–89 и старше 90 лет СПВ была достоверно и значимо выше (соответственно $10,5 \pm 1,58$ и $11,9 \pm 1,98$ м/с, $p < 0,05$ по сравнению с подгруппами 60–69 и 70–79 лет).

Изменения A_{ix} имели в целом сходную тенденцию: соответственно по подгруппам – $23,0 \pm 8,23$; $26,5 \pm 8,71$; $28,5 \pm 9,27$ и $30,1 \pm 9,7\%$. Величина A_{ix} в подгруппе лиц старше 90 лет оказалась достоверно выше по сравнению с показателями пациентов 60–69 и 70–79 лет.

По данным корреляционного анализа, в исследуемой возрастной группе СПВ увеличивалась пропорцио-

нально возрасту ($r = 0,49$; $p < 0,05$), коррелировала с уровнем систолического и пульсового АД ($r = 0,39$ и $r = 0,34$ соответственно; $p < 0,05$), с A_{ix} ($r = 0,56$; $p < 0,05$).

Не выявлено достоверных гендерных различий средних значений СПВ и A_{ix} в изучаемых возрастных группах.

Таким образом, результаты проведенного исследования соответствуют данным литературы и свидетельствуют о прогрессирующем увеличении жесткости артерий по мере увеличения возраста пожилых пациентов даже при отсутствии значимой патологии. Полученные данные также свидетельствуют о необходимости введения «возрастных» норм артериальной жесткости для пациентов старших возрастных групп. Так, СПВ более 10 м/с можно считать «возрастной нормой» для лиц старше 80 лет.

ARTERIAL RIGIDITY INDICES IN ELDERLY PATIENTS IN VARIOUS AGE SUBGROUPS

E. A. Ryabikhin, M. E. Mozheiko

Key words: arteriography, magistral arteries rigidity, elderly patients.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

А. Н. Бродовская^{1*},
Г. А. Батрак¹, доктор медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

Ключевые слова: сахарный диабет, хроническая болезнь почек, вариабельность гликемии, микроальбуминурия.

*Ответственный за переписку (corresponding author): brodo-anna@yandex.ru.

Сахарный диабет (СД) 2 типа представляет важнейшую медико-социальную проблему по причине высокой распространенности, быстрых темпов роста числа больных, а также сохранения лидирующих позиций среди основных причин смертности. СД 2 типа характеризуется хроническим прогрессирующим течением, ассоциирован с высокой инвалидизацией ввиду развития многочисленных микро- и макрососудистых осложнений.

За последние годы все большую актуальность получил феномен гликемической изменчивости, или вариабельности гликемии (ВГ), как самостоятельного предиктора осложнений СД. В ряде проспективных исследований установлено, что ВГ имеет самостоятельное значение в прогнозировании диабетической ретинопатии, нефропатии и сердечно-сосудистых осложнений. В последние два десятилетия достигнут существенный прогресс в разработке методов оценки ВГ у больных СД. Механизмы, лежащие в основе взаимосвязи между ВГ и сосудистыми осложнениями, интенсивно изучаются. Недавние исследования показали, что воздействие ВГ на сосудистую стенку может реализоваться через окислительный стресс, хроническое воспаление, дисфункцию эндотелия. Представленные данные позволяют считать, что анализ ВГ у пациентов с СД является перспективным для оценки результатов гликемического контроля, а также риска возникновения сосудистых поражений. В то же время активно накапливаются сведения о роли ВГ в развитии и прогрессировании микро- и макрососудистых осложнений СД.

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает особое место среди осложнений СД, поскольку она широко распространена, связана со значительным ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки.

Если экскреция альбумина с мочой превышает нормальные значения, но не достигает величин, характерных для протеинурии, это явление носит название микроальбуминурии (МАУ) и характеризует определенную степень повреждения клубочкового аппарата почек. Определение наличия МАУ является обязательным скрининговым тестом для диагностики бессимптомных стадий поражения почек при СД, артериальной гипертензии, а также при ожирении и метаболическом синдроме. Своевременная диагностика ХБП с помощью определения наличия МАУ позволяет своевременно назначать патогенетическую и нефропротективную терапию, замедлить темпы снижения фильтрационной функции почек, предупредить прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – изучить взаимосвязь ВГ и МАУ у больных с впервые выявленным СД 2 типа.

Исследование проведено на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново. В исследование включены 102 пациента (33 мужчины и 69 женщин) с впервые выявленным СД 2 типа, проходивших стационарное лечение в эндокринологическом отделении. Средний возраст пациентов – $64,2 \pm 8,6$ года. Диагноз СД был установлен в соответствии с критериями ВОЗ. Критерии не включения в исследование: сопутствующие заболевания почек, острые и обострение хронических инфекционных заболеваний, онкологические заболевания.

Определение наличия МАУ проводили с помощью тест-полосок «Микроальбуфан», критерием считали экскрецию белка с мочой в количестве от 30 до 300 мг/сут. Значения МАУ выше 300 мг/сут расценивались как протеинурия.

Для оценки ВГ проводилось суточное мониторирование содержания глюкозы путем измерения уровня гликемии в восьми временных точках: перед основными приемами пищи, через 2 часа после основных

приемов пищи, перед сном и в 3 часа ночи. На основании полученных данных определяли среднее арифметическое и стандартное отклонение – SD. В качестве порогового уровня ВГ принимали 2,0 SD. В соответствии с таким подходом все включенные в исследование пациенты были распределены на две группы: 1-я группа – с высокой ВГ (SD > 2,0) и 2-я группа – с низкой ВГ (SD < 2,0). Данный подход ранее был обоснован другими исследователями, показавшими, что высокая ВГ (SD > 2,0) сопровождалась возникновением как минимум одного эпизода гипергликемии выше 10,0 ммоль/л.

Статистический анализ данных проводился с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки представлены в виде $M \pm \sigma$. Для оценки связи между изучаемыми явлениями использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Артериальная гипертензия выявлена у 69 обследованных (67,6%), ишемическая болезнь сердца (включая перенесенный инфаркт миокарда) – у 21 (20,5%), последствия нарушений мозгового кровообращения – у 12 (11,7%). Отягощенная наследственность по СД установлена у 65 (63,7%) больных, у 87 (85,3%) пациентов обнаружена дислипидемия.

У 24 больных (23,5%) выявлена избыточная масса тела, ожирение I–III степени – у 65 (63,7%); индекс массы тела в среднем составил $29,5 \pm 3,9$ кг/м².

В группу лиц с высокой ВГ (SD > 2,0) вошли 53 пациента (1-я группа), с низкой ВГ (SD < 2,0) – 49 (2-я группа). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и индексу массы тела. Результаты исследования содержания белка в моче представлены в таблице.

По результатам исследования у значительной части обследованных диагностирована МАУ. Лишь 23,6% пациентов имели нормальные значения альбуминурии. У 9 из 102 обследованных (8,8%) выявлена протеинурия.

В выделенных группах доля пациентов с МАУ оказалась одинаковой. В то же время в 1-й группе (с высокой ВГ) число больных с протеинурией было больше, а с нормальной экскрецией белка – меньше.

Среди 69 пациентов с МАУ 49 (71,0%) имели в качестве сопутствующей патологии сочетание ожирения и артериальной гипертензии.

По данным корреляционного анализа выраженность ВГ (показатель SD) коррелировала с МАУ ($r = +0,65$, $p < 0,01$).

Таким образом, полученные данные о взаимосвязи ВГ и наличия МАУ как маркера поражения почек в целом согласуются с имеющимися литературными данными и одновременно демонстрируют присутствие такой взаимосвязи уже на стадии клинического дебюта заболевания, при впервые выявленном СД 2 типа.

Таблица. Уровень альбуминурии у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа в зависимости от вариабельности гликемии

Уровень альбуминурии	Всего		1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 30 мг/л	24	23,6	10	18,9	14	28,6*
30–300 мг/л	69	67,6	35	66,0	34	69,4
> 300 мг/л	9	8,8	8	15,1	1	2,0*
Итого:	102	100	53	100	49	100

Примечание.* – статистическая значимость различий с показателем 1-й группы $p < 0,05$.

CORRELATION OF GLYCEMIA VARIABILITY AND KIDNEY LESION IN PATIENTS WITH PRIMARY REVEALED DIABETES MELLITUS II TYPE

A. N. Brodovskaya, G. A. Batrak

Key words: diabetes mellitus, chronic kidney disease, glycemia variability, microalbuminuria.

ДИАГНОСТИКА МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

А. Хасанов^{1*}, кандидат медицинских наук,
Р. Давлетшин¹, доктор медицинских наук,
Ф. Асфандияров²,
Э. Колчина²,
Д. Мехдиев²,
А. Амирова²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,

²ГБУЗ Республики Башкортостан «Больница скорой медицинской помощи» 450106, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2

Ключевые слова: мультифокальный атеросклероз, региональный сосудистый центр.

* Ответственный за переписку (corresponding author): az.khasan@yandex.ru

Профилактика острых сосудистых катастроф требует правильной и своевременной оценки перспектив развития поражения в отдельных сосудистых бассейнах. По данным Фремингемского регистра, мультифокальный атеросклероз (МФА) сопряжен с увеличением риска развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта. В литературе недостаточно сведений об особенностях поражения отдельных сосудистых бассейнов у пациентов с МФА.

Цель настоящего исследования – изучить клинико-инструментальные проявления МФА в группах пациентов с различными клиническими вариантами манифестации сосудистого поражения.

Исследование выполнено на базе Регионального сосудистого центра (РСЦ) № 1 ГБУЗ Республики Башкортостан «Больница скорой медицинской помощи» г. Уфа в период с 2010 по 2017 годы. На базе РСЦ реализовывалась программа выявления МФА, в которую были включены 1637 больных, находившиеся на стационарном лечении по поводу острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения или атеросклероза нижних конечностей. Во время пребывания в стационаре пациенты были обследованы по единому протоколу, включавшему комплексный клинико-анамнестический и инструментальный мониторинг с анализом жалоб, сведений о наличии признаков МФА, результатов проведенных в разное время коронароангиографии (КАГ), ультразвукового дуплексного сканирования магистральных артерий головы, сосудов брюшной полости и нижних конечностей. При необходимости больных направляли на компьютерную и магнитно-резонансную томографию головного мозга, органов грудной клетки.

Обследование прошли 1637 больных, из их числа 288 пациентов имели признаки поражения в двух и более сосудистых бассейнах. В зависимости от преимущественного поражения сосудистого бассейна, используя метод иерархического анализа категориальных переменных, больные были разделены на три кластера: к 1-му кластеру отнесли пациентов с преобладающим поражением коронарных артерий; ко 2-му – с поражением сосудов головного мозга, к 3-му – с атеросклерозом сосудов нижних конечностей. В каждом кластере было по 96 больных (48 мужчин и 48 женщин). Средний возраст пациентов 1-го кластера составил $50,06 \pm 8,49$ года, 2-го – $48,42 \pm 9,86$ года, 3-го – $55,06 \pm 4,11$ года.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 22, для определения вида распределения – критерий Шапиро – Уилка. При сравнении более двух групп по качественному и количественному признакам использовался метод рангового анализа Краскела – Уоллиса. Для сравнения двух связанных выборок по количественным признакам при распределении, отличном от нормального, использован критерий Вилкоксона. Комбинацию значений категориальных переменных реализовывали с помощью иерархического алгоритма трехкластерной модели с использованием критерия χ^2 . На основании дендрограмм, диаграмм и цифровых характеристик выполняли стратификацию клинико-инструментальных данных на кластеры МФА с определением их количества и расчетом процентного соотношения. Статистическую значимость различий определяли при уровне значимости $p < 0,05$.

Частота встречаемости артериальной гипертензии III стадии в 1-м кластере (с преимущественным поражением коронарных артерий) составила 95,8%, во 2-м (с преимущественным поражением сосудов головного мозга) – 66,7% ($p = 0,0012$).

В 1-м кластере в 54,2% случаев была зарегистрирована нестабильная стенокардия, у 68,7% больных – инфаркт миокарда в анамнезе, у 36,4% – острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, у 21,2% – фибрилляция предсердий, у 15,2% – атерокальциноз аорты и ее ветвей. В 2-м кластере, в который вошли пациенты с превалирующим поражением сосудов головного мозга, также встречались проявления коронарного атеросклероза: в 43,7% случаев установлена стабильная стенокардия 2-го функционального класса.

Во 2-м кластере (с преимущественным поражением сосудов головного мозга) острое нарушение мозгового кровообращения на момент осмотра установлено у 43,7% пациентов (ишемический инсульт – в 38,5%, внутримозговое кровоизлияние – в 18,7% случаев). Геморрагический инсульт у 11,5% обследованных развился в результате аневризмы средней мозговой артерии. Транзиторные церебральные ишемические приступы диагностированы у 21,2% больных. Проявления МФА в виде поражения мозговых сосудов отмечены и у пациентов 1-го и 3-го кластеров. В 3-м кластере (с преимущественным поражением сосудов нижних конечностей) инсульт в анамнезе выявлен в 10,4% случаев, в 1-м – в 8,3%.

Перебегающая хромота достоверно чаще выявлялась у пациентов 3-го кластера (у 78,1%). Синдром Лериша, потребовавший аорто-бедренного шунтиро-

вания, – у 20,8% больных, хроническая артериальная ишемия нижних конечностей IV степени – у 17,7%, II степени – у 20,8%.

Обращает на себя внимание тот факт, что перебегающая хромота встречалась достаточно часто как во 2-м (40,6% случаев), так и в 1-м кластере (33,3%).

С другой стороны, в 3-м кластере (с превалирующей поражением сосудов нижних конечностей) у каждой второй женщины имел место острый коронарный синдром в анамнезе. У 58,3% мужчин, вошедших в этот кластер, выявлена артериальная гипертония, у 64,6% – стабильная стенокардия II функционального класса.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования, атеросклеротические изменения сонных артерий достаточно часто имелись во всех трех кластерах. При этом атеросклеротические бляшки чаще выявлялась у пациентов 3-го кластера (79,2%), в 1-м кластере – у 43,7%, во 2-м – у 21,8% ($p_{3-2,1} = 0,0000$); средняя толщина комплекса интима – медиа была наибольшей также в 3-м кластере $-1,221 \pm 0,065$, $1,123 \pm 0,187$ и $1,049 \pm 0,230$ мм соответственно ($p_{3-2,1} = 0,0000$).

Таким образом, у пациентов с клиникой атеросклеротического поражения сосудов сердца, головного мозга или нижних конечностей целесообразно проводить дополнительное обследование с применением современных технологий ультразвуковой визуализации с целью выявления МФА, что может иметь значение для разработки мер профилактики острых сосудистых катастроф.

DIAGNOSIS OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS OF REGIONAL VASCULAR CENTRE

A. Khasanov, R. Davletshin, F. Asfandiyarov, E. Kolchina, D. Mekhdiev, A. Amirova

Key words: multifocal atherosclerosis, regional vascular centre.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛАДЬЕВИДНО-ПОЛУЛУННОЙ СВЯЗКИ КИСТЕВОГО СУСТАВА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

О. Г. Шершнева¹,
И. В. Кирпичев^{1*}, доктор медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ключевые слова: ладьевидно-полулунная связка, кистевой сустав, перелом.

* Ответственный за переписку (corresponding author): doc.kirpichev@yandex.ru

Ладьевидно-полулунная связка является одной из внутренних межкостных связок кистевого сустава. Прикрепляясь к ладьевидной и полулунной костям проксимального ряда запястья, она соединяет и стабилизирует эти две кости. Имеются трудности в ранней диагностике повреждений данной связки, что приводит к недостаточной эффективности лечения этих повреждений, формированию нестабильности ладьевидно-полулунного сочленения и артрозу запястья. Этим и объясняется актуальность данного исследования.

Авторы, изучающие повреждение ладьевидно-полулунной связки, указывают, что оно может сочетаться с переломом ладьевидной кости и перилунарным вывихом кисти, в 5–64% случаев данное повреждение сопровождается переломами лучевой кости.

Клиническими проявлениями этого повреждения являются наличие локальной боли в области ладьевидно-полулунного промежутка и положительный симптом Ватсона. При сочетании нарушения связки с другими травмами кистевого сустава клиническая диагностика затруднительна.

Рентгенологическое исследование запястья до формирования остеоартрита позволяет выявить повреждение исследуемой связки по косвенным признакам изменения стабильности кистевого сустава, которые оцениваются как «прединамические», «динамические» или «статические». При статической нестабильности на стандартных рентгенограммах выявляется расширение ладьевидно-полулунного пространства до трех и более миллиметров, увеличение ладьевидно-полулунного угла более 60 градусов, симптом «кольца» ладьевидной кости. При динамической нестабильности эти симптомы выявляются только на рентгенограммах с нагрузочными тестами, например, на рентгенограмме кисти, сжатой в кулак. При наличии прединамической нестабильности на стандартных рентгенограммах и на рентгенограммах с нагрузкой эти признаки отсутствуют, хотя раз-

рыв связки обнаруживается с использованием передовой визуализации или во время операции.

Цель данного исследования – выявление частоты встречаемости повреждений ладьевидно-полулунной связки в структуре нетяжелых изолированных травм кистевого сустава и при переломах лучевой кости в типичном месте на амбулаторном этапе оказания травматологической помощи.

Для достижения этой цели были повторно изучены рентгенограммы 1574 пациентов с изолированными, нетяжелыми травмами кистевого сустава, такими как повреждение связок и ушибы лучезапястного сустава, за 2015–2017 годы, а также рентгенограммы 2404 пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте за 2014–2016 годы. Были отобраны рентгенограммы, на которых имелись рентгенологические признаки статической ладьевидно-полулунной нестабильности. Из этой выборки исключены рентгенограммы пациентов с признаками нестабильности в сочетании с артритом кистевого сустава, т. е. с застарелыми повреждениями.

При выявлении признаков повреждения ладьевидно-полулунной связки для уточнения частоты его фиксации в клинических диагнозах анализировались амбулаторные карты пациентов.

При анализе рентгенограмм 1574 пациентов, которым оказывалась помощь по поводу повреждений связок и ушибов лучезапястного сустава, у 111 (около 7%) были выявлены признаки статической ладьевидно-полулунной нестабильности.

Среди рентгенограмм 2404 пациентов, поступивших с переломом лучевой кости в типичном месте, данные признаки выявлены у 167 (6,9%).

Общее число пациентов с рентгенологическими признаками повреждения ладьевидно-полулунной связки – 278 (около 7%). Полученные результаты коррелируют с данными литературы.

При анализе амбулаторных карт выяснено, что диагноз повреждения исследуемой связки не был поставлен ни в одном случае.

Полученные результаты показали, что выявлялись только статические повреждения, поскольку анализировались только рентгенограммы в стандартных укладках. Фактически повреждения связки встречаются чаще. Для диагностики динамических и прединамических повреждений нужно выполнять рентгенограммы в специальных укладках и/или проводить дополнительные неинвазивные и/или инвазивные исследования, такие как ядерная магнитно-резонансная томография и диагностическая артроскопия.

Исследование показало, что частота выявления данного повреждения на амбулаторном этапе низкая, поэтому высока вероятность недооценки тяжести травмы практическим врачом. В результате пациен-

ты не получают должного лечения. Данная категория пострадавших находится в группе риска развития посттравматического артрита кистевого сустава, связанного с наличием ладьевидно-полулунной нестабильности.

Частота встречаемости статической ладьевидно-полулунной нестабильности, связанной с травмой ладьевидно-полулунной связки, при изолированных нетяжелых повреждениях лучезапястного сустава и при переломе лучевой кости в типичном месте, составила около 7%.

Таким образом, отдаленные результаты лечения данной группы пациентов требуют более глубокого изучения, а мероприятия, направленные на раннее выявление повреждений ладьевидно-полулунной связки кистевого сустава на амбулаторном этапе, – дальнейшего совершенствования.

INCIDENCE OF NAVICULAR- SEMILUNAR LIGAMENT LESION OF HAND JOINT AT AMBULATORY STAGE OF TRAUMATOLOGIC AID RENDERING

O. G. Shershneva, I. V. Kirpichev

Key words: navicular-semilunar ligament, hand joint, fracture.

ПРАВИЛА
представления и публикации авторских материалов
в журнале «ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

Настоящие Правила регулируют взаимоотношения между ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России в лице редакции журнала «Вестник Ивановской медицинской академии», в дальнейшем именуемой «Редакция», и автором, передавшим свою статью для публикации в журнал, в дальнейшем именуемым «Автор».

1. К опубликованию принимаются статьи, соответствующие тематике журнала.
2. Статьи следует направлять в Редакцию по электронному адресу: vestnik-ivgma@isma.ivanovo.ru. В теме письма должна быть указана фамилия автора в И. п. и слово «статья». Все запросы в редакцию следует делать только по электронной почте.
3. Число авторов не должно превышать 5–6 человек. Должна быть указана доля участия каждого автора в процентах. Статья должна быть подписана всеми авторами. Отсканированная страница с подписями высылается отдельным файлом.
4. К статье прилагается отсканированное сопроводительное письмо, подписанное руководителем организации, в которой работают авторы.
5. Каждый автор должен указать: полное имя, отчество, фамилию, ученую степень, электронный адрес, полное официальное название учреждения, где автор работает (включая организационную форму), полный почтовый адрес (с индексом) учреждения.
6. Необходимо указать код УДК для статьи.
7. В обязательном порядке следует указать автора, ответственного за переписку с редакцией, его адрес (с почтовым индексом), телефон. Вся переписка с редакцией осуществляется только по электронной почте.
8. Все представляемые в журнал материалы направляются редколлегией экспертам для рецензирования. Заключение и рекомендации рецензента могут быть направлены авторам для внесения соответствующих исправлений. В случае несвоевременного ответа авторов на запрос редакции редколлегия может по своему усмотрению проводить научное редактирование и вносить правки в статью или отказать в публикации. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору рецензию.
9. Редколлегия оставляет за собой право проводить научное редактирование, сокращать и исправлять статью, изменять дизайн графиков, рисунков и таблиц для приведения в соответствие со стандартом журнала, не меняя смысла представленной информации.
10. Присылать статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, абсолютно недопустимо.
11. Статьи, присланные с нарушением правил оформления, не принимаются редакцией журнала к рассмотрению.
12. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, приводимой авторами.
13. Статьи, подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.
14. Автор передает Редакции неисключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала, в т. ч. такие охраняемые объекты авторского права, как фотографии автора, схемы, таблицы и т. п.) в следующих формах: обнародования произведения посредством его опубликования в печати, воспроизведения в журнале и в сети Интернет; распространения экземпляров журнала с произведением Автора любым способом; перевода рукописи (материалов); экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автора в целях распространения.
15. Указанные выше права Автор передает Редакции без ограничения срока их действия (по распространению опубликованного в составе журнала материала); территории использования в Российской Федерации и за ее пределами.
16. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала.
17. За Автором сохраняется право использования опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных, преподавательских целях.
18. Права на материал считаются переданными Редакции с момента подписания в печать номера журнала, в котором он публикуется.
19. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редакции с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

Техническое оформление

20. Объем оригинальной статьи не должен превышать 6 стандартных страниц (1 страница 1800 знаков, включая пробелы) без учета резюме, таблиц, иллюстраций, списка литературы. Объем описания клинического случая (заметок из практики) не должен превышать 4 страниц, обзора литературы – 10 страниц, краткого сообщения – 2 страниц.
21. Статьи, основанные на описании оригинальных исследований, должны содержать следующие разделы: обоснование актуальности исследования, цель работы, описание материалов и методов исследования, обсуждение полученных результатов, выводы. Статьи, представляемые в разделы «Организация здравоохранения», «Обмен опытом (в помощь практическому врачу)», «Обзор литературы», «Случай из практики», «Краткие сообщения» могут иметь произ-

- вольную структуру. Изложение должно быть ясным, лаконичным и не содержать повторов.
22. Резюме содержит краткое описание цели исследования, материалов и методов, результатов, рекомендаций. В резюме обзора достаточно отразить основные идеи. В конце резюме должны быть представлены 5–6 ключевых слов и сокращенное название статьи для оформления колонтитулов (не более чем 40 знаков).
 23. Таблицы должны быть построены сжато, наглядно, иметь номер, название, заголовки колонок и строк, строго соответствующие их содержанию. В таблицах должна быть четко указана размерность показателей. Все цифры, итоги и проценты должны быть тщательно выверены и соответствовать таковым в тексте. Текст, в свою очередь, не должен повторять содержание таблиц. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждую таблицу там, где комментируется ее содержание. Недопустимо оставлять пустые ячейки. С помощью символов должна быть указана статистическая значимость различий ($p < 0,05$).
 24. Фотографии должны быть в формате tif или jpg с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм). Графики, схемы и рисунки должны быть выполнены в Excel. Необходимо сохранить возможность их редактирования. Рисунки должны быть пронумерованы, иметь название и, при необходимости, примечания. Они не должны повторять содержание таблиц. Оси графиков должны иметь названия и размерность. График должен быть снабжен легендой (обозначением линий и заливок). В случае сравнения диаграмм следует указывать статистическую значимость различий. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждый рисунок там, где комментируется его содержание.
 25. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. Рекомендуется не использовать большое число аббревиатур.
 26. В заголовке работы и резюме необходимо указывать международное название лекарственных средств, в тексте можно использовать торговое название. Специальные термины следует приводить в русском переводе и использовать только общепринятые в научной литературе. Ни в коем случае не следует применять иностранные слова в русском варианте в «собственной» транскрипции.
 27. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены. При цитировании указывается номер страницы. Упомянутые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, расположенными перед фамилией. Фамилии иностранных исследователей указываются в их оригинальном виде, латиницей (кроме тех случаев, когда их работы переведены на русский и имеется общепринятая запись фамилии кириллицей).
 28. При описании методов исследования указания на авторов должны сопровождаться ссылками на их работы, в которых эти методы были описаны. Эти работы должны быть обязательно включены в список литературы.
 29. Библиографические источники нумеруются в порядке цитирования. Библиографическое описание дается полностью в соответствии с ГОСТ Р 7.1-2003. Не следует использовать сокращения названий сборников и журналов. Сокращения библиографического описания до «Указ. соч.» или «Там же» не допускаются. В список литературы не рекомендуется включать диссертации, авторефераты и неопубликованные законодательные и нормативные документы. Авторы несут ответственность за правильность приведенных в списке литературы данных. При обнаружении неточностей и ошибок в названиях источников Редакция имеет право отклонить статью.
 30. В библиографическом описании полный перечень авторов указывается, если их общее число не превышает трех человек. Если число авторов более трех, приводится сначала название работы, а потом после знака «косая черта» (/) – фамилия только первого автора, после которой для отечественных публикаций необходимо вставить «и др.», для зарубежных – «[et al.]».
 31. Ссылки на источники в тексте статьи оформляются в виде номера в квадратных скобках в строгом соответствии с местом источника в пристатейном списке литературы.

