

исключены пациенты с другими заболеваниями и состояниями, самостоятельно приводящими к снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Верификация диагноза ХОБЛ осуществлялась с использованием Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (2011). Для анализа МПКТ использовали стандартизированный остеоденситометрический метод периферической двухэнергетической рентгеновской абсорбции поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости на аппарате «Lunar DPX», США. Результаты оценивались по Т-критерию в стандартных отклонениях от пика костной массы (SD), соответственно рекомендациям ВОЗ (1994). Нами также проводился ретроспективный анализ частоты и локализации атравматических переломов костей у больных.

Результаты и обсуждение: По современным представлениям, основным признаком ОП является снижение МПКТ, которое определяется с помощью костной денситометрии. Средние значения Т-критерия у пациентов пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких укладывались в категорию выраженной остеопении, составляя (-1,81±0,20) стандартных отклонения, что достоверно ниже, чем в контрольной группе (-0,56±0,10) SD, ($p < 0,001$). Остеопенический синдром у пожилых пациентов с ХОБЛ регистрировался также значительно чаще по сравнению с практически здоровыми лицами (86,7% против 26,8% случаев, соответственно). При анализе структуры остеопенического синдрома у больных хронической обструктивной болезнью легких остеопороз установлен в 50% случаев, у 36,7% обследованных диагностирована остеопения. При проведении корреляционного анализа нами установлена обратная взаимосвязь между МПКТ и выраженностью вентиляционных нарушений у больных ХОБЛ ($r=0,6$, $p < 0,001$), а также длительностью заболевания ($r=0,5$, $p < 0,001$). Частота выявления ОП являлась более высокой при эмфизематозном, чем при бронхитическом вариантах ХОБЛ.

Атравматические переломы костей в анамнезе регистрировались у пациентов с ХОБЛ в 43,3% случаев, составляя в контрольной группе 13,4%. Полученные результаты позволяют констатировать тяжелое течение остеопенического синдрома у большинства пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Среди локализаций остеопоротических переломов костей у больных с ХОБЛ преобладали ребра, ключица, бедренная и лучевая кости. Указанные локализации, вероятно, могут негативно влиять на течение основного заболевания.

Выводы. Проведенные исследования продемонстрировали, что показатели минеральной плотности костной ткани у пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в среднем соответствуют критериям выраженной остеопении. Тяжелое течение остеопенического синдрома наблюдается у большинства больных ХОБЛ. Длительное течение ХОБЛ, выраженность органических, функциональных нарушений у пожилых пациентов с ХОБЛ способствуют снижению минеральной плотности костной ткани. Высокий риск развития переломов вследствие выраженного снижения МПКТ у больных ХОБЛ требует

проведения своевременной диагностики, лечения и профилактики остеопении.

Литература:

1. Баранова И.А. Остеопороз в практике пульмонолога // Фарматека. – 2013. – № 5-13. – Спецвыпуск: остеопороз. – С. 14-20.
2. Болотнова Т.В., Платицына Н.Г., Кусливая О.Н. Инволютивный остеопороз и кардиоваскулярная патология у лиц пожилого возраста // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, №2. – С. 5-7.
3. Болотнова Т.В., Оконечникова Н.С. Влияние хронической обструктивной болезни легких на клиническое течение ишемической болезни сердца в сочетании с артериальной гипертензией у больных пожилого возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Спец. выпуск). – 2013. – № 12. – С. 33.
4. Гельцер Б.И., Кочеткова Е.А., Волкова М.В., Смирнов С.Н., Рубашек И.А. Функционально-биохимические и иммунологические аспекты остеопенического синдрома при эмфиземе легких и хроническом обструктивном бронхите // Остеопороз и остеопатия. – 2001. – № 2. – С. 9-12.
5. Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Клюев Д.А., Дербисалина Г.А., Демидчик Л.А., Колесникова Е.А., Чайковская Н.А. Сравнительная характеристика некоторых биохимических показателей в плазме крови больных с хронической обструктивной болезнью легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 16.
6. Платицына Н.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и остеопороз: патогенетические аспекты // Медицинская наука и образование Урала. – 2005. – № 3 (37). – С. 108-109.
7. Платицына Н.Г., Кусливая О.Н., Болотнова Т.В. Остеопороз и кардиоваскулярная патология: факторы риска, клинико-функциональные особенности // Профилактическая и клиническая медицина. – 2013. – № 4 (49). – С. 59-63.
8. Попов А.А. Тактика врача при сочетании остеоартроза и остеопороза // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 9-15.
9. Таджиев Ф.С., Таджиева М.Ф., Адылова Н.А. Реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 33.
10. Юсупов А.Р., Филонова М.В. Организация медицинской помощи ветеранам войн в ГБУЗ ТО «Госпиталь для ветеранов войн». Итоги и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 4-6.
11. Ярцев С.Е., Андреева О.В., Петрова О.А. Вопросы межведомственного взаимодействия при организации медико-социальной помощи в рамках реализации Межведомственной программой по повышению качества жизни пожилых людей в Тюменской области. «Старшее поколение» // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 7-9.
12. Incalzi R.A., Caradonna P., Ranieri P. et al. Correlates of osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease // Respir. Med. – 2000. – Vol. 94. – P. 1079-1084.
13. Praet J.P., Peretz A., Rosenberg S. et al. Risk osteoporosis in men with chronic bronchitis // Osteoporos Int. – 1992. – Vol. 2. – P. 257-261.
14. World Population Ageing. United Nations publication, 2009. Sales No E.10. XIII.5.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

Н.Н. Плотникова, В.Б. Салеев

РК госпиталь ветеранов войн, г. Йошкар-Ола

В диагностике и тактике лечения гипертонических кризов имеются существенные успехи, но в медицине эта проблема остаётся актуальной в связи с выраженной частотой данного осложнения гипертонической болезни.

Цель исследования: проанализировать структуру обращаемости за скорой медицинской помощью гериатрических пациентов с гипертоническим кризом.

Материал и методы: произведен ретроспективный анализ и статистическая обработка данных журна-

лов регистрации поступлений и отказов от госпитализации этой возрастной категории в приемных отделениях Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РККВВ) Йошкар-Олинской городской больницы за период с 1.07 по 31.12.2013 г.

Результаты и обсуждение: общее количество обращений за скорой медицинской помощью пациентов с гипертоническим кризом за указанный период составило 559 человек, из них женщин – 384 (69%), мужчин – 175 (31%). Общее число госпитализированных пациентов составило 454 человека (81,2%), из них женщин – 319 (70,3%), мужчин – 135 (29,7%).

По возрастным группам больные из числа госпитализированных распределились следующим образом: 60-69 лет – n=187 (41,2%), 70-79 лет – n=124 (27,3%), 80-89 – n=96 (21,5%). По социальному статусу из пациентов с гипертоническим кризом инвалидов 3 группы – n=184 (40,5%), инвалидов 2 группы – n=83 (18,3 %), инвалидов 1 группы – n=43 (9,5%), работающее население – 144 пациента (31,7%).

Заключение: из общего числа обратившихся и госпитализированных больных 2/3 составляют женщины. Наиболее часто гипертонический криз встречается в возрасте от 60 до 69 лет, у инвалидов 2 группы по общему заболеванию и работающих лиц пенсионного возраста. Из общего числа больных не госпитализируется лишь 1/4 обратившегося населения, остальным адекватная и квалифицированная неотложная медицинская помощь оказывается на дому.

МОНОТЕРАПИЯ АМЛОДИПИНОМ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Н.П. Попова, А.В. Комлев, О.В. Трикоз

Госпиталь для ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Целью работы явилась оценка эффективности амлодипина (норваск) в виде короткого курса монотерапии у больных пожилого возраста (70-80 лет) в условиях стационара при сочетании гипертонической болезни со стенокардией напряжения 2-3 ФК. Препарат назначался в дозе 10 мг на ночь в течение 20-21 дня. Основанием монотерапии явилась высокая коронароселективность препарата, минимальный отрицательный инотропный – 6%, 2ФК – и возможный антисклеротический эффекты.

В результате проведенной терапии амлодипином АД систолическое снизилось на 16,3% и составляло 139,8 мм рт. ст., АД диастолическое на 14,1% и составляло 83,3 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений имела тенденцию к уменьшению, но колебалось в пределах 76-72 ударов в минуту. Существенным критерием эффективности явилось уменьшение количества приступов стенокардии с $2,83 \pm 0,31$ до $1,0 \pm 0,36$ (Р Б 0,001) за сутки с качественным изменением в сторону ослабления болевых ощущений.

До лечения больные распределялись следующим образом: 1ФК – 6%, 2ФК – 66%, 3ФК – 28%. Через 3 недели терапии количество больных с 3ФК уменьши-

лось до 19%; со 2ФК – до 47%. В 1ФК наблюдалось уже 34% пациентов. Количество побочных эффектов составило 7,5% (отек лодыжек – 2 пациента и по 1 больному – гиперемия лица, боли в эпигастрии). Указанные эффекты отмечались в первую неделю лечения и значительно редуцировались к третьей неделе.

Вывод: монотерапия амлодипином у пожилых больных при сочетании мягкой и умеренной гипертонической болезни со стенокардией 2-3 ФК обладает значительным антигипертензивным и антиишемическим эффектом.

О РОЛИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.П. Попова, А.В. Комлев, М.А. Гонтмахер, О.В. Трикоз, Е.Р. Бахтеева

Госпиталь для ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

К изучению экстракардиальных факторов, влияющих на работу сердца и, в частности, способствующих возникновению различных аритмий, обращались многие авторы. Однако, в доступной литературе, мы не нашли указаний на исследование возможного аритмогенного влияния гипербилирубинемии. Собственный опыт и важность поставленной проблемы, особенно применительно к гериатрической практике, побудили нас проанализировать истории болезни терапевтического отделения госпиталя. Пациентов мужского пола в возрасте 76-88 лет, лечившихся в госпитале в 2011-2013 гг., мы разделили на 3 группы по 45-50 человек. В первую группу включили истории болезни больных без патологии печени и желчного пузыря, с нормальным уровнем билирубина крови. Во вторую группу – истории болезни больных с выявленной патологией печени и желчного пузыря, с нормальным уровнем билирубина крови. В третью группу – истории болезни больных с патологией печени и желчного пузыря, с гипербилирубинемией. Сравнительный анализ историй болезни показал значительное нарастание частоты некоторых сердечных аритмий в третьей группе. Так, если мерцательная аритмия в первых двух группах встречалась в 4,1–4,8% случаев, а в третьей в 40% случаев. Желудочковая экстрасистолия соответственно – 4,17% и 14,5% случаев. Однородность выявленной патологии печени и желчного пузыря во второй и третьей группах дает основание признать гипербилирубинемии вероятным аритмогенным фактором. Кроме того, увеличение частоты не всех, а только некоторых видов аритмий, позволяет увязать возможное аритмогенное действие гипербилирубинемии с влиянием на электрофизиологические процессы в миокарде, провоцирующими появление циркулирующих волн возбуждения (re-entry).

Вывод: Анализ историй болезни показал существенное влияние гипербилирубинемии на возникновение сердечных аритмий в старческом возрасте. Выявленное аритмогенное действие гипербилирубинемии на миокард требует экспериментального подтверждения в работах электрофизиологов.