

рительный тракт и обмен веществ" (11 препаратов – 23,4%), "Препараты, влияющие на кроветворение и кровь" и "Препараты для лечения заболеваний нервной системы" – по 8,5%, остальные препараты занимают 6% и менее. Полученные результаты согласуются с данными заболеваемости пожилых.

Поскольку существует риск накопления лекарств в организме, пожилым людям необходим особый подбор дозировок лекарств с учетом их конкретных потребностей, состояния здоровья и социальных условий. Особый режим дозирования для лиц старшего возраста должен быть указан в инструкции по применению лекарственного препарата. Из числа этапов медицинской помощи наиболее дорогостоящим в системе здравоохранения является стационарный, реализуемый с использованием огромного множества средств, в т.ч. специфических. К этой группе можно отнести значительный в объемном и стоимостном выражениях, необходимый для обеспечения медикаментозной терапии во всех стационарах.

Закупки лекарственных препаратов для гериатрического стационара проводятся в соответствии с ФЗ от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд". Документация о закупке должна содержать указание на международные непатентованные наименования лекарственных средств или при отсутствии таких наименований химические, группировочные наименования.

Приоритетным при закупках по торгам является ценовой фактор. Экономия денежных средств может достигать значительных цифр: до 90% и более. Мы провели один из этапов фармакоэкономического анализа – cost-minimization analysis – "анализ минимизации затрат", который показал возможность экономии затрат на лечение пациентов амлодипином по сравнению с нормодипином почти на 93%, использование триметазидина – 91,6% по сравнению с предукталом, лечение бисопрололом по сравнению с конкором на 83,9%, использование омега-3 дает экономии в 80,9%, нейрокса – 63%, ацекардола – 50,5%. Но метод минимизации затрат позволяет сопоставлять альтернативные препараты, выбирая наиболее дешевые. В этом случае не учитывается терапевтическая эквивалентность сравниваемых препаратов. Медицинская организация может получить лекарственные препараты под различными торговыми наименованиями. При изучении инструкций на лекарственные препараты о возможности их применения для гериатрических больных установлено, что в большинство препаратов содержат разногласия в инструкциях, во многих нет указаний о возможности применения у пожилых, хотя показания к применению препаратов в основном по заболеваниям, свойственным пожилому возрасту.

Выводы. При введении препарата в клиническую практику целесообразно регламентировать необходимость наличия в инструкциях по применению лекарственных препаратов информации об особенностях их дозирования и применения для пожилых пациентов. В описании каждого дженерика должны быть приведены данные о его фармакологической и фармакокинетической эквивалентности оригинальному препарату. Также

желательно иметь данные о терапевтической эквивалентности оригинальному препарату.

ТЕРАПИЯ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

О.В. Андреева, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

E-mail авторов: andreeva@med.tyumen.ru

Демографические изменения в последние годы характеризуются увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста [9]. Одной из актуальных проблем современной медицины является лечение и профилактика ишемической болезни сердца (ИБС), значительно снижающей качество жизни пациентов пожилого возраста, приводящей к дальнейшей инвалидизации и летальному исходу [4, 7, 8, 10].

В структуре заболеваемости болезнью системы кровообращения ИБС занимает первое место, а у людей старше 60 лет встречается значительно чаще, чем в молодом возрасте. У лиц пожилого возраста ИБС составляет 2/3 среди всех причин смерти от заболеваний сердца и 70% среди всех заболеваний [1, 2, 5, 11]. В г. Тюмени в 2013 г. удельный вес смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у лиц старших возрастных групп составил 69,6% от всех причин. В 2013 г. ИБС занимала 51,86% в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

С возрастом не только увеличивается частота ИБС, но и изменяется клиническая картина заболевания [6]. У пожилых людей часто даже острые коронарные синдромы протекают атипично. Атипичные проявления нестабильной стенокардии включают боль, возникающую преимущественно в покое, боль в эпигастрии, внезапные и острые расстройства пищеварения, колющую боль в грудной клетке, усиливающуюся при дыхании, нарастание одышки. У больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и АГ преобладают безболевые эпизоды ишемии миокарда, часто они наблюдаются на фоне увеличения артериального давления (АД) и увеличения числа сердечных сокращений. Безболевые эпизоды ишемии чаще встречаются у больных с нарушенным суточным ритмом АД (ночной гипертонией и недостаточным снижением АД ночью) и повышенной вариабельностью систолического артериального давления.

В пожилом и старческом возрасте приступ стенокардии проявляется менее резкими, но более длительными болями, которые бывают незначительными или вообще не ощущаются, появляется лишь чувство тяжести, сдавления, стеснения преимущественно в верхней части грудины, слева от грудины, в перикардиальной области. Часто больные жалуются на неприятное чувство, дискомфорт в грудной клетке. В отличие от приступа в молодом возрасте, когда развивается ряд симп-

томов вегетативного характера (частое поверхностное дыхание, чувство страха смерти, бледность кожных покровов), у больных пожилого и старческого возраста приступ начинается не так остро, эмоциональная окраска его менее яркая, признаки вегетативных нарушений выражены гораздо слабее или вообще отсутствуют. Важной особенностью стенокардии в таком возрасте является необычная иррадиация болей – они могут распространяться на левую половину шеи, челюсть, затылок, правое плечо, оба плеча и т.д. Восстановительный период приступа стенокардии в пожилом возрасте замедленный, после него у больных нередко длительное время отмечаются общая слабость, головная боль и другие нарушения общего состояния. Атипичное проявление стенокардии у больных старших возрастов может выражаться болью, возникающей преимущественно в покое либо в эпигастрии, остро развившимся расстройством пищеварения, нарастанием одышки.

При диагностике стенокардии в пожилом возрасте надо оценивать болевые ощущения, которые возникают после физической нагрузки, носят кратковременный характер, уменьшаются в покое или после приема антиангинальных средств. При болях в грудной клетке, шее, в левом плечевом суставе необходимо предполагать нарушение коронарного кровообращения, тем более что иногда просто затруднение глотания, чувство давления в области шеи, остановка пищи в пищеводе, неприятные ощущения за грудиной могут быть признаками стенокардии. Особого внимания в плане исключения острой коронарной патологии требует внезапное появление у пожилых пациентов слабости, протрации, ментальных нарушений, снижения АД, нарушений ритма сердца. В то же время следует помнить, что не все боли в грудной клетке, особенно длительные, являются признаками стенокардии. У лиц старших возрастных групп стенокардия часто сочетается с различными формами кардиалгий. Это в первую очередь заболевания желудочно-кишечного тракта и органов брюшной полости, спондилоартрозы. Нестенокардитические боли в большинстве случаев локализуются в эпигастриальной области, в грудной клетке, по ходу позвоночника. Они всегда бывают длительными, нередко весьма интенсивными, не исчезают после снятия физической нагрузки, часто связаны с определенным положением тела, не купируются нитроглицерином.

Таким образом, клинические проявления ишемической болезни сердца у пожилых людей могут быть разнообразными, эти особенности необходимо учитывать при диагностике, которая основывается на тщательном изучении анамнеза, особенностей болевого синдрома.

Литература:

1. Адылова Н.А., Таджиев Ф.С. Влияние медицинской реабилитации на липидный обмен у больных ишемической болезнью сердца // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 6.
2. Гериатрия: Уч. пособие / Д.Ф. Чеботарев, В.В. Фролькис, О.В. Коркушко и др.; Под ред. Д.Ф. Чеботарева. – М.: М, 1990. – 240 с.
3. Жуклина В.В., Горбунов Н.С. Морфологические особенности живота у пожилых женщин, больных стабильной стенокардией напряжения // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 20.
4. Литвинова Т.А., Болотнова Т.В. Показатели газового состава крови у больных пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью лёгких в ассоциации с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 12-14.

5. Попова М.А., Иосифова Э.К. Петлевой диуретик торасемид – средство выбора для лечения хронической сердечной недостаточности при сочетании ишемической болезни сердца и хронического обструктивного бронхита // Академический журнал Западной Сибири. – 2008. – № 3. – С. 66-67.
6. Пристром М.С., Сухих Ж.Л., Семенов И.И. Особенности клиники и диагностики ишемической болезни сердца в гериатрической практике // Медицинские новости. – 2003. – № 6. – С. 24-29.
7. Сандул О.Л. Профиль факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у пожилых больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца; возможности коррекции // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 20-21.
8. Сулейманов Х.Б., Иргашева У. З. Частота некоторых факторов риска среди больных ишемической болезнью сердца // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 10.
9. Таджиев Ф.С., Адылова Н.А., Буранова Ш.А. Особенности хронического пиелонефрита в гериатрическом возрасте // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 17-18.
10. Терентьева Н.Н., Попова М.А., Фроленкова Л.А., Иосифова Э.К. Метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа у мужчин с сочетанием ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 47-48.
11. Шабанова О.А., Болотнова Т.В. Состояние внутрисердечной гемодинамики у больных зрелого и пожилого возраста с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией в ассоциации с ХОБЛ // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 30-31.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Т.В. Болотнова, А.Р. Юсупов,
Ж.В. Куимова, М.В. Филонова,

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень
ГБУЗ ТО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Тюмень

Для пациентов старше 65 лет согласно европейской шкале SCORE не разработаны критерии суммарного сердечно-сосудистого риска. Но учитывая данные для пациентов в возрастной категории от 60 до 65 лет, можно предположить, что даже при нормальных уровнях холестерина и систолического артериального давления для пациентов старше 65 лет характерен высокий суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений [1, 3, 5, 6].

Цель исследования: изучение влияния возрастного фактора на особенности факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов старше 60 лет.

Материал и методы. В 2013-2014 гг. было проведено комплексное исследование 146 пациентов старше 60 лет на базе ГБУЗ ТО "Госпиталь для ветеранов войн" г. Тюмени. В качестве методов исследования использовались клинические, лабораторные методы, анкетирование для выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с учетом их целевых уровней.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов старше 60 лет в большинстве случаев выявлялись случаи с наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Так, повышение артериального давления выше 180 и 110 мм рт ст выявлялось у 98% пациентов. При этом этот фактор одинаково часто встречался у больных пожилого, старческого возраста и долгожителей.

Ведущий фактор риска развития атеросклероза – дислипидемии у пациентов старше 60 лет выявлялись в 63,7% случаев. При этом нарушения липидного обмена