

В результате обследования было выявлено, что 54,7% пациентов без нарушений липидного обмена вели более активный образ жизни, чем пациенты с нарушениями липидного обмена – 39,7%.

Выводы:

1. У пациентов старше 60 лет была выявлена общепринятая зависимость уровня липидов от образа жизни.

2. Ограничение употребления насыщенных жиров имеет выраженный эффект для снижения атерогенных липидов у пациентов старше 60 лет.

3. Повышение уровня регулярной физической активности имеет меньшее значение для снижения атерогенных липидов у пациентов старше 60 лет.

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. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза Российские рекомендации V пересмотр. – Москва, 2012.
3. Дягилева В.Б. Метаболический синдром и риск сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, проживающих в условиях северного города // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 7-8.
4. Кириченко Л.Л., Овсянников К.В., С.Н., Стрелкова и др. Роль коррекции метаболических нарушений в лечении артериальной гипертонии у пациентов с метаболическим синдромом // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 20-21.
5. Оганов Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Врач. – 2001. – № 7. – С. 3-6.
6. Сюрин С.А. Значение коррекции процессов перекисидации липидов в реабилитации больных хроническим бронхитом // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 19.
7. Таджиев Ф.С., Адылова Н.А., Солеева С.Ш., Джаббарова Н.М. Влияние розувастатина на показатели липидного спектра у больных ИБС // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 6. – С. 72.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АССОЦИАЦИИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.А. Литвинова, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень
ГБУЗ ТО «ОКБ№1», г. Тюмень

E-mail авторов: alen-riannon2685@mail.ru

Среди больных старших возрастных групп выявляются наиболее высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности при ХОБЛ [1, 5, 8]. Это связано с целым комплексом механизмов старения, которые включают в себя нарушения функционирования различных органов и систем, дисфункцию адапционной и иммунологической систем [7, 9]. Тем не менее, изучение и лечение ХОБЛ, как правило, проводится без учета возрастного аспекта, хотя течение заболевания, частота и длительность обострений, восприимчивость к проводимой терапии в пожилом и старческом возрасте имеют свои особенности, что, несомненно, сказывается на эффективности проводимой терапии [2, 3]. К 70-75 годам частота встречаемости ИБС дости-

гает 25-33%, при этом пожилые люди составляют большинство больных ИБС. Наряду с увеличением частоты приступов стенокардии среди пожилых лиц, увеличивается популяция больных, страдающих артериальной гипертонией (АГ), что способствует развитию и неблагоприятно влияет на течение ишемии миокарда [4, 6].

Цель исследования: изучение особенностей сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем у больных пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в ассоциации со стенокардией напряжения (СН) и артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 35 больных пожилого возраста с ХОБЛ в ассоциации с ИБС и АГ.

Методы исследования: электрокардиография, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, эргоспирометрия, биохимические исследования крови (общий белок, креатинин, сахар, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, АСТ, АЛТ), коагулограмма (МНО, ПТИ). С целью анализа особенностей гипоксического синдрома у обследованных пациентов было проведено изучение кислотно-основного состава крови (рН, ВВ, ВЕ, рО₂, рСО₂).

В процессе старения в крупных артериях наблюдается уплотнение внутренней оболочки, атрофия мышечного слоя, уменьшение количества эластических волокон и увеличение коллагеновых, что обуславливает снижение эластичности сосудистой стенки и развитие ее ригидности. Соответственно возрастает скорость распространения пульсовой волны, повышается общее периферическое сосудистое сопротивление, что вызывает некоторый рост артериального давления. При старении снижается сократительная способность миокарда, ввиду морфологических изменений, таких как кардиосклероз, очаговая атрофия мышечных волокон, увеличение количества малоэластичной соединительной ткани; биохимическими сдвигами (снижение энергетического и минерального обмена), изменениями регуляции (снижение эффективности механизма Франка-Старлинга, ухудшение хроноиотропного механизма, уменьшение положительно иотропного влияния эндогенных катехоламинов).

В результате повышения жесткости миокарда нарушается процесс диастолического расслабления в покое и, особенно, в условиях функционального напряжения сердечно-сосудистой системы. Наблюдаются возрастное снижение автоматизма синусового узла, процессов реполяризации и депполяризации в миокарде, некоторое замедление внутрисердечной, атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, что предрасполагает к развитию нарушений сердечного ритма и проводимости.

Происходят атрофические процессы в слизистой оболочке органов дыхания, дистрофические и фиброзно-склеротические изменения хрящей трахеобронхиального дерева. Стенки альвеол истончаются, из-за чего снижается их эластичность, утолщается мембрана. Существенно изменяется структура общей емкости легких: уменьшается жизненная емкость, увеличивается остаточный объем. Все это обуславливает нарушение легочного газообмена и снижает эффективность вентиляции. Установлено, что для ХОБЛ в пожилом и старческом возрасте характерно преобладание тяжелого и

среднетяжелого течения заболевания, осложняемого наличием сопутствующих заболеваний, с развитием частых и длительных обострений. У пациентов пожилого и старческого возраста отмечены более существенные, чем у пациентов зрелого возраста, нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, выраженные атрофические изменения слизистой бронхиального дерева.

Взаимное влияние ИБС и ХОБЛ не вызывает сомнений: нарушения вентиляционной функции при ХОБЛ вследствие гипоксемии, тканевой гипоксии и активации симпатно-адреналовой системы утяжеляют течение АГ, а формирующаяся легочная гипертензия и развитие хронического легочного сердца ускоряют темпы развития сердечной недостаточности при АГ.

Литература:

1. Абдурасулов К.Д., Акимов С.И., Трегуб Н.В. Состояние правых отделов сердца и нарушения ритма у больных хроническим обструктивным бронхитом, осложнившимся легочным сердцем и легочной гипертензией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 19-20.
2. Болотнова Т.В., Литвинова Т.А. Особенности Хронической обструктивной болезни легких в ассоциации со Стенокардией напряжения и Артериальной гипертензией у больных пожилого возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – № 1.
3. Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Клюев Д.А. и др. Сравнительная характеристика внеклеточных нуклеиновых кислот в крови больных с хроническими болезнями легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 4. – С. 44-45.
4. 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.
5. Таджиев Ф.С., Таджиева М.Ф., Адылова Н.А. Реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 33.
6. 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.
7. Шабанова О.А., Болотнова Т.В. Клинико-функциональные особенности Хронической обструктивной болезни легких в ассоциации с ишемической болезнью сердца и Артериальной гипертензией у больных пожилого возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3.
8. Шеранов А.М., Таджиев Ф.С., Джаббаров Н.М. Особенности клинического течения хронической обструктивной болезни легких у больных гериатрического возраста в Самаркандском регионе // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 32-33.
9. Rich M. W. Heart failure in the 21 st century: a cardiogeriatric syndrome // J. Gerontol. a Biol. Sci. Med. Sci. – 2001. – Vol. 56, № 2.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.Н. Мещанинов

СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

E-mail автора: mv-02@yandex.ru

При оценке эффективности методов неспецифической геропрофилактики относительно редко исполь-

зуются объективные интегральные неинвазивные критерии (Токарь А.В. и др., 2005; Мякотных В.С., 2011; Ахаладзе Н.Г., 2012; Мещанинов В.Н., 2013), в том числе основанные на изменениях показателей биологического возраста (БВ).

Цель исследования: сравнить эффективность фармакологических, нефармакологических средств и биологически активной добавки по способности снижать БВ.

К исследованию были привлечены пациенты обоего пола в возрасте от 30 до 59 лет, страдающие полиморбидной патологией в стадии ремиссии. Исследуемые и контрольная группы включали от 21 до 45 человек. Представители исследуемых групп в течение 2-х недель получали следующие лечебные воздействия: сеансы гипербарической оксигенации, сухих углекислых ванн, гипокситерапии, чередующиеся воздействия гипербарической оксигенации и сухих углекислых ванн, озонотерапию, фармпрепарат ронколейкин (интерлейкин-2), биологически активную добавку вазотон (L-аргинин). Контрольная группа указанного лечения не получала. До и после лечения у пациентов исследовали БВ по комплексу функциональных и психологических тестов (Токарь А.В. и др., 1992) в авторской модификации. Оценивалась степень снижения БВ в условных годах. Полученные данные обрабатывались статистически по непараметрическим и параметрическим критериям.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что все использованные методы воздействия обладали способностью снижать БВ, что указывало на их эффективность в этом плане. Однако, степень данной эффективности существенно различалась в зависимости от метода воздействия. Так, наибольшую степень снижения БВ (7 лет; $p < 0,001$) вызывало использование ронколейкина. Применение сухих углекислых ванн давало снижение БВ на 5,5 лет ($p < 0,001$), гипокситерапии – на 4,8 лет ($p < 0,001$), чередующееся воздействие сухих углекислых ванн и гипербарической оксигенации – на 4,6 лет ($p < 0,01$), гипербарической оксигенации – на 4 года ($p < 0,001$), озонотерапии – на 2,6 лет ($p < 0,05$), вазотона – на 1,3 года ($p < 0,05$).

Таким образом, наиболее эффективным геропрофилактическим воздействием по показателю БВ обладал фармакологический препарат ронколейкин. Однако, парентеральный путь введения препарата, довольно узкий перечень показаний к его применению, слабо изученный на сегодняшний день механизм действия ограничивают его широкое применение. Из нефармакологических (газовых) методов наиболее эффективными оказались сухие углекислые ванны. Их применение позитивно воспринимается пациентами, имеется широкий спектр показаний к использованию, и мало противопоказаний. Это дает возможность широкого использования сухих углекислых ванн для геропрофилактики у пациентов с полиморбидной патологией. Остальные изученные нами методы лечения тоже могут быть использованы как с этой целью, так и для терапии основных заболеваний.