

в 1–2 суставах. У пациентов с остеохондрозом анталгическая поза после лечения не отмечалась, ограничение в пробах Отта, Шобера, Форестье составило $2,5 \pm 0,43$ см, при пробе наклона $5,4 \pm 0,43$ см, уменьшившись от исходного в среднем на $35,7 \pm 2,43\%$ ($p < 0,01$). За счет выраженного трофического эффекта, присущего сероводородной бальнеотерапии, у пациентов исчезли такие проявления нарушения микроциркуляции, как онемение, ощущение зябкости, и др. Альбумин/глобулиновый коэффициент достиг нормальных значений в 67% случаев. В группе сравнения позитивная динамика вышеописанных показателей, в особенности болевого синдрома и результатов психоvegetативных проб, была достоверно ниже.

Вышеотмеченные результаты восстановительного лечения позволили выписать со значительным улучшением 34% больных основной группы, с улучшением – 57%, без существенной динамики – 9%, а в группе сравнения соответственно 12%, 66% и 22% пациентов. Анализ отдаленных результатов исследования, проведенный по данным анализа анкет или клинического обследования повторно прибывших на лечение пациентов, указывал на то, что среди пациентов основной группы исследования обострения заболевания отмечались в первые 6 месяцев после санаторно-курортного лечения в 12,4% случаев, через год после него – в 16,7% случаев, через 18 месяцев – у 24,7% больных.

В контрольной группе данные результаты соответственно составили 23,7%, 45,7%, 25,4%.

Включение таких современных технологий восстановительной медицины, как транскраниальная электростимуляция и лазеротерапия, у больных с патологией опорно-двигательного аппарата обеспечивает более высокую лечебно-профилактическую эффективность санаторно-курортного лечения, достаточно продолжительный эффект последствий физио-, бальнео- и климатотерапии, что в целом обуславливает повышение качества жизни и уровня физической работоспособности вышеуказанного контингента пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М., Кириллов Ю. А., Марасанов А. В., Романов Е. А. Методика оценки функциональных состояний организма человека // Медицина труда и промышленная экология. – 1995. – № 3. – С. 30–34.
2. Доценко В. В. Болезни позвоночника и их диагностика // Качество жизни. – М.: Медицина, 2003. – № 3. – С. 17–20.
3. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М., 1999.
4. Чепой В. М. Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника. – М.: Медицина, 1988.

Поступила 14.04.2009

А. П. БАЙДА

АЛГОРИТМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины)

Ставропольской государственной медицинской академии,

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: baida_alex@front.ru, тел. 89289709433

На основе собственных исследований и литературных данных предлагается региональная модель диагностики артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста в условиях первичной медико-санитарной помощи. Она позволяет повысить качество диагностики артериальной гипертензии у пациентов этой возрастной группы и положительно влияет на эффективность ее лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пациенты пожилого и старческого возраста, алгоритм лечения в амбулаторных условиях.

A. P. BAJDA

ALGORITHMIZATION OF MEDICAL PROCESS AT THE ARTERIAL HYPERTENSIA AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN POLYCLINIC CONDITIONS

Faculty of the General medical practice (family medicine) of the Stavropol state medical academy

Russia, 355017. E-mail: baida_alex@front.ru

On the basis of own researches and the literary data the regional model of diagnostics of arterial hypertension of elderly and senile age persons in conditions of the initial medico-sanitary help is offered. It allows increasing quality of diagnostics of an arterial hypertension of one's age-grade patients and positively influences efficiency of its treatment.

Key words: arterial hypertension, patients of elderly and senile age, algorithm of treatment in out-patient conditions.

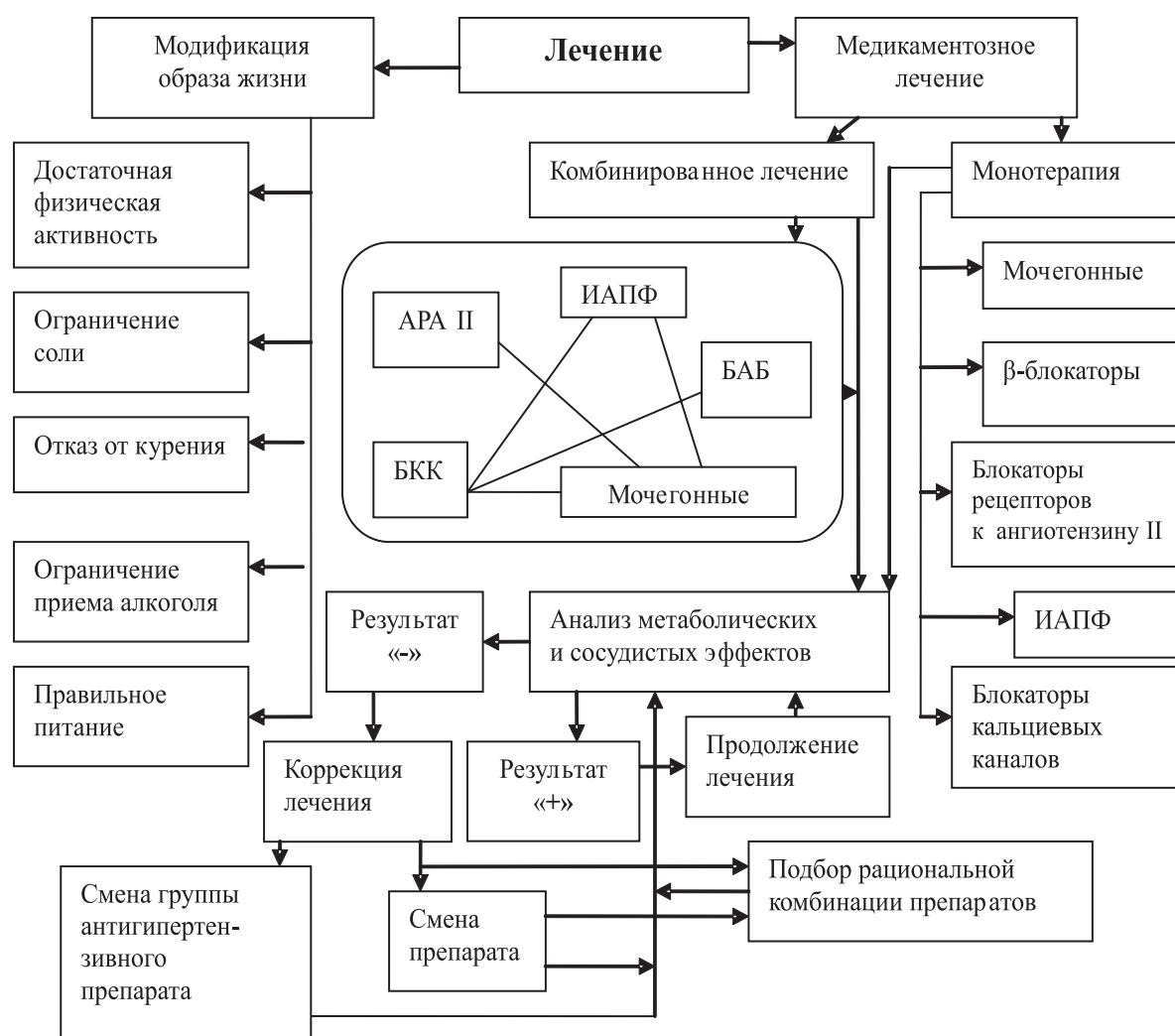
Введение

В настоящее время главной целью лечения артериальной гипертензии (АГ) является снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Это особенно важно для людей старших возрастов, у 60–70% которых отмечается АГ, а результаты лечения ее неудовлетворительные. Несмотря на это, алгоритма лечения данной категории граждан в условиях первичного звена здравоохранения нет [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11]. В Рекомендациях 2004, 2008 гг. [3, 10] имеются небольшие разделы, посвященные особенностям лечения АГ у лиц пожилого возраста. Однако рекомендация – это совет, пожелание, возможно стратегия. Для практического здравоохранения необходимы не только рекомендации, но и наставления, указания, что и как делать в конкретной ситуации, то есть алгоритм. Кроме того, Рекомендации не учитывают региональных (территориальных) особенностей оказания первичной медико-санитарной помощи пожилым пациентам. Вместе с тем система организации здравоохранения, экономическая, национально-конфессиональная, климатическая составляющие конкретной территории и другие факторы оказывают существенное влияние на результаты лечения.

Для улучшения качества оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста нами была разработана и апробирована модель алгоритма управления лечебным процессом у данной категории больных в условиях поликлиники и семьи.

Материалы и методы исследования

Основой для разработки алгоритма послужили данные анализа оказания первичной медико-санитарной помощи 7178 пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (гипертонической болезнью) I–II стадий, I–II степени в условиях поликлиники. Продолжительность исследования 3 года. В апробации предложенного нами алгоритма в реальных условиях врачебной практики участвовали 358 пациентов. Продолжительность этого исследования – 18 месяцев. Нами была проведена экспертная оценка карт амбулаторных больных (ф. 025-у); талонов амбулаторных пациентов (ф. 025 – у 10-у-97 - у); книг записей амбулаторных больных (ф. 074-у); книг записей вызовов врачей на дом (ф. 031-у); рецептов (ф. -148-1/у-88 и 148-1/у-06 л), клинических, лабораторных, электрофизиологических, рентгенологических исследований. Целевым



Примечание: АРА II – антагонисты к рецептору ангиотензина II.

Рис. 1. Общий алгоритм «Лечение АГ в пожилом и старческом возрасте»

давлением в соответствии с Рекомендациями (2004, 2008 гг.) мы считали АД менее 140/90 мм рт. ст.

В рамках данной статьи мы не ставили вопросы дозировки конкретных препаратов, условий и схем их приема, а также степени и скорости снижения АД, ответы на которые можно найти в литературе [2, 6].

Обсуждение полученных результатов

В результате выполненного исследования нами разработан алгоритм лечебного процесса в условиях поликлиники у больных пожилого и старческого возраста с АГ.

Прежде чем приступить к лечению, следует верифицировать диагноз АГ. На этапе диагностики и проведения дифференциальной диагностики необходимо определить:

- основное заболевание (в нашем случае это должна быть гипертоническая болезнь с указанием степени и стадии заболевания),
- осложнение основного заболевания (поражение органов-мишеней),
- ассоциированные клинические состояния,
- фоновые и сопутствующие заболевания,
- группа риска.

После завершения этого этапа следует перейти к лечению артериальной гипертензии, алгоритм которого представлен на рисунке 1. Он облегчает процесс формирования схемы лечения и позволяет улучшить контроль АД.

Для упрощения работы с предлагаемым алгоритмом необходимы некоторые комментарии.

Модификация образа жизни. Психосоциологическая переориентация личности пациента, формирование нового жизненного стиля, соблюдение малосолевой диеты, увеличение употребления растительной пищи, уменьшение потребления животных жиров, отказ от курения, нормализация индекса массы тела, снижение употребления алкоголя (если в этом есть необходимость) и др. – один из сложных этапов немедикаментозного лечения пожилых людей. Полная реализация этого направления в лечении АГ достаточно проблематична, так как сложившиеся привычки, пристрастия, материально-экономические проблемы являются трудно преодолимыми, особенно в пожилом возрасте.

Адекватная физическая нагрузка. Это важный момент немедикаментозного лечения больных с АГ, но он вызывает у них большое недоверие, порой нежелание что-либо предпринимать в этом направлении. Вместе с тем в ряде работ было показано, что аэробные физические упражнения по 30–40 минут в день не менее 4 раз в неделю снижают АД у женщин в возрасте 50–69 лет [1, 5, 7], но при изолированной систолической артериальной гипертензии анаэробные физические нагрузки менее эффективны, чем у молодых [12].

Монотерапия. Позволяет достичь целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт. ст.) у небольшого числа пациентов. Для этих целей, как правило, используются четыре основных класса препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ), блокаторы кальциевых каналов (БКК) и мочегонные (тиазидные и тиазидоподобные).

Предпочтительно использование комбинации препаратов. Рациональными считаются сочетания, ИАПФ диуретика, антагониста кальция и бета-адреноблокатора [3], безусловно с учетом конкретной ситуации. При определенных ситуациях возможны комбинации с другими препаратами, в том числе с нитратами.

Антигипертензивная терапия (как моно, так и комбинированная) проводится с учетом метаболических и сосудистых эффектов. В случае недостаточного гипотензивного действия и/или негативной динамики показателей, характеризующих метаболические параметры, возможно три варианта действий:

- смена группы антигипертензивного препарата,
- смена препарата внутри ранее используемой группы (например, переход с антагонистов кальция короткого действия на длительно действующие),
- замена комбинации препаратов с учетом имеющихся изменений метаболического и/или сосудистого характера.

После этого вновь оцениваются метаболические и сосудистые эффекты, и принимается решение о продолжении или изменении лечения. Оценка метаболических эффектов (набор показателей) в значительной степени зависит от возможностей клинической лаборатории конкретного ЛПУ. Чаще всего оценивается уровень глюкозы, креатинина, мочевины крови, а также показатели холестерина обмена. В то же время любое нарушение обмена веществ можно рассматривать как метаболическое [8], следовательно, количество их может сильно варьировать. В нашем исследовании мы оценивали наиболее доступные для амбулаторных ЛПУ показатели: содержание глюкозы, холестерина, креатинина, мочевины крови. Сосудистые эффекты в реальной практике можно оценивать только по уровню АД.

Безусловно, у части пациентов возникает потребность в применении препаратов других групп (нитраты, НПВС и др.), что требует определенных изменений алгоритма.

При реализации предлагаемого нами алгоритма необходимо учитывать ряд гериатрических и геронтологических факторов, которые представлены на рисунке 2. Особенности лечения пациентов старших возрастов обусловлены многими причинами, поэтому мы предлагаем небольшой комментарий к данной схеме.

Комментарий к алгоритму «Факторы, которые необходимо учитывать при оказании помощи пациентам старших возрастов с АГ».

Психосоциологические факторы. Необходимо помнить об изменениях, которые происходят у людей старших возрастов. Это прежде всего снижение памяти, познавательной функции, поэтому все рекомендации необходимо записывать, порой достаточно подробно. Следует обращать внимание на кратность и последовательность приема того или иного препарата, а также на тактику поведения пациента (или его родственников) при экстремальных ситуациях. Для этого следует в письменной форме изложить последовательность действий больного, указать номера телефонов, куда при этом следует позвонить. Назначать препараты следует по принципу «Минимум лекарств – максимум эффекта».

Социально-бытовые факторы. Среди лиц пожилого и старческого возраста много больных со сложными отношениями в семье. Важным является факт проживания в семье или одиночество. Для реализации врачебных назначений имеет значение расстояние до ЛПУ (дороги, общественный транспорт и др.).

Экономический фактор. Несмотря на то что многие больные пожилые люди имеют возможность получать лекарства бесплатно, их материальное положение имеет важное значение для выполнения предписаний врача, так как часть лекарств не входит в список дополнительного лекарственного обеспечения. Контроль

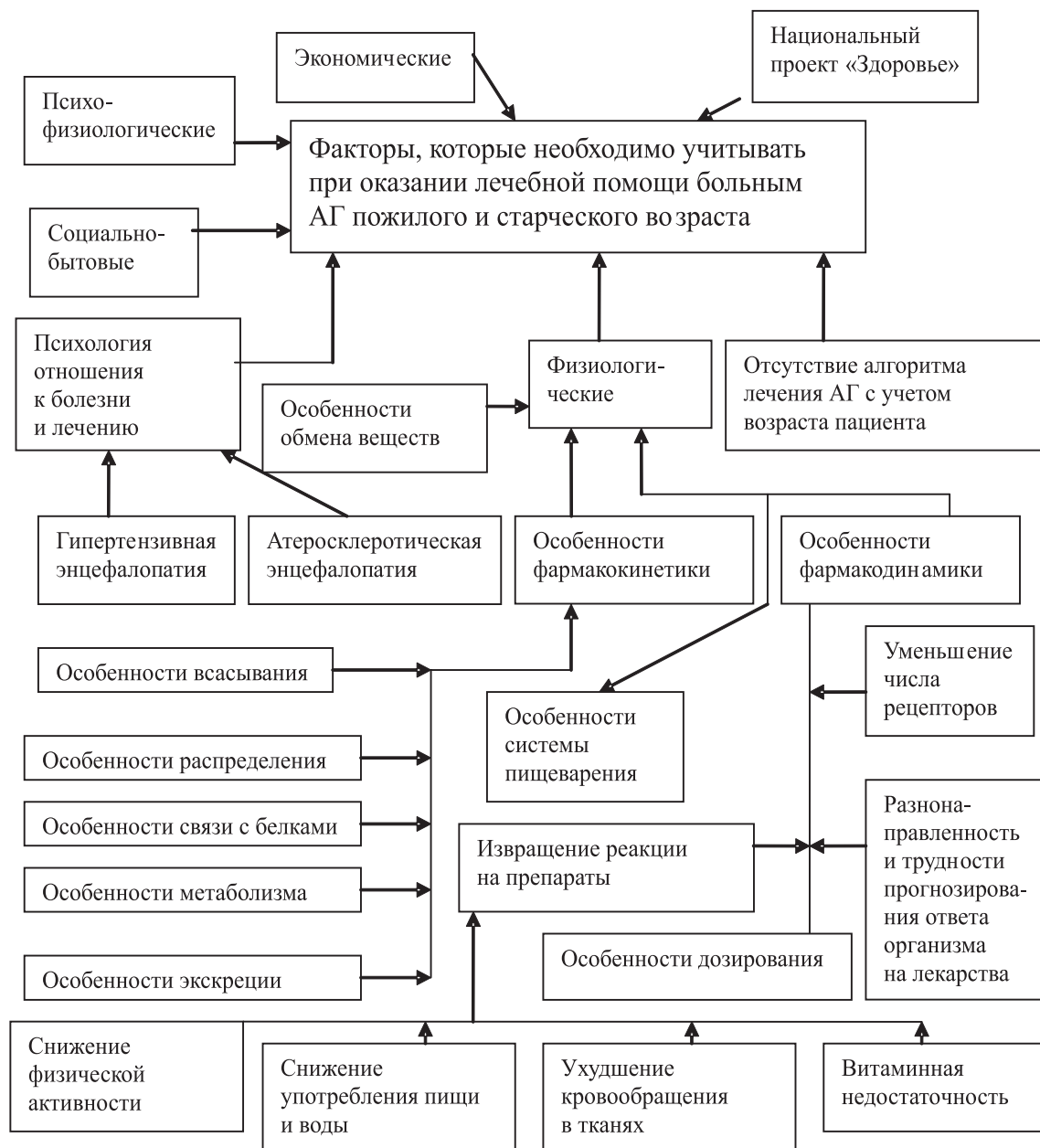


Рис. 2. Факторы, которые необходимо учитывать при оказании помощи пациентам старших возрастов с АГ

АД в домашних условия невозможен без приобретения тонометра и др. Экономический фактор оказывает влияние и на характер питания пациента.

Психология отношения к болезни и лечению. Многие пациенты относятся к заболеванию и лечению негативно. Отказываются соблюдать режим поведения и лечения, самовольно меняют тактику лечения, предложенную врачом. Вместе с тем некоторые больные, наоборот, «уходят» в болезнь, излишне драматизируют ситуацию. Неадекватное поведение пациента может быть обусловлено энцефалопатией. В этих случаях важно добиться адекватной реакции как на само заболевание, так и на предлагаемое лечение.

Национальный проект «Здоровье». Его реализация способствует улучшению лекарственного обеспечения, в том числе и пожилых людей. Кроме того, врачи первичного звена за последние годы проходили обучение на циклах усовершенствования, что неволь-

но сказывается на уровне их знаний, в том числе и по вопросам геронтологии и гериатрии.

Отсутствие алгоритма лечения АГ с учетом возраста пациента. Несмотря на имеющиеся успехи в переподготовке медицинских работников, у них нет схем, стандартов оказания помощи лицам старших возрастных групп с АГ. Вместе с тем наличие алгоритма действий поможет врачам более адекватно оценивать состояние больно, более рационально назначать лекарственные препараты.

Физиологические факторы. При работе с пожилыми больными необходимо учитывать те процессы, которые происходят в организме в результате старения. В частности, нарушение обмена веществ. Изменяются всасывание, распределение, метаболизм и экскреция препаратов, а также их взаимодействие. При этом может быть как синергизм, так и антагонизм, что объясняется уменьшением числа рецепторов,

нарушением процессов всасывания в желудочно-кишечном тракте, изменением функции печени и др. В определенной мере они могут быть связаны с низкой физической активностью, меньшим потреблением воды, изменением характера питания, изменением гемодинамики, что предполагает изменение дозировки лекарств, в том числе и антигипертензивных. У пожилых людей сложнее прогнозировать ответ на медикаменты. Все это необходимо учитывать при разработке стратегии и тактики лечения пациентов пожилого и старческого возраста.

Предлагаемый нами алгоритм был апробирован в реальных условиях городской поликлиники. В исследовании продолжительностью 1,5 года участвовало 358 пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (гипертонической болезнью) I–II стадий и I–II степени. Использование алгоритма позволило повысить число пациентов с целевым АД с 13 до 44%.

Заключение

Предлагаемые нами алгоритмы помогут врачам первичного звена здравоохранения унифицировать процесс лечения АГ у пациентов пожилого и старческого возраста, сделать его индивидуальным с учетом особенностей каждого пациента. Кроме того, они в определенной мере упрощают процесс оказания медико-санитарной помощи этой категории граждан в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю. Н., Агеев Ф. Т., Фафонова Т. В. Амбулаторно-поликлиническое ведение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в свете нормативных документов // *Здравоохранение*. – 2004. – № 10. – С. 15–23.

2. Гуревич М. А. Артериальная гипертония у пожилых. Руководство для врачей. – Изд. 2-е, переработанное и дополненное. – М.: Универсум паблишинг, 2005. – 144 с.

3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) // *Кардиоваскул. терапия и профилактика*. – 2008. – № 4. Приложение № 7 (6). – 32 с.

4. Кардиология: национальное руководство / Под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1232 с.

5. Комисаренко И. А., Михеева О. М. Принципы терапии артериальной гипертонии у пациентов старших возрастных групп // *Consilium medicum*. – 2004. – Т. 6, № 12. – С. 880–888.

6. Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д. АРГУС. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 448 с.

7. Мычка В. Б., Чазова И. Е. Метаболический синдром: современные подходы к лечению // *Consilium medicum*. – 2006. – № 8 (9). – С. 1–7.

8. Небиеридзе Д. В., Оганов Р. Г. Метаболические и сосудистые эффекты антигипертензивной терапии. – М.: Универсум Паблишинг, 2005. – 104 с.

9. О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 января 2003 года № 4.

10. Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации (Постановление Правительства РФ от 17 июля 2001 года, № 540).

11. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // *Кардиоваскул. терапия и профилактика*. – 2004. – № 4. Приложение № 1. – 27 с.

12. Felmeden D Lip G., Beevers M., Beevers D. The placebo effect and white coat effect in isolated systolic hypertension and systolic diastolic hypertension // *Blood Press*. – 2000. – Vol. 9. – P. 335–339

Поступила 04.03.2009

О. Е. БУЙНОВА

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕНОШЕННОЙ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Кафедра акушерства и гинекологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1. Тел. 8 (861) 262-10-52*

Проба сердечно-дыхательного синхронизма позволяет на основании оценки регуляторно-адаптивного статуса провести дифференциальную диагностику переносимой и пролонгированной беременности.

Ключевые слова: сердечно-дыхательный синхронизм, переносимая, пролонгированная и доношенная беременность.

О. Е. БУЙНОВА

THE TEST OF THE REGULATORY ADAPTIVE STATUS FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSE PROLONGED PREGNANCY AND POST-TERM PREGNANCY

*Department of Gynecology Kuban state medical university,
Zipovskaj, 4/1, Krasnodar, Russia, 350072. Tel. 8 (861) 262-10-52*

The test of cardiorespiratory synchronism allows to differential diagnose the big term of pregnancy and prolonged pregnancy under the estimate of the regulatory adaptive status.

Key words: cardiorespiratory synchronism, prolonged pregnancy, post-term pregnancy.