

- ной болезни легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 47-48.
5. Терешина Е.В. Метаболические нарушения - основа зависимых от возраста заболеваний или старение организма? Состояние проблемы // Успехи геронтологии. – 2009. – Том 22, № 1. – С. 129-138.
6. Шабров А.В., Соколова Л.А. Метаболический синдром как ведущий фактор риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности // Профилактическая и клиническая медицина. – 2010. – № 3-4 (36-37). – С. 9-14.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Е.В. Кирсанкина, Ю.Ю. Кардаков

ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

E-mail авторов: kirsankina@list.ru

В настоящее время в нашей стране сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением численности и доли лиц пожилого и старческого возраста, которые страдают множественными хроническими заболеваниями [1]. Остеоартроз включает в себя гетерогенную группу заболеваний различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов суставов, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц. Риск утраты трудоспособности в связи с этим заболеванием так же велик, как при сердечно-сосудистой патологии, и выше, чем при любых других заболеваниях у лиц пожилого возраста.

Остеоартроз является самым распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата, а также одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности [3, 4]. Важнейший фактор риска развития остеоартроза – возраст. Имеются исследования, свидетельствующие о том, что признаки заболевания выявляются у 90% людей старше 50 лет. Остеоартроз в гериатрической практике часто сочетается с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в том числе с остеопорозом, а также с соматической патологией: артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, ожирением, сахарным диабетом, заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта [5]. Наибольшее внимание привлекает

распространенное сочетание остеоартроза с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что обусловлено как общими патогенетическими механизмами возникновения воспалительного процесса в перихондральных тканях и в эндотелиальной оболочке сосудов, так и ограничением физической активности, усугубляющим течение данной группы заболеваний. Кроме того, хронический болевой синдром у пациентов с заболеваниями суставов, вызывая нейроэндокринный ответ, нередко является причиной развития осложнений артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В настоящее время остеоартроз рассматривается как воспалительное заболевание – остеоартрит, и в его прогрессировании важная роль отводится гиперпродукции провоспалительных цитокинов. При этом первостепенное значение имеют процессы, опосредуемые фактором некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерлейкином-1. Известно, что ФНО- α имеет рецептор на хондроцитах, является активатором воспаления и тканевого повреждения при остеоартрозе, стимулирует синтез простагландинов, фактора активации тромбоцитов, супероксидных радикалов, металлопротеиназ, индуцирует синтез других провоспалительных цитокинов. ФНО- α стимулирует пролиферацию фибробластов и ингибирует синтез коллагена и протеогликанов [2, 3]. Медикаментозное лечение ОА направлено на купирование признаков воспаления и болевого синдрома, улучшение внутрикостного и регионарного кровотока, стимуляцию метаболических процессов в организме. Однако побочные эффекты лекарственных средств у пожилых пациентов в условиях полипрагмазии, в частности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), неэффективность в ряде случаев традиционно используемых препаратов при купировании воспаления, предотвращении рецидивов синовитов, замедлении прогрессирования ОА явились предпосылкой для разработки современных медицинских технологий лечения данного заболевания [4, 6].

Создан и успешно прошел клинические испытания препарат Артрофоон, который содержит сверхмалые дозы антител к ФНО- α , показавший эффективность при ряде заболеваний: остеоартрозе, а также ревматоидном и псориатическом артрите, хроническом гепатите, неспецифическом язвенном колите. Среди основных биологических эффектов Артрофоона описаны специфическое воздействие на ФНО- α , снижение уровня ФНО- α в биологических сре-

дах организма, регуляция баланса про- и противовоспалительных цитокинов, угнетение синтеза С-реактивного белка и других реактантов острой фазы, противовоспалительная и анальгетическая активность, уникальная безопасность. У больных остеоартрозом Артрофен в лечебной дозе 8 таблеток в сутки оказывает выраженное анальгетическое и противовоспалительное действие, которое превышает действие нестероидных противовоспалительных средств.

Терапевтический эффект поддерживающей дозы препарата по 2-4 таблетки в сутки сохранялся в течение двух лет при хорошей переносимости исследуемого препарата. Указанный препарат относится к разряду медленно действующих противовоспалительных средств с развитием эффекта в течение 1-3 месяца от начала его применения. Оптимальная доза Артрофена при остеоартрозе составляет 8 таблеток в сутки, поддерживающая – от 2 до 4 таблеток в сутки. Выраженных побочных эффектов Артрофена при длительном двухлетнем применении не выявлено, что свидетельствует о его безопасности и хорошей переносимости [1, 3, 4].

Таким образом, современная терапия остеоартроза у гериатрических больных с учетом полиморбидности и коморбидности должна быть комплексной, длительной и наиболее безопасной.

Литература:

1. Абрамушкина М.В., Болотнова Т.В. Структура сердечно-сосудистой патологии у долгожителей Тюменской области // Медицинская наука и образование Урала. – 2005. – № 5. – С. 46-47.
2. Алиханов Б.А. Опыт длительного применения сверхмалых доз антител к фактору некроза опухоли- α при остеоартрозе: эффективность и переносимость // Клиницист. – 2007. – № 4. – С. 62-67.
3. Насонова В.А., Насонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. – М., Литера, 2003.
4. Насонов Е.Л. Применение моноклональных антител к фактору некроза опухоли-альфа в ревматологии: новые факты и идеи // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 12.
5. Тицкая Е.В. Влияние интенсивной немедикаментозной терапии с использованием низкочастотного переменного магнитного поля на состояние микроциркуляторного русла больных остеоартрозом // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 1. – С. 16-17.
6. Шостак Н.А., Клименко А.А., Бабадаева Н.М., Павленко А.Ю. Остеоартроз (остеоартрит): новые технологии лечения // Consilium Medicum. – 2006. – Том 9, № 2. – С. 29-32.

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ж.В. Куимова, М.В. Филонова, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

По данным ВОЗ, одну треть всех причин смертности взрослого населения (15 миллионов смертей во всем мире) составляют сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), связанные с атеросклерозом. В течение последних 50 лет они удерживают первое место среди всех причин смертности. Существует несколько моделей оценки риска сердечно-сосудистых осложнений с фатальными и нефатальными исходами [2].

Определение суммарного сердечно - сосудистого риска позволяет наглядно демонстрировать пациенту преимущества профилактических мероприятий, что повышает мотивацию пациента к выполнению рекомендаций по здоровому образу жизни и лечению [4, 5].

Известно, что комплексные меры по изменению образа жизни способствуют снижению смертности от ССЗ на 40%, что сопоставимо с эффективностью медикаментозной терапии [6]. В последние годы стало очевидно, что эффективность лечебного вмешательства зависит не только от правильной и своевременной постановки диагноза и выбора оптимальной стратегии и тактики лечения, но и от точности соблюдения больным предписанного режима терапии, т.е. комплаентности пациента (его приверженность лечению) [1, 6].

Снижение приверженности к лечению не всегда выявляют своевременно. Добиться повышения приверженности лечению трудно, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [3, 6].

Цель исследования: оценить сформированность приверженности лечению у больных пожилого и старческого возраста и ее влияние на формирование сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы.

В 2012-2013 годах было проведено комплексное исследование 172 пациентов старше 60 лет. Исследование проводилось в терапевтических отделениях ГБУЗ ТО "Госпиталь для ветеранов войн" г. Тюмени. В качестве методов исследования использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы, анкетирование с помощью валидированного опросника Мориски-Грина (Morisky D.E. et al., 1986; Ageev