

фитосборе полифенольных соединений, витаминов, каротиноидов и других биологически активных веществ [1,6].

Таким образом, изучаемое фитосредство при экспериментальной этаноловой дислипидемии ингибирует процессы перекисидации и повышает эндогенные резервы

антиоксидантной защиты у крыс. Установленное свойство фитосбора позволяет полагать, что его применение может открыть новые возможности для эффективной комплексной профилактики и терапии нарушений липидного обмена, как ведущего фактора риска атеросклероза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азам Н., Горошко О.А., Пахомова В.П. Антиоксидантная активность лекарственных субстанций и биологически активных веществ // Традиционная медицина. – 2009. – №1. – С.35-38.
2. Банзаракшеев В.Г., Ажунова Т.А., Нагаслаева О.В. Фармакотерапевтическая эффективность многокомпонентного растительного средства при этаноловой дислипидемии // Сб. тез. VI Национального конгресса терапевтов. – М., 2011. – С.17.
3. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лабораторное дело. – 1983. – №3. – С.33-35.
4. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное состояние проблемы. Применение статинов (сообщение 14) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 77. №2. – С.101-106.
5. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. Методы определения активности каталазы // Лабораторное дело. – 1988. – №1. – С.16-19.
6. Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Антиоксиданты в комплексной терапии атеросклероза: pro et contra // Кардиология. – 2004. – №2. – С.72-81.
7. Мамедов М.Н., Деев А.Д. Оценка суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых лиц трудоспособного возраста // Кардиология. – 2008. – №10. – С.28-33.
8. Меньщикова Е.Б., Зенков Н.К., Бондарь И.А. Окислительный стресс: Патологические состояния и заболевания. – Новосибирск: Арта, 2008. – 284 с.
9. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №6. – С.7-14.
10. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М.: Медицина, 2005. – 832 с.
11. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. – М.: ГЭОТАР, 2001. – 256 с.
12. Темирбулатов Р.А., Селезнев Е.И. Метод повышения интенсивности свободнорадикального окисления липидсодержащих компонентов крови и его диагностическое значение // Лабораторное дело. – 1981. – №4. – С.209-211.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). – М.: Триада, 2009. – 896 с.
14. Чжуд-ши: канон тибетской медицины / Перевод с тибетского, предисловие, примечания, указатели Д.Б. Дашиева. – М.: Восточная литература РАН, 2001. – 766 с.

Информация об авторе: Банзаракшеев Виталий Гамбалович – старший научный сотрудник, к.м.н., 670047, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6, тел. (3012) 283926, e-mail: gambalovi4@mail.ru

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., БЕРКАСОВА Е.В., КУТЕПОВ А.В., СУДОВЫХ И.Е., КОРОБЕЙНИКОВ А.В., КОТЕЛЬНИКОВ А.И. – 2012
УДК 616.329-089.844-073.754

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЗОФАГОГASTРО- И ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

Юрий Владимирович Чикинев¹, Евгений Александрович Дробязгин^{1,2}, Инесса Викторовна Беркасова^{1,2},
Антон Вадимович Кутепов^{1,2}, Ирина Евгеньевна Судовых², Александр Владимирович Коробейников²,
Александр Иванович Котельников²

(¹Новосибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.О. Маринкин, кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Чикинев; ²Государственная Новосибирская областная клиническая больница, гл. врач – Е.А. Комаровский, отделение торакальной хирургии, зав. – А.В. Коробейников)

Резюме. Представлены результаты обследования 147 пациентов после эзофагопластики, выполненной при доброкачественных заболеваниях пищевода. Наибольшая частота и специфичность жалоб, выраженность эндоскопических и рентгенологических изменений отмечена у пациентов после эзофагопластики толстой кишкой (правой или левой ее половиной).

Ключевые слова: пластика пищевода, болезни искусственного пищевода.

COMPARTIVE CHARACTERISTICS OF GASTRO- AND COLOPLASTY IN DISEASES OF THE ESOPHAGUS

Yu. V. Chikinev¹, E. A. Drobjazgin^{1,2}, I. V. Bercasova^{1,2}, A. V. Kutepov^{1,2}, I. E. Sudovich²,
A. V. Korobeynikov², A. I. Kotelnikov²

(¹Novosibirsk State Medical University; ²Novosibirsk State Regional Clinical Hospital)

Summary. The results of the survey of 147 patients after esophagoplasty performed in benign diseases of the esophagus have been presented. The highest frequency and specificity of the complaints, the severity of endoscopic and radiographic abnormalities were observed in the patients after esophagoplasty of colon (its right or left part).

Key words: plasty of esophagus, diseases of artificial esophagus.

В настоящее время, несмотря на совершенствующиеся методы диагностики и лечения, среди доброкачественных поражений пищевода существуют состояния, которые требуют выполнения эзофагопластики. Это относится к таким заболеваниям, как стриктуры вследствие воздействия химических агентов на стенку пищевода (ожоги различными прижигающими жидкостями, гастроэзофагеальный рефлюкс), нервно-мышечные заболевания пищевода, гигантские доброкачественные опухоли пищевода [1-3,5,6,10,12,13].

Для создания искусственного пищевода может быть использована толстая и тонкая кишка, желудок (целый или желудочный стебель, сформированный по ходу его большой кривизны) [1,2,8-10]. Как правило, предпочтение отдается одному виду эзофагопластики. Причина этого кроется в опыте клиники, что не всегда обуславливает правильный выбор метода эзофагопластики.

Основная масса пациентов, которым выполняются данные вмешательства, как правило, является людьми трудоспособного возраста и большую продолжительность жизни, поэтому отдаленные результаты функционирования искусственного пищевода все чаще подвергаются изучению [4,11,14].

Все это требует более тщательный выбор способа операции и вида эзофагопластики, с учетом изучения функциональных особенностей трансплантата в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде [5,8,10,14].

Цель работы: оценка результатов эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода в сроки более 1 года после вмешательства.

Материалы и методы

За период с 1995 по 2010 год эзофагопластика при доброкачественных заболеваниях пищевода выполнена 157 пациентам (мужчин – 98 (62,42%), женщин – 59 (37,58%)). Возраст пациентов находился в диапазоне от 16 до 69 лет и в среднем составил $43,94 \pm 12,15$ лет. Все пациенты подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Показанием к выполнению пластики пищевода являлись:

- рубцовые послеожоговые сужения пищевода при отсутствии эффекта от бужирования пищевода, частых (чаще 4 раз в год) обращений в стационар в течение 1 года после ожога пищевода, неэффективности бужирования пищевода, невозможности проведения бужирования пищевода, перфорация пищевода при эндоскопическом лечении, настойчивое желание пациента (116 пациентов);
- осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: сужения пищевода, резистентные к эндоскопическому лечению, осложненные эрозивно-язвенным эзофагитом, резистентным к антирефлюксной терапии, и (или) в сочетании с пищеводом Барретта (9 пациентов);
- ахалазия пищевода IV стадии (по Б.В. Петровскому), III стадии при наличии дивертикула в нижней трети пищевода (32 пациента).

Давность заболевания при послеожоговом сужении пищевода – от 1 месяца до 31 года, причем пик пациентов приходился на первые 2 месяца, что объясняется началом развития рубцового процесса в пищеводе. Распределение пациентов по повреждающему пищевод агенту представлено следующим образом: щелочь – 62 (53,44%) случая, кислота – 44 (37,93%), яды и суррогаты алкоголя – 3 (2,58%), повреждающее вещество установлено не было – в 7 (6,03%) случаях.

Показаниями к оперативному у 32 пациентов с ахалазией пищевода являлись: первично диагностированная IV стадия заболевания у 23 (71,87%) пациентов, отсутствие эффекта от эндоскопического лечения с переходом в IV стадию – у 7 (21,87%), сочетание III стадии заболевания с дивертикулом нижней трети пищевода, осложненным дивертикулитом, – у 2 (6,25%) пациентов. На момент выполнения операции давность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.

Среди оперированных пациентов с рефлюкс-эзофагитом и

пептическими стриктурами у 4 имело место сочетание пептического сужения пищевода с пищеводом Барретта, подтвержденного при патоморфологическом исследовании биоптатов слизистой пищевода (метаплазия по кишечному типу).

Всем пациентам выполнены различные виды реконструктивных вмешательств: эктирпация пищевода с эзофагогастропластикой (79 пациентов), субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика (69 пациентов), эктирпация пищевода с пластикой толстой кишки (9 пациентов). При ахалазии пищевода (32) и пептическом сужении (9) выполнена эктирпация пищевода, эзофагогастропластика с изо-перистальтическим положением трансплантата.

Из 157 прооперированных пациентов в сроки от 1 месяца до 15 лет обследованы 140 (69 – после гастропластики; 71 – после колопластики левой половиной ободочной кишки).

Статистическая обработка материала проводилась непараметрическим методом с вычислением критерия χ^2 . В том случае, если частота хотя бы в одной ячейке таблицы ожидаемых частот была меньше или равна 5, то для сравнения частот качественного показателя в двух независимых группах использовали точный критерий Фишера (ТКФ). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Сравнительная характеристика жалоб, предъявляемых пациентами после эзофагопластики левой половиной толстой кишки и желудочной трубки, представлена в таблице 1.

При оценке клинического статуса в обеих группах пациентов в течение первых 6-12 месяцев зарегистрированы явления, объединенные нами в астенический синдром. Это общие неспецифические симптомы в виде слабости, утомляемости, снижения физической активности без существенных различий по частоте встречаемости ($\chi^2=0,12$, $p=0,7296$), степени выраженности и длительности проявлений в сравниваемых

Таблица 1

Основные жалобы пациентов после эзофагопластики

Жалобы	Желудочная трубка (n=69)	Толстая кишка (n=71)	Критерий	p
Дисфагия	23	21	$\chi^2=0,12$	0,7296
Демпинг-синдром	11	5	$\chi^2=2,18$	0,1401
Тяжесть в эпигастальной области	7	7	$\chi^2=0$	0,9594
Вздутие на шее	-	6	ТКФ	0,0196
Рефлюкс	9	10	$\chi^2=0,02$	0,8753
Боли в эпигастальной области	-	5	ТКФ	0,0371
Боли по ходу искусственного пищевода	-	5	ТКФ	0,0371
Гипотония трансплантата	3	34	$\chi^2=18,56$	0,00001
Регургитация	2	9	$\chi^2=3,96$	0,0466

группах. Данный синдром купировался самостоятельно или при проведении реабилитационных мероприятий в течение первого года после операции.

Дисфагия была примерно в одинаковом числе наблюдений как после гастропластики (21), так и после колопластики (23). Степень выраженности дисфагии не зависела от вида выполненной эзофагопластики. Рентгенологически нарушения собственно акта глотания зарегистрировано не было, но выявлен стеноз пищеводно-желудочного анастомоза. У 2 пациентов причиной дисфагии явилась патология глотки и пищевода выше сформированного анастомоза, не диагностированная до оперативного вмешательства.

Клинические проявления демпинг-синдрома зарегистрировали в 11 случаях (15,94%) после эзофагогастроластики и в 5 (8,7%) после эзофагоколопластики ($p>0,05$). Причиной демпинг-синдрома после эзофагогастроластики является выполняемая при формировании желудочного трансплантата пилоротомия. При рентгеноскопии искусственного пищевода у этих пациентов выявлена ускоренная эвакуация контрастного вещества в двенадцатиперстную или тощую кишку. Выраженность клинических проявлений варьировала от легкой до средней степени тяжести. Меньшее число пациентов с демпинг-синдромом после эзофагоколопластики и более легкая степень тяжести демпинг-синдрома может быть обусловлена ее анатомическими особенностями – характер рельефа и конфигурация трансплантата снижают скорость

поступления пищевого болюса в тонкую кишку.

Достаточно специфической жалобой у пациентов после эзофагоколопластики является «вздутие» на шее в области послеоперационного рубца. Это состояние было у 6 пациентов после эзофагоколопластики. У пациентов после эзофагогастропластики данного состояния не отмечено (ТКФ, $p=0,0196$). Данная ситуация связана с особенностью формирования проксимального соустья («конец-в-бок», либо «бок-в-бок»), чего не наблюдается у пациентов после эзофагогастропластики, поскольку анастомоз формируется по типу «конец-в-конец».

Боли по ходу искусственного пищевода имели место у 5 пациентов после эзофагоколопластики и отсутствовали у пациентов после пластики желудочной трубкой (ТКФ, $p=0,0371$). Причиной болевого синдрома, является воспаление слизистой искусственного пищевода (трансплантит), что подтверждено данными эндоскопического исследования, при котором обнаружена отечность, гиперемия слизистой, ее кровоточивость при контакте с аппаратом.

К клиническим нарушениям проходимости искусственного пищевода и эвакуации из него мы отнесли срыгивание пищей, боли в эпигастральной области и рефлюкс. Жалобы на срыгивание пищи предъявляло 2 пациента после пластики желудочной трубкой и 9 пациентов после эзофагоколопластики ($p=0,0466$). Боли в эпигастральной области отмечали 5 пациентов после эзофагоколопластики, чего не наблюдалось у пациентов после пластики желудочной трубкой ($p=0,0301$). Клинически отмечаемый рефлюкс отмечали 9 пациентов после пластики желудочной трубкой и 10 пациентов после пластики левой половиной ободочной кишки ($p>0,05$).

Гипотония искусственного пищевода выявлена у 34 пациентов после эзофагоколо- (47,88%) и 3 после эзофагогастропластики (4,34%) ($p<0,05$) в первые 6 месяцев после операции на основании жалоб на чувство тяжести за грудиной, ощущение замедленного прохождения пищи по пищеводу и отрыжку при отсутствии рентгенологических признаков деформаций и органических препятствий прохождению контрастного вещества по трансплантату.

Наиболее значимые рентгенологические изменения представлены в таблице 2.

Рентгенологические изменения искусственного пищевода

Рентгенологические изменения	Желудочная трубка (n=69)	Толстая кишка (n=71)	Критерий	p
Стеноз проксимального анастомоза	22	20	$\chi^2=0,12$	0,7249
Провисание	-	11	ТКФ	0,0009
Деформация	1	15	$\chi^2=10,75$	0,0010
Рефлюкс	3	20	$\chi^2=10,52$	0,0012

В обеих группах примерно в равном числе случаев (22 после гастропластики и 20 после колопластики) диагностирован стеноз проксимального соустья ($p>0,05$).

Обращает на себя внимание способность толстокишечного трансплантата к деформации: она зарегистрирована у 15 (21,12%) пациентов с давностью эзофагопластики более 3 лет. Только у 1 пациента после эзофагогастропластики выявлена незначительная деформация трансплантата в области прохождения его через диафрагму ($\chi^2=10,75$, $p=0,0010$). Во всех этих наблюдениях (21,12%) отмечалась S-образная деформация

толстокишечного трансплантата, расположенного в переднем средостении. У 11 (15,49%) пациентов имелось провисание дистального участка искусственного пищевода перед кологастроанастомозом с задержкой пищевых масс, маятникообразным движением контрастной взвеси над уровнем анастомоза, что отсутствовало у пациентов после гастропластики (ТКФ, $p=0,0009$). Кроме этого рефлюкс в искусственный пищевод чаще наблюдался у пациентов после эзофагоколопластики ($p=0,0012$).

Время продвижения контрастной взвеси по толстокишечному трансплантату после пластики правой половиной ободочной кишки с фрагментом подвздошной кишки или левой половиной всех наблюдениях было больше нормы клиренса естественного пищевода. Задержка контраста в толстокишечном трансплантате достигала 36 часов.

Основные эндоскопические изменения, выявленные у пациентов после эзофагопластики, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Эндоскопические изменения, выявляемые у пациентов после эзофагопластики

Эндоскопические изменения	Желудочная трубка (n=69)	Толстая кишка (n=71)	Критерий	p
Стеноз проксимального соустья	27	23	$\chi^2=0,33$	0,5671
Рефлюкс желчи	24	17	$\chi^2=1,09$	0,2973
Воспалительные изменения слизистой (трансплантит)	19	24	$\chi^2=0,34$	0,5583
Язва трансплантата	-	3	ТКФ	0,1358
Деформация трансплантата	1	13	$\chi^2=9,12$	0,0025
Гипотония трансплантата	-	31	ТКФ	0,00001

Статистически значимых различий между выявленным стенозом после пластики желудочной трубкой и толстой кишкой, наличием желчи в просвете трансплантата не выявлено. При эндоскопическом исследовании у 31 больного (43,66%) после шунтирующей эзофагоколопластики были выявлены признаки гипотонии толстокишечного трансплантата, чего не отмечено после пластики желудочной трубкой ($p=0,00001$).

Умеренно выраженная деформация трансплантата выявлена лишь в 1 наблюдении после эзофагогастропластики и в 13 наблюдениях после эзофагоколопластики ($p=0,0025$), что может быть связано с особенностями стенки желудка. Деформации подвержен кишечный трансплантат, проведенный за грудиной в случае шунтирующей эзофагопластики. При экстирпации пищевода и расположении трансплантата в заднем средостении выраженных нарушений формы искусственного пищевода и эвакуации пищевых масс в наших наблюдениях не отмечено.

Таким образом, большинство из обследуемых пациентов (139 из 140) после эзофагопластики вне зависимости от ее способа и вида трансплантата получили возможность перорального питания. Однако у ряда пациентов после эзофагогастропластики преимущественно в сроки до 2 лет после оперативного вмешательства выявлены случаи нарушения как общего состояния, так и функционирования трансплантата. У пациентов после эзофагоколопластики с течением времени после операции отмечается увеличение жалоб, связанных с нарушением функционирования искусственного пищевода, что подтверждается данными рентгенологического и эндоскопического исследований.

вопросы хирургической гастроэнтерологии». – Геленджик, 2008. – С.38.

4. Верещак Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения // Укр. мед. часопис. – 2008. – №4 (66). VII/VIII. – С.121-125.

5. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога // Вестник хирургии. – 2007. – Т. 166. №5. – С.36-38.

6. Жерлов Г.К., Белоус И.А., Жерлова Т.Г. Восстановление качества жизни больных с ахалазией IV стадии // Тезисы I съезда российского общества хирургов гастроэнтерологов

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш. и др. Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе при послеожоговых рубцовых стриктурах // Хирургия. – 2005. – №12. – С.40-43.

2. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С. Пептические стриктуры пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – №5. – С.35-44.

3. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г. и др. Эзофагогастропластика при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода, желудка // Тезисы I съезда российского общества хирургов гастроэнтерологов «Актуальные

«Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – Геленджик, 2008. – С.50.

7. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. – 2007. – №4. – С.62-65.

8. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С. и др. Пластика пищевода желудком у детей с рубцовыми стриктурами и ее клиническая оценка // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – №8. – С.55-65.

9. Чернявский А.А., Рыжов М.К. Выбор способа завершения изоперистальтической трубчатой эзофагопластики на основании интраоперационной оценки кровоснабжения желудочно-го трансплантата // Хирургия. – 2008. – №2. – С.26-32.

10. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин Д.А. Болезни искусственного пищевода. – М.: Видар, 2008. – 690 с.

11. Aghajanzadeh M., Safarpour F., Koohsari M.R., et al. Functional outcome of gastrointestinal tract and quality of life after esophageal reconstruction of esophagus cancer // Saudi J. Gastroenterol. – 2009. – №15(1). – P.24-28.

12. Chirica M., Veyrie N., Munoz-Bongrand N., et al. Late morbidity after colon interposition for corrosive esophageal injury: risk factors, management, and outcome. A 20-years experience // Ann. Surg. – 2010. – №252(2). – P.271-280.

13. Khan A.Z., Nikolopolous I., Botha A.J., Mason R.C. Substernal long segment left colon interposition for oesophageal replacement // Surgeon. – 2008. – №6(1). – P.54-56.

14. Knezević J.D., Radovanović N.S., Simić A.P., et al. Colon interposition in the treatment of esophageal caustic strictures: 40 years of experience // Dis. Esophagus. – 2007. – №20(6). – P. 530-534.

Информация об авторах: Чикинев Юрий Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой, e-mail: chikinev@inbox.ru, тел. (383) 346-30-66; Дробязгин Евгений Александрович – к.м.н., ассистент, эндоскопист, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru, тел. (383) 346-30-66, (383) 315-98-38; Беркасова Инесса Викторовна – к.м.н., ассистент, анестезиолог-реаниматолог, e-mail: ness-24@yandex.ru; Кутепов Антон Вадимович – к.м.н., ассистент, врач торакальный хирург, e-mail: ant-ku@cn.ru; Судовых Ирина Евгеньевна – к.м.н., врач-эндоскопист, e-mail: artz77@mail.ru; Коробейников Александр Владимирович – врач торакальный хирург, заведующий отделением; Котельников Александр Иванович – врач торакальный хирург.

ЛЕКЦИИ

© БАЛАБИНА Н.М. — 2012
УДК: 616.053.9:378

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА

Наталья Михайловна Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Анализ литературных источников показал, что для сохранения здоровья населения старшего возраста участковым терапевтам необходимо знать и учитывать анатомо-физиологические особенности организма пожилого пациента, с учетом которых назначать антибиотики и антигипертензивные препараты, что позволит значительно снизить риск нежелательных эффектов от лекарств.

Ключевые слова: пожилой пациент, лекарственная терапия, участковый терапевт.

THE PECULIARITIES OF MEDICINAL THERAPY OF ELDERLY PATIENT IN THE CONDITIONS OF THERAPEUTIC STATION

N.M. Balabina

(Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of references has shown, that for preservation of health of the population of advanced age it is necessary for local therapists to know and consider anatomy-physiological features of an organism of the elderly patient in view of which to appoint antibiotics and preparations decreasing blood pressure that will allow to lower risk of undesirable effects considerably.

Key words: elderly patient, medicinal therapy, divisional therapist.

Человечество стремительно стареет. По прогнозам ВОЗ, в ближайшее десятилетие число жителей Земли, которым исполнится более 60 лет, перевалит за миллиард [28,30,32]. Поэтому сохранение здоровья населения старшего возраста участковым терапевтом имеет огромное общественное и экономическое значение. От этого зависит степень участия пожилых людей в производственной и общественной полезной деятельности, расходы на здравоохранение и социальное обеспечение, а также затраты времени трудоспособных членов семьи на уход за больными и немощными [1,7,10]. Результаты исследований разных лет показывают, что существенное увеличение в структуре населения на терапевтических участках численности лиц пожилого возраста сопровождается закономерным увеличением заболеваемости в этой возрастной группе [2,25]. Лица пожилого возраста употребляют лекарств гораздо больше, чем молодые, так как имеют,

как правило, не одно хроническое заболевание и чаще нуждаются в медицинском обслуживании. Особенности фармакотерапии пожилых пациентов связаны с их возрастом, подбором препаратов и спецификой воздействия лекарственных средств (ЛС) на организм пожилого человека [18,35]. В случае, когда каждое из имеющихся заболеваний требует постоянной лекарственной терапии, в несколько раз возрастает риск развития неблагоприятных эффектов от принимаемых препаратов. Поэтому общие подходы к применению ЛС у пожилых неприменимы, так как в этой группе пациентов выше риск развития побочных реакций лекарственных препаратов [5,12,17]. На наш взгляд, это связано с различными причинами: одновременным употреблением нескольких ЛС пожилым пациентом, широкой распространенностью сосудистых, почечных и неврологических расстройств в этой возрастной группе, а также возрастными изменениями фар-