

Хроническая болезнь почек у пожилых

Нургазина Л.С., Омарова Г.С., Улыбышева О.Т., Сыздыкова У.Х., Асанова К.А., Ахупова Г.К.
Карагандинский государственный медицинский университет г. Караганды
КГКП «Поликлиника» №1, КГКП «Поликлиника» №2, КГКП «Поликлиника» №4

Хроническая болезнь почек у лиц пожилого возраста, несколько отличаются в формировании хронической почечной недостаточности у более молодых пациентов. Течение и исходы хронической болезни почек, а также факторы, их определяющие, у пожилых характеризуются определенными особенностями, без учета которых рассчитывать на увеличение продолжительности активной жизни этой категории больных, как правило, не приходится. По данным крупных регистров NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), распространенность стойкого снижения СКФ менее 60 мл/мин в общей популяции составляет 13%, что сопоставимо с частотой заболеваний, традиционно рассматриваемых как социально значимые, – бронхиальной астмой, ишемической болезни сердца и другими; при этом лишь около 1/4 лиц со сниженной СКФ информированы о наличии у них хронической болезни почек [Coresh J., 2005]. Данные, полученные в ходе популяционных исследований, свидетельствуют в пользу того, что хронические заболевания почек встречаются особенно часто именно у лиц старших возрастных групп [Coresh J., Li S., 2005]. Цель работы: изучение структуры хронических болезней почек у пожилых г. Караганды. Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты 60 диспансерных больных с заболеваниями почек поликлиник №1,3,4 г. Караганды в возрасте от 61 лет до 74 лет, из них женщины – 40 (66,6%), мужчины – 20 (33,4%). Одной из самых распространенных форм хронической прогрессирующей нефропатии у людей пожилого возраста является хронический пиелонефрит. Наблюдались гнойные формы этого заболевания: у мужчин частота их достигала 3,2%, у женщин – 2,1%. Фоном для развития хронического пиелонефрита нередко является обструкция мочевыводящих путей опухолью или нефро-

литом. Хронический пиелонефрит у людей пожилого возраста нередко не диагностировали или по крайней мере неадекватно оценивали его тяжесть, что обусловлено минимальной выраженностью, а, иногда, и отсутствием типичных клинических проявлений данного заболевания (лихорадка, боли в поясничной области) у этих больных. Еще одним вариантом хронических, преимущественно тубулоинтерстициальных нефропатий, наблюдающихся в возрасте старше 60 лет и не распознаваемых даже на этапе необратимого ухудшения функции почек, следует считать поражение почек, обусловленное злоупотреблением ненаркотическими анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Развитие анальгетической нефропатии связывали с длительным (не менее 1 года) приемом ненаркотических анальгетиков или НПВП и этот вид нефропатии встречался у 6,6% женщин и у 13,3% мужчин. Обязательный признак анальгетического поражения почек – артериальная гипертензия (у 83,3%), полиурия и никтурия, снижение относительной плотности мочи у 16,7%. Протеинурия не превышает 1 г/сут у 16,7%. Эритроцитурия; макрогематурия у 8,3%. При ультразвуковом исследовании выявлено волнистость контуров обеих почек и кальцинаты в них у 83,3%.

Выводы. Таким образом, поражение почечного тубулоинтерстиция, у пожилых часто отличается продолжительным бессимптомным течением, тем не менее могут обуславливать уязвимость почечной функции к повреждающим влияниям, в том числе ятрогенным. Вероятность необратимого ухудшения функции почек повышается еще в большей степени при усугублении гипоперфузии почечной ткани, например связанном с присоединением атеросклеротического стеноза почечных артерий.

Трудности в распознавании дизентерии у лиц пожилого и старческого возраста

Оспанова К.С., Алиханова К.А., Шуахбаев С.К., Кудабаяева У.М., Аймакаева Г.И.
Карагандинский государственный медицинский университет

Течение дизентерии у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется тяжелым затяжным течением, с выраженной общей интоксикацией и нарушениями водно-солевого обмена, сердечно-сосудистой деятельности, а также частыми осложнениями и высокой летальностью.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения острой дизентерии у лиц старшего возраста.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 162 истории болезней, лиц в возрасте от 64 до 77 лет и старше. Контрольную группу составили 150 больных в возрасте от 40 до 60 лет находившихся в одинаковых стационарных условиях в ОИБ г.Караганды.

Результаты: в обеих исследуемых группах наиболее характерными были выделены: симптом общей интоксикации и симптом поражения толстой кишки. Синдром общей интоксикацией характеризовался главным образом субъективными признаками, такими как озноб, жар, общее недомогание, разбитость, головная боль, снижение или полное отсутствие аппетита. Объективными признаками токсикоза были повышение температуры тела (лихорадка) и нарушение функции сердечно-сосудистой системы, изменение пульса, тонов сердца и снижение АД. Синдром

поражения толстой кишки (колитический синдром) проявлялся симптомами, патогенетически связанными между собой: периодическим спазмом, схваткообразными болями нижней части живота, ложными позывами и тенезмами, чувством жжения в области ануса, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся в течение нескольких минут и после нее, длительное ощущение неполного освобождения кишечника, кроме того, отмечались частый стул скудные испражнения с примесью слизи и крови, уплотненная и болезненная толстая кишка при пальпации.

В основном заболевание вызывалось шигеллами Флекснера 1а, 1в типами, и в некоторых случаях шигеллами Sonnae, когда у больных преобладали симптомы гастроэнтерита. Течение болезни было среднетяжелым и тяжелым. Острая дизентерия у лиц пожилого и старческого возраста отличалась более выраженной как общей, так и местной реакцией, частыми осложнениями, обострениями, прогрессированием сопутствующих заболеваний. При легких формах болезни у 20% больных отмечалось обострение возрастной патологии. В периоде реконвалесценции в 5% случаях отмечались недомогание, слабость, снижение аппетита. Летальность от дизентерии наблюдалась в 3-х случаях. Следует отметить, что у всех умерших был не-

благополученный преморбидный фон, на котором возникла дизентерия. Эти больные имели несколько сопутствующих заболеваний, которые прогрессировали в результате присоединения дизентерии. В свою очередь сама дизентерия протекала с резкой интоксикацией, тяжелым течением. Эти больные погибли первые 3-4 дня от начала болезни при явлениях тяжелейшего коллапса. Наиболее частыми осложнениями были пневмония (6 человек). У одного больного развился перитонит, вследствие микроперфорации, который был диагностирован поздно из-за стертости

клиники «Острого живота».

Таким образом, тяжелое течение у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено отягощенным преморбидным фоном, различными сопутствующими заболеваниями и системными расстройствами свойственными этому возрасту. Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что острая дизентерия у пожилых лиц имеет свои особенности – тяжелое и длительное течение и часто сочетается с другими сопутствующими заболеваниями, что значительно затрудняет распознавание болезни в ранние сроки.

Изменение вариабельности ритма сердца у больных артериальной гипертензией с повышенной сосудистой жесткостью

Конысбекова А.У., Джунусбекова Г.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Цель исследования: изучить состояние активности вегетативной нервной системы на основе изменений вариабельности ритма сердца у больных АГ с повышенной артериальной жесткостью.

Материал и методы: обследовано 54 больных АГ I-III степени, высокого риска (22 мужчин/32 женщин, средний возраст $52,3 \pm 2,7$ лет, средняя продолжительность заболевания АГ $14,7 \pm 2,4$ года). Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) и сосудистой жесткости проводили на аппаратно-программном комплексе «Поли-Спектр-12» («Нейрософт», Россия). Запись ВРС проводили в покое и после проведения ортостатической пробы. Артериальную жесткость определяли по показателю скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в сосудах преимущественно эластического типа. Повышенную артериальную жесткость устанавливали по показателю СРПВ, превышающему 12 м/с. Исследования проводили после двухнедельного «отмывочного периода».

Результаты. При анализе спектральных показателей

ВРС у больных АГ с повышенной артериальной жесткостью выявлено достоверное снижение общей мощности спектра на фоне преобладания низкочастотных и очень низкочастотных компонентов, что свидетельствует о повышенной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Также в данной группе больных установлено соответствующее увеличение индекса симпатовагального взаимодействия, подтверждающего наличие вегетативного дисбаланса. На фоне проведения ортостатической пробы наблюдалось значимое снижение симпатовагального индекса на фоне отсутствия изменений симпатических составляющих, что указывает на дезадаптивные нарушения вегетативной нервной системы у данной категории больных АГ.

Выводы. У больных АГ с повышенной артериальной жесткостью наблюдаются изменения вегетативной регуляции с повышением симпатической активности вегетативной нервной системы и нарушением адаптивных реакций.

Металлопротеиназная активность у больных артериальной гипертензией с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких

Ибакова Ж.О.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Цель исследования: оценить уровень показателей металлопротеиназной активности у больных артериальной гипертензией (АГ) с сопутствующей хронической болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы: Обследовано 96 пациентов с АГ I-III степени, 2-3 факторами риска, из них у 64 больных отмечено сочетание АГ с ХОБЛ (3 группа), у остальных 32 пациентов бронхолегочная патология отсутствовала (2 группа). В качестве контрольной группы обследовано 17 здоровых лиц без сердечно-сосудистых заболеваний и ХОБЛ (1 группа). Наличие ХОБЛ устанавливали по критериям GOLD (2006 г.). Сывороточный уровень матриксной металлопротеиназы-3 (MMP-3) и ее ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 (IMMP-1) определяли иммуноферментным методом коммерческими наборами фирмы «Biosource».

Результаты: Средние значения MMP-3 составили в группе контроля $9,47 \pm 1,79$ нг/мл, во второй группе – $5,46 \pm 1,17$ нг/мл и в третьей группе – $4,3 \pm 0,29$ нг/мл. Проведение однофакторного дисперсионного анализа показало значимое межгрупповое различие – $F=7,41$; $p=0,001$. Парное сравнение указанных групп выявило различие по уровню MMP-3 больных с изолированной АГ, а также больных АГ в сочетании с ХОБЛ, со здоровыми лицами. Значимого раз-

личия между группами больных АГ найдено не было.

Средние значения IMMP-1 составили в группе контроля $583,3 \pm 9,68$, во второй группе – $767,3 \pm 7,56$ и в третьей группе – $892,73 \pm 5,55$ нг/мл. Проведение однофакторного дисперсионного анализа показало значимое межгрупповое различие – $F=468,7$; $p<0,0001$. Парное сравнение указанных групп выявило различие по уровню IMMP-3 больных с изолированной АГ и в сочетании с ХОБЛ со здоровыми лицами. Кроме того, найдено достоверное преобладание уровня IMMP-1 в сыворотке крови у больных АГ с сопутствующей ХОБЛ по сравнению с пациентами с изолированной АГ.

Средние значения соотношения MMP-3/IMMP-1 составили в группе контроля $0,021 \pm 0,008$, во второй группе – $0,007 \pm 0,001$ и в третьей группе – $0,005 \pm 0,0004$. Проведение однофакторного дисперсионного анализа показало значимое межгрупповое различие – $F=4,54$; $p=0,015$. Парное сравнение указанных групп выявило различие по уровню MMP-3 больных АГ в сочетании с ХОБЛ со здоровыми лицами. Значимого различия между группами больных АГ, а также между больными с изолированной АГ и контролем, найдено не было.

Проведение корреляционного анализа между показателями металлопротеиназной активности и параме-