

трами функции внешнего дыхания, СМАД, структурно-функциональными показателями сердца, сосудов и почек в группе здоровых лиц не выявило значимых корреляционных зависимостей. В группе больных с изолированной АГ корреляционные взаимосвязи металлопротеиназной активности и параметров функции внешнего дыхания, гипертонического органного поражения были немногочисленны. При этом следует отметить значительное увеличение числа значимых взаимосвязей между показателями металлопротеиназной активности и параметрами функции

внешнего дыхания, СМАД, структурно-функциональными показателями сердца, сосудов и почек в случае сочетания АГ и ХОБЛ, вероятно вследствие увеличения фиброзных процессов, т.е. содержания коллагена в легочной ткани, миокарде, сосудистой стенке, почечной ткани.

Выводы: полученные результаты отражают возможность использования показателей металлопротеиназной активности в качестве предиктора выраженности тканевого фиброза органов-мишеней у больных АГ с сопутствующей ХОБЛ.

Эффективность лечения туберкулеза легких у лиц пожилого возраста

Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш.

Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы

Общеизвестно, что туберкулезом легких зачастую заболевают лица молодого трудоспособного возраста. Однако, в последние годы отмечается рост туберкулеза у пожилых.

Целью исследования было изучение эффективности лечения больных туберкулезом легких пожилого возраста. В связи с этим, нами на базе терапевтической клиники Национального центра проблем туберкулеза за 5 лет (2005–2009 гг) пролечено 65 больных туберкулезом легких пожилого возраста. Из них мужчин было – 29 (44,6%), женщин – 36 (55,4%). По возрасту пожилые лица распределились следующим образом: в возрасте 65–70 лет – 36 (55,4%) больных, в возрасте 70–80 лет – 23 (35,4%), в возрасте 80–85 лет –

6 (9,2%). По клиническим формам туберкулеза легких распределение было следующим: инфильтративный туберкулез диагностирован у 50 (76,9%) человек, фиброзно-кавернозный – у 6 (9,2%), диссеминированный – у 4 (6,2%), казеозная пневмония – у 4 (6,2%), туберкулезный менингоэнцефалит – у 1 (1,5%). У 15 (23,1%) больных выявлены запущенные формы туберкулеза. Все пациенты выявлены по обращаемости по поводу обострения сопутствующей патологии. Так, сахарный диабет был в 43 (66,2%) случаях, ХОБЛ – в 36 (55,4%), гипертоническая болезнь – в 35 (53,8%), ИБС и миокардиодистрофия – в 19 (29,2%), с-ч легких – в 8 (12,3%), хронический гастрит – в 4 (6,2%), хронический гепатит – в 2 (3,1%). У 25 (38,5%) больных отмечено сочетание сопутствующих заболеваний – так в 10 (15,4%) случаях диагностировано сочетание сахарного диабета (СД) и ХОБЛ, у 7 (10,8%) – ХОБЛ+ИБС, у 5 (7,8%) – СД+ГБ (гипертоническая болезнь), у 3 (4,6%) – ИБС+ГБ+ХОБЛ. Осложненное течение специфического процесса с развитием дыхательной и легочно-сердечной недостаточности отмечено в 7 (10,8%) случаях. Из поступивших больных 6 (9,2%) умерли, причиной смерти были прогрессирующая

легочно-сердечная недостаточность – «легочное сердце» (3 больных), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1), дыхательная недостаточность (1), отек и набухание головного мозга (1). Эти пациенты в анализе эффективности лечения не вошли.

Лечение по режиму I категории назначено 61 больному, по II-ой – 4-м. Следует отметить, что назначение противотуберкулезных препаратов (ПТП) проводилось по стандартной схеме с соблюдением дозировок, но путь их введения с учетом профилактики возникновения побочных реакций был парентеральным (рифампицин – внутривенно капельно или ректально, изониазид и стрептомицин – внутримышечно). Таблетированные формы препаратов (пиразинамид и этамбутол) давались дробно в 2 или 3 приема. Кроме того, ряду больных назначались КПФД (комбинированные препараты с фиксированными дозами), содержащих в 1 таблетке сразу 4 препарата (изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол). Наряду с химиотерапией назначались патогенетические и симптоматические средства с учетом рекомендаций консультантов по сопутствующим заболеваниям.

Все больные при поступлении были бактериовыделителями. Лекарственная резистентность отмечена у 5 ТБ ЛУ не было. Конверсия мазка к окончанию интенсивной фазы отмечена в 100 % случаев, ко 2-му месяцу – в 96,6%. Закрывание полости не произошло ни в одном случае. Однако, рентгенологически констатировано рассасывание инфильтрации и уплотнение очагов.

Таким образом, эффективность лечения больных может быть высокой при соблюдении ряда правил их ведения: 1. назначение ПТП парентерально, дробно и в КПФД; 2. консультация специалиста по сопутствующей патологии и назначение симптоматических средств для стабилизации последней.

Лечение изолированной систолической артериальной гипертензии у больных пожилого возраста

Турланов К.М., Бедельбаева Г.Г., Мухамбетьярова С.А., Воднев В.П.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: сравнительная эффективность медикаментозной терапии при изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) у пожилых больных.

Материал и методы исследования: В исследование было отобрано 128 пациентов с ИСАГ 1 степени (согласно Рекомендациям по артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов 2007 г.), в том числе 47,2 % мужчин и 52,8 % женщин. Средний возраст больных составил (67,0 ± 5,8) года. Все пациенты имели нормальный вес, индекс массы тела (ИМТ) составил (22,2 ± 2,3) кг/м². Пациентам выполняли

общеклиническое обследование, включавшее измерение артериального давления (АД). После подписания информированного согласия, методом рандомизации в соответствии с протоколом, пациентов распределили на группы: 1-я группа – 72 больных, которые принимали амлодипин, 2-я – 66 (эналаприл). По клиническим характеристикам, характеру сопутствующих и перенесенных заболеваний. Амлодипин назначался в таблетированной форме в суточной дозе 5 мг однократно утром, эналаприл – 10 мг однократно утром (независимо от приема пищи). Продолжительность исследования составила три месяца. Статистическая

обработка проводилась с помощью статистических программ STATISTICA 6.0 и MS EXCEL 2003. Использовали стандартные методы описательной статистики, а также критерии значимости. Статистически достоверными считали различия при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования: Одним из критериев эффективности терапии была динамика уровня систолического АД (САД). Исходно уровень САД составил $(151,2 \pm 5,7)$ мм рт. ст. в группе амлодипина и $(152,6 \pm 6,1)$ мм рт. ст. в группе эналаприла. САД снизилось через один месяц терапии в обеих группах: было больше в группе амлодипина, чем в группе эналаприла ($13,2\%$ против $11,9\%$, $p = 0,06$). Полученное через один месяц большее снижение САД в группе амлодипина, по сравнению с группой эналаприла, было статистически незначимым ($p > 0,05$). У $25,6\%$ пациентов в группе эналаприла и у $43,5\%$ пациентов в группе амлодипина было достигнуто снижение САД ниже 140 мм рт. ст. ($p = 0,04$). У $74,4\%$ пациентов в группе эналаприла и у $56,5\%$ пациентов в группе амлодипина через две недели от начала терапии доза препаратов была удвоена.

К концу третьего месяца терапии уменьшение САД стало статистически значимым в сравнении с исходным значением в обеих группах, но достоверных различий между группами не отмечалось. Снижение САД в группе амлодипина было больше, чем в группе эналаприла ($18,5$

% против $17,5\%$, $p = 0,06$). К концу третьего месяца монотерапия была эффективна в обеих группах.

К концу первого месяца терапии амлодипином САД снизилось до $(132,1 \pm 10,0)$ мм рт. ст. (на $19,1$ мм рт. ст., $p > 0,05$) и достигло целевого уровня на первоначальной дозировке препарата у $43,5\%$ пациентов. После третьего месяца САД снизилось до $(124,2 \pm 8,5)$ мм рт. ст. (на $27,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$). В группе эналаприла через один месяц САД снизилось до $(133,1 \pm 11,3)$ мм рт. ст. (на $18,1$ мм рт. ст., $p > 0,05$) и достигло целевого уровня на первоначальной дозировке препарата у $25,6\%$ пациентов. После третьего месяца САД в положении сидя снизилось до $(125,7 \pm 8,9)$ мм рт. ст. (на $26,8$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Итак, к концу первого месяца лечения первоначальными дозировками препаратов целевого уровня САД достигли в группе амлодипина $43,5\%$ пациентов, в группе эналаприла $25,6\%$ пациентов ($p = 0,04$). Достичь целевого уровня офисного САД к концу третьего месяца в положении сидя и стоя удалось у всех пациентов.

Выводы: Монотерапия пациентов пожилого возраста с систолической артериальной гипертензией 1 степени эналаприлом или амлодипином статистически значимо снижает уровни систолического артериального давления через три месяца.

Клинико-диагностические критерии язвенной болезни желудка при артериальной гипертензии у пожилых

*Турланов К.М., Биназаров Н.Д.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

Цель работы: разработка новых диагностических критериев язвенной болезни желудка (ЯБЖ) при артериальной гипертензии (АГ) у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы исследования: Контингент обследованных составили 167 больных ЯБЖ на фоне АГ. Средний возраст $71,83 \pm 0,87$ года. Диагностика ЯБЖ базировалась на классических критериях [Василенко В.Х. и др., 1987; Ивашкин В.Т. и др., 2001] и осуществлялась с учетом клинико-эндоскопических данных. При характеристике клинической картины заболевания анализировали все симптомы – гастралгию, диспепсию. Статистическая обработка проводилась с помощью статистических программ STATISTICA 6.0 и MS EXCEL 2003. Использовали стандартные методы описательной статистики, а также критерии значимости. Статистически достоверными считали различия при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования: При анализе анамнестических данных пожилых пациентов ЯБЖ при АГ установлено, что у $59,2\%$ из них заболевание возникло впервые в молодом и среднем возрасте и сохранило периодичность чередования обострений и ремиссии, а у $40,8\%$ впервые возникло в пожилом возрасте. В целях анализа особенностей развития и течения ЯБЖ при АГ в пожилом возрасте пациенты были разделены на группы согласно срокам развития заболевания: впервые возникшее до 60 лет и возникшее после 60 лет («поздняя» ЯБЖ). Клиническая картина обострения ЯБЖ при АГ у пожилых отличается от таковой у больных среднего возраста и характеризуется слабо выраженным болевым синдромом ($56,8$ и $85,7\%$ случаев соответственно) и проявлением язвенной диспепсии (80 и $54,8\%$ случаев соответственно). Клинические проявления ЯБЖ у пожилых не имеют взаимосвязи с выраженностью макроскопических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ). Проведенный анализ клинико-эндоскопических характеристик ЯБЖ позволил выделить особенности развития и течения заболевания у лиц пожилого возраста, определяемые давностью заболевания. При развитии

впервые в молодом или среднем возрасте ЯБЖ протекает более благоприятно. У пожилых пациентов ЯБЖ с длительным анамнезом по течению и эндоскопическим характеристикам пептического дефекта существенно не отличается от хронической язвы у лиц среднего возраста: имеет четко выраженную сезонность обострений, рецидивирует один раз в 2 года и реже ($64,9\%$), характеризуется преимущественно единичным пептическим дефектом СОЖ ($82,4\%$), имеющим средний ($68,9\%$) или малый ($18,9\%$) размер. ЯБЖ при АГ, впервые возникшая в пожилом возрасте («поздняя» ЯБЖ), имеет более тяжелые клинико-эндоскопические проявления, в отличие от хронической язвы с длительным анамнезом, чаще рецидивирует (ежегодно $41,2\%$ случаев); весенне-осенняя сезонность обострений наблюдается в $43,1\%$ случаев, характеризуется язвенными дефектами среднего ($66,7\%$) или большого размера ($23,5\%$), имеющими у $29,4\%$ больных множественный характер.

Выводы: Симптомы ЯБЖ при АГ у пожилых отличаются от ЯБЖ в группе пациентов среднего возраста; гастралгия встречается в $56,8\%$ случаев, преобладает язвенная диспепсия, регистрируемая у 80% больных. Клиническая картина заболевания не отражает тяжести структурных поражений СОЖ. У больных пожилого возраста выделены особенности ЯБЖ, определяемые давностью заболевания: ЯБ, впервые возникшая в молодом или среднем возрасте, протекает более благоприятно: имеет четко выраженную сезонность обострений, рецидивирует один раз в 2 года и реже ($64,9\%$), характеризуется преимущественно единичным пептическим дефектом СОЖ ($82,4\%$), имеющим средний ($68,9\%$) или малый ($18,9\%$) размер; ЯБ, впервые возникшая в пожилом возрасте («поздняя» язвенная болезнь), имеет более тяжелые клинико-эндоскопические проявления: характеризуется частыми рецидивами (ежегодно – $41,2\%$ случаев), язвенными дефектами среднего ($66,7\%$) или большого ($23,5\%$) размера, имеющими у $29,4\%$ больных множественный характер.