

минурия является ранним признаком поражения почек при АГ, диабетической нефропатии, отражает начальные стадии патологии сосудов (эндотелиальной дисфункции, атеросклероза) и неизменно коррелирует с увеличением ССЗ и смертности [18]. Даже небольшие уровни протеинурии четко ассоциируются со значительным возрастанием риска сердечно-сосудистых событий [15], в том числе и сердечно-сосудистой смертности [14].

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что наличие нефротической протеинурии на ранних стадиях хронического гломерулонефрита ассоциируется с атерогенной дислипидемией, гиперфибриногемией и снижением показателей красной крови. Сочетание данных сдвигов с протеинурией способствует увеличению индексированной массы миокарда левого желудочка. В этой связи становится очевидной необходимость разработки методов и коррекции протеинурии на ранних стадиях хронического гломерулонефрита. Одним из позитивных моментов создания концепции ХБП является возможность стратификации риска прогрессирования ХПН и других осложнений, в т. ч. ССО, в зависимости от функционального состояния почек. В свете рено-кардиальных взаимодействий у пациентов с ХБП факторы возникновения ССО и прогрессирования ХПН во многом совпадают, и среди них немаловажное значение отводится протеинурии.

Литература

1. Колина И. Б. *MateriaMedica* / И.Б. Колина, Е.В. Ставровская, Е.М. Шилов. -2003.-37.- (1): 31.
2. Муркмилов И.Т. Показатели красной крови у больных с хроническим гломерулонефритом в условиях низкогогорья Кыргызстана / И.Т. Муркмилов, Р.Р. Калиев // Наука и новые технологии. -2010.- №5.-81-82.
3. Муркмилов И.Т. Erythrocytes indexes of patients with chronic glomerulonephritis in conditions of low-hill terrain of Kyrgyzstan / I.T. Murkamilov, R.R. Kaliev // Science and new technology. -2010.- №5.-81-82.
3. Мовчан Е.А. Дисфункция эндотелия и тромбоцитов при хронической болезни почек: новый взгляд на старую проблему нарушений в системе гемостаза у больных гломерулонефритом / Е.А. Мовчан // Бюллетень сибирской медицины. -2008.- Приложение 2.- 88-96.
4. Мухин Н.А. Дисфункция эндотелия и тромбоцитов при хронической болезни почек: новый взгляд на старую проблему нарушений в системе гемостаза у больных гломерулонефритом / Е.А. Мовчан // Бюллетень сибирской медицины. -2008.- Приложение 2.- 88-96.
4. Мухин Н.А. Индуцируемые протеинурией механизмы ремоделирования тубулоинтерстиция и возможности нефропротекции при гломерулонефрите / Н.А. Мухин, Л.В. Козловская, И.Н. Бобкова // Вестник РАМН. -2005.- №1.-3-8.
5. Попов С.И. Структурно-функциональное состояние сердца и коронарный кровоток у больных с сахарным диабетом 2 типа с нефропатией / С.И. Попов, О.А. Нагибович, С.Б. Шустов // Нефрология. -2011.-15.-1; 48 – 53.
5. Попов С.И. Структурно-функциональное состояние сердца и коронарный кровоток у больных с сахарным диабетом 2 типа с нефропатией / С.И. Попов, О.А. Нагибович, С.Б. Шустов // Нефрология. -2011.-15.-1; 48 – 53.
6. Семидоцкая Ж.Д. К вопросу о факторах прогрессирования хронической почечной недостаточности / Ж.Д. Семидоцкая, Т.С. Оспанова, И.А. Чернякова // Нефрология и диализ. -2005.- Т 7.- (№3):387.
6. Семидоцкая Ж.Д. К вопросу о факторах прогрессирования хронической почечной недостаточности / Ж.Д. Семидоцкая, Т.С. Оспанова, И.А. Чернякова // Нефрология и диализ. -2005.- Т 7.- (№3):387.
7. Волгина Г.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической почечной недостаточностью / Г.В. Волгина, Ю.В. Перепечных, Б.Т. Бикбов и др. // Нефрология и диализ. -2000.-2.- № 4.-252-259.
7. Волгина Г.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической почечной недостаточностью / Г.В. Волгина, Ю.В. Перепечных, Б.Т. Бикбов и др. // Нефрология и диализ. -2000.-2.- № 4.-252-259.
8. Шилов Е.М. Хроническая болезнь почек. Терапевтический архив / Е.М. Шилов, В.В. Фомин, Ю.М. Швецов. -2007.- №6.-75-78.
8. Шилов Е.М. Хроническая болезнь почек. Терапевтический архив / Е.М. Шилов, В.В. Фомин, Ю.М. Шветсов. -2007.- №6.-75-78.
9. Albuminuria and cardiovascular risk in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy: the LIFE study / K. Wachtell, H. Ibsen, M.H. Olsen. [et. al.] // Ann. Intern. Med. -2003.- 139:901-6.
10. Brenner B.M. The hyperfiltration theory: A paradigm shift in nephrology / B.M. Brenner, E.V. Lawler, H.S. Mackenzie // Kidney Int. - 1996. - Vol.49. - 1774 – 1777.
11. Epidemiology of hemoglobin levels in patients with type 2 diabetes / M.C. Thomas, C. Tsalamandris, R.J. MacIsaac. [et. al.] // Am. J. Kidney Dis. - 2006. - Vol. 48. - P. 537-545.
12. Garg J. Microalbuminuria: marker of vascular dysfunction, risk factor for cardiovascular disease / J. Garg, G. Bakris // Vasc Med. - 2002. - N 7. - P. 35-43
13. Yusuf S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, risk factors and impact urbanization / S. Yusuf, S. Reddy, S. Ounpuu, S. Anand // Circulation. -2001.-104.-2746-2653.
14. Microalbuminuria is common, also in a nondiabetic, nonhypertensive population, and an independent indicator of cardiovascular risk factors and cardiovascular morbidity / H.L. Hillege, W.M. Janssen, A.A. Bak. [et. al.] // J Intern Med. -2001.- 249.- (6): 519-26.
15. Microalbuminuria and all-cause mortality in 2,089 apparently healthy individuals: a 4.4-year follow-up study. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT), Norway / S. Romundstad, J. Holmen, K. Kvenild [et. al.] // Am. J. Kidney Dis. -2003.-42 (3).- 466-73.
16. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Anemia of Chronic Kidney 11. Disease: update. Am. J. Kidney Dis. -2001.-37 (suppl. 1): 182-238.
17. Portoles Perez J. Cardiorenal syndrome / Perez J. Portoles, Cuevas, X. Bou // Nefrologia. -2008.- 28; [Suppl 3]: 29-32.
18. Rabelink T.J. Cardiovascular risk in patients with renal disease: treating the risk or treating the risk factor? Nephrol Dial Transplant / T.J. Rabelink // 2004.-19: 23-26
19. Revised European Best Practice Guidelines for the Management of anemia 3. in Patients with Chronic Renal Failure. Nephrol. Dial. Transplant. -2004.-19 [Suppl. 2]: ii2-ii45.
20. Stantartization of M-mode echocardiographic left ventricular anatomic measurement / R.B. Devereux, E.M. Lutas, P.M. Casale. [et. al.] // J. Am. Coll. Cardiol. -1984.-4: 1222-1230.
21. Orbador G.T. Trends in anemia at initiator of dialysis in the United States / G.T. Orbador, T. Roberts, W.L. St. Peter [et. al.] // J. Kidney Int. -2001.-60.- 1875-1884.
22. Volpe M. Microalbuminuria Screening in Patients With Hypertension: Recommendations for Clinical Practice / Volpe M. // Int. J. Clin. Pract. -2008.- 62 (1): 97-108.
23. Тареева И. Е. Нефрология: рук-во для врачей / И.Е. Тареева // М.: Медицина, 2000. - 688 с.

Ю.С. Грищенко, И.И. Дудин

ТЕРАПИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЭТАПЕ

УДК 616.895.4 : 616.831-005.1-08

ГРИЩЕНКО Юлия Сергеевна – ассистент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Амурская ГМА», 89098122510@mail.ru; **ДУДИН Иван Иванович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой Амурской ГМА.

Депрессия, развившаяся после перенесенного инсульта, препятствует реабилитации пациентов и значительно снижает качество жизни. Обследованы пациенты с постинсультной депрессией через 1-12 месяцев после перенесенного ишемического инсульта. Больные на протяжении 6 недель получали антидепрессант флувоксамин. Проведены неврологическое, психологическое и психометрическое исследования в динамике. Установлено, что препарат эффективен как для лечения депрессии, так и тревоги у больных, перенесших ишемический инсульт, а также способствует повышению качества жизни этих больных.

Ключевые слова: ишемический инсульт, постинсультная депрессия, тревога, антидепрессанты, качество жизни, флувоксамин.

Depression prevents the rehabilitation of patients and also is connected with the low quality of life. We examined 30 patients with post-stroke depression in 1-12 months of the ischemic stroke. Patients took antidepressant fluvoxamine for 6 weeks. Neurological, psychopathological and psychometric investigations in dynamics were carried out. It is established that the preparation is efficient both for treatment of depression and anxiety of patients who had ischemic stroke as well as it facilitates the rise of quality of life of these patients.

Keywords: ischemic stroke, post-stroke depression, anxiety, antidepressants, quality of life.

Депрессия как осложнение острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) была описана ещё в 1843 г. [14]. Рост заболеваемости инсультом повысил интерес к проблеме постинсультной депрессии (ПД), распространённость которой, по разным данным, колеблется от 30 до 60% случаев [2- 5, 8,9].

У большинства больных, перенесших ОНМК, снижается уровень их бытовой и социальной активности и в целом качество жизни (КЖ) по сравнению с прединсультным периодом [3, 5-7, 13].

Как отмечают исследователи, даже несмотря на хорошее восстановление функций повседневной жизненной активности (ADL) и возвращение к работе, у 83% больных КЖ не достигает доинсультного уровня [3, 6, 12]. Одной из причин этого является присоединение ПД, которая затрудняет участие пациентов в реабилитационных мероприятиях, существенно снижает их эффективность и в конечном счёте способствует утяжелению инвалидизации [3, 6, 7, 9].

Препаратами выбора для лечения ПД являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [1, 4, 7, 9, 11]. Так, согласно исследованиям А.Б. Гехта и соавторов, в лечении ПД хорошо зарекомендовал себя препарат из группы СИОЗС – циталопрам [4]. Также имеются упоминания о возможной эффективности в лечении ПД другого препарата из группы СИОЗС – флувоксамина. Флувоксамин обладает слабо выраженным седативным эффектом, поэтому может влиять на тревожные состояния, корректировать нарушения сна, не вызывая выраженной заторможенности [8, 11]. Побочные холинолитические, седативные эффекты, как правило, слабо выражены и имеют преходящий характер, что

позволяет применять флувоксамин при сопутствующих соматических заболеваниях у лиц пожилого возраста, у работающих пациентов [1, 9, 11].

Изложенное выше явилось основанием для изучения возможности применения флувоксамина у больных с ПД.

Цель исследования: оценка влияния антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – флувоксамина на течение депрессии у пациентов, перенесших ОНМК.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 пациентов с ПД на протяжении от 1 до 12 месяцев после перенесённого ишемического инсульта – 18 мужчин (60%) и 12 женщин (40%), возраст от 41 до 61 года (средний возраст 55,1±1,27 года). Длительность депрессивных расстройств составляла от 1 до 11 месяцев. Диагноз ОНМК был установлен на основании анамнеза, клинических показателей, наличия очагового неврологического дефицита и данных компьютерной томографии (рентгеновской и магнитно-резонансной). Клиническая оценка неврологического статуса дополнялась балльной оценкой неврологического дефицита по шкале Линдмарк. Интегральная оценка состояния здорового человека по этой шкале составляет 487 баллов. По данным Гехта и соавторов, для тяжёлого инсульта в восстановительном периоде характерными являются показатели менее 345 баллов, инсульта средней тяжести – 345-404 балла, инсульта с ограниченными последствиями – 404 балла и выше [4].

Диагностика ПД проводилась согласно критериям МКБ-10 [10]. Больные в течение 6 недель получали помимо традиционной ангиопротекторной, ноотропной и гипотензивной терапии флувоксамин в таблетированной форме по 100 мг один раз в день,

ежедневно вечером. В исследовании использовались шкала депрессии Гамильтона (HDRS), согласно которой показатели от 7 до 15 баллов расценивались как малый депрессивный эпизод, 16 и более баллов – как большой депрессивный эпизод. Оценка тревожности проводилась по шкале тревоги Спилбергера: до 30 баллов – низкая, 31-45 – умеренная, 46 и более – высокая. Исследования по данным методикам проводили до начала терапии, при первичном психопатологическом обследовании, а затем через 2, 4, и 6 недель лечения. Также заполнялся опросник качества жизни MOS SF-36, в котором оценка параметров производится по 100-балльной шкале.

Критерии включения: отсутствие выраженной афазии, грубых интеллектуально-мнестических нарушений, психозов, соматических заболеваний в стадии декомпенсации, отсутствие приёма антидепрессантов в анамнезе.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных преобладали пациенты с большим депрессивным эпизодом – 70%, малый депрессивный эпизод установлен у 30% больных, согласно критериям HDRS.

При оценке структуры депрессивного синдрома было установлено, что на первый план выступали тревога и астенические явления, соматовегетативная симптоматика с преобладанием расстройств сна, общесоматические симптомы и нарушение половой функции. При этом больные, как правило, сохраняли критическую оценку своего состояния. Средний балл по шкале HDRS и Спилбергера у пациентов, перенесших ишемический инсульт, значительно превосходил нормативные показатели здоровых людей (табл. 1).

К концу второй недели терапии флувоксамином больные отмечали субъективное улучшение состояния:

Таблица 1

Динамика показателей депрессии, тревоги и очагового неврологического дефицита на фоне терапии флувоксамином, баллы

Показатель	Контрольные точки исследования				P	P1	P2
	до лечения	через 2 нед.	через 4 нед.	через 6 нед.			
Общий балл по шкале HDRS	20,67±1,19	17,8±1,2	11,67±0,83	9,43±0,44	p>0,05	p<0,001	p<0,05
Общий балл по шкале Спилбергера	ЛТ	58,87±2,12	58,27±2,12	52,8±2,34	46,73±2,16	p>0,05	p>0,05
	РТ	56,27±2,35	50,6±2,41	43,07±1,87	34,87±1,64	p>0,05	p<0,001
Общий балл по шкале Линдмарк	384,6±33,4	-	-	385,7±33,6	-	-	p>0,05

Примечание. P – достоверность различий между исходными данными и через 2 нед., P1 – между исход. данными и через 4 нед., P2 – между исход. данными и через 6 нед.

Таблица 2

Средние значения показателей качества жизни (КЖ) на фоне терапии флувоксамином, баллы (по данным MOS SF36)

	Показатель КЖ							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
До лечения	42,45±2,97	10,38±1,96	59,8±3,42	32,36±1,18	28,23±1,61	38,21±2,11	22,64±2,95	42,42±1,93
После лечения	60,0±3,15	41,67±3,15	85,83±4,2	39,0±1,4	39,0±1,4	59,17±3,55	91,11±3,94	61,87±1,83
p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Примечание. p – достоверность различий.

нормализовался сон, уменьшилась раздражительность, слезливость. Однако достоверно значимое улучшение настроения отмечено после четвёртой недели терапии, что подтверждено показателями шкалы Гамильтона (табл.1).

Применение флувоксамина привело к значительному снижению выраженности реактивной тревоги (РТ) у пациентов с ПД. Уровень личностной тревоги (ЛТ) остался достаточно высоким, что свидетельствует о тревожности как о конституциональной черте личности (табл. 1). Уменьшились симптомы соматической тревоги, что проявлялось в редукции неприятных ощущений в теле (ощущения нехватки воздуха, сердцебиения, ползания «мурашек», потливости).

На четвёртой неделе терапии обнаружилась тенденция к обратному развитию поведенческих расстройств: пациенты начинали более адекватно оценивать своё состояние, уменьшалась ипохондрическая фиксация. Они с меньшей охваченностью рассуждали о своём соматическом неблагополучии. Появлялись возможность и желание поддерживать контакт, повышалась активность, уменьшались апатические явления.

К концу лечения у больных значительно уменьшились слабость и утомляемость, повысились активность, работоспособность и переносимость физических нагрузок, появилось чувство бодрости, пациенты более охотно включались в реабилитационные мероприятия. Такие нарушения сна, как трудности засыпания, частые пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после сна, нормализовались. Устранились подавленность, беспокойство и слезливость по незначительному поводу, снизилась психическая и физическая гиперестезия. Тревожные реакции на неблагоприятную ситуацию приобрели адекватный характер. Психопатоподобные формы реакции в виде раздражительности, гневливости снизились по амплитуде и частоте. По шкале Линдмарк не отмечено каких-либо существенных изменений в неврологическом статусе через 6 недель лечения флувоксамином (табл.1).

Переносимость флувоксамина во всех случаях была удовлетворительная. В первые 5-7 дней терапии 6 (20%) пациентов отмечали лёгкую тошноту, которая в дальнейшем купировалась, у 8 (26,7%) больных в первую неделю лечения имела место невыраженная сонливость в течение дня. Лёгкая анорексия наблюдалась в 6 (20%) случаях и купировалась через 2 недели. Вышеперечисленные побочные эффекты, возникшие на фоне приёма флувоксамина, не стали причиной отмены препарата. В дальнейшем, согласно общепринятым принципам лечения депрессии, пациентам было рекомендовано продолжить приём препарата до полугода с целью предотвращения возобновления симптомов депрессивного расстройства [6, 7, 12].

Согласно исследованию по опроснику MOS SF 36 спустя 6 недель терапии, включение флувоксамина в комплексную терапию пациентов, перенесших ОНМК ишемического характера с выявленной ПД, статистически достоверно влияет на все показатели КЖ, приводя к улучшению всех его параметров КЖ (табл. 2). Если такие показатели, как физическая активность, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, психическое здоровье, возросли по сравнению с исходными в 1,2-1,5 раза, то показатели роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности на фоне терапии флувоксамином увеличились в 4 раза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что депрессия усугубляет переживания телесного неблагополучия, усиливая их аффективную насыщенность.

Выводы:

1. Проведённое исследование продемонстрировало эффективность и безопасность лечения депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, перенесших ОНМК, препаратом флувоксамина.

2. Повышению КЖ больных, перенесших инсульт, способствуют не только реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление функции ходьбы, самообслуживания, но и лечение часто возникающей у этих

пациентов постинсультной депрессии, препятствующей реинтеграции больных в семью и общество, восстановлению психической и двигательной активности. Следовательно, к терапии данной группы пациентов необходим комплексный подход, подразумевающий взаимодействие врачей различных специальностей, в частности неврологов и психиатров.

Литература

1. Александров А.А. Антидепрессанты в неврологии / А.А. Александров // Медицинские новости. - 2007. - №13.
2. Alexandrov A.A. Antidepressants in neurology / A.A. Alexandrov // Medical news. - 2007. - №13.
3. Боголепова А.Н. Опыт применения вальдоксана в терапии постинсультной депрессии / А.Н. Боголепова, Е.И. Чуканова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2011. - Т. 111, №4. - С. 42-46.
4. Bogolepova A.N. Experience of valdoxan use in the treatment of post-stroke depression / A.N. Bogolepova, Ye.I. Chukanova [et al.] // Journal of neurology and psychiatry after S.S. Korsakov. - 2011. - Vol. 111, № 4. - P.42-46.
5. Гердт А.М. Эффективность и безопасность препарата вальдоксан у пациентов с постинсультной депрессией / А.М. Гердт, Е.А. Губарева, М.В. Крамарчук, В.Д. Гнатышин // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. - № 6.
6. Gerd A.M. Effectiveness and safety of valdoxan in patients with post-stroke depression / A.M. Gerd, Ye.A. Gubareva, M.V. Kramarchuk, V.D. Gnatyshin // Consilium - medicum.com. - Psychiatry and psychopharmacotherapy. - 2011. - №6.
7. Гехт А.Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила / А.Б. Гехт, А.Н. Боголепова, И.Б. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - № 5. - С. 36-39.
8. Gekht A.B. Depression after stroke: the experience of cipramil use / A.B. Gekht, A.N. Bogolepova, I.B. Sorokina // Journal of neurology and psychiatry. - 2002. - № 5. - P.36-39.
9. Гусев Е.И. Депрессивные расстройства у больных, перенесших инсульт / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова // Инсульт. - 2008. - Вып. 22. - С. 10-15.
10. Gusev Ye.I. Depression disorders in patients who had stroke / Ye.I. Gusev, A.N. Bogolepova // Stroke. - 2008. - № 22. - P.10-15.
11. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков. - М.: Миклош, 2003. - 176 с.
12. Kadykov A.S. Rehabilitation after stroke / A.S. Kadykov. - M.: Miklosh, 2003. - 176 p.
13. Катаева Н.Г. Клиника и реабилитация постинсультной депрессии / Н.Г. Катаева, Н.А. Корнетов, А.Ю. Левина // Бюллетень сибирской медицины. - 2008. - Прил. №1. - С. 234-237.
14. Kataeva N.G. Clinic and rehabilitation of post-stroke depression / N.G. Kataeva, N.A. Kornetov, A.Yu. Levina // Bulletin of Siberian medicine. - 2008. - Supplement № 1. - P. 234-237.

8. Маркин С.П. Влияние нарушений сна на эффективность восстановительного лечения больных, перенесших инсульт / С.П. Маркин // РМЖ 2008. - Т. 16, № 12. - С. 1677-1681.

Markin S.P. Influence of sleep disturbances on the effectiveness of the restorative treatment of patients who had stroke / S.P. Markin // R.M.J. 2008. - V. 16, № 12. - P.1677 - 1681.

9. Маркин С.П. Депрессивные расстройства в клинической картине мозгового инсульта / С.П. Маркин // РМЖ. - 2008. - Т.16, № 26. - С.1753-1758.

Markin S.P. Depressive disorders in clinical

finding of cerebral stroke / S.P. Markin // R.M.J. 2008. - V. 16, № 26. - P.1753 - 1758.

10. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). WHO. 1992. Россия, 1994.

International classification of diseases of the 10th revision (ICD - 10) / WHO.1992. Russia, 1994.

11. Шабанов П.Д. Психофармакология / П.Д. Шабанов. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2008. - С.158-159.

Shabanov P.D. Psychopharmacology / P.D. Shabanov. - SPb.: Publishing house S-L, 2008. - P.158-159.

12. Шахпаронова Н.В. Реабилитация

больных с постинсультной депрессией / Н.В. Шахпаронова, А.С. Кадыков // Атмосфера. Нервные болезни. - 2005. - №3. - С. 22-24.

Shakhparonova N.V. Rehabilitation of patients with post-stroke depression / N.V. Shakhparonova, A.S. Kadykov // Atmosphere. Diseases of nervous system. - 2005. - № 3. - P.22-24.

13. Chemirenski E. The neuropsychiatry of stroke / E. Chemirenski, R.G. Robinson // Psychosomatic. - 2000. - V. 41, № 1. - P. 5-14.

14. Durand-Fardel M. Traite' du Ramalissement du Cerveau / M. Durand-Fardel. - Balliere: Paris 1843.

А.М. Пальшина, И.Ф. Баннаев, Г.А. Пальшин

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ СИСТЕМНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

УДК 616.71-007.234

Изучена распространенность анемии среди пациентов пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости, получивших специализированное лечение в травматологическом отделении РБ №2 г. Якутска. Анемия диагностируется у $70,0 \pm 2,4\%$ больных при госпитализации. Снижение уровня гемоглобина крови в динамике составляет $19,5 \pm 2,0\%$ от первоначального уровня. Анемия увеличивает летальность в течение 2 последующих лет наблюдения.

Ключевые слова: анемия, осложненный остеопороз, летальность.

Extension of anemia syndrome was searched in elderly patients with systemic osteoporosis complicated by proximal femoral fracture who received expert care at the Center of emergency medical care of Republican hospital №2 of Yakutsk. Anemia syndrome is detected in $70.0 \pm 2.4\%$ of patients during hospitalization. Reduction of Hb level in dynamics is $19.5 \pm 2.0\%$ of the initial level. Anemia syndrome increases lethality level in the next two years of observation.

Keywords: anemia syndrome, complicated osteoporosis, lethality.

Согласно определению ВОЗ, анемия регистрируется у взрослых женщин при снижении концентрации гемоглобина (Hb) ниже 120 г/л, а у мужчин – ниже 130 г/л [9]. Течение некоторых хронических заболеваний сопровождается развитием анемического синдрома, влияющего на течение основного заболевания и рассматривающегося как самостоятельная нозологическая форма. Например, исследование OPTIME продемонстрировало увеличение риска смерти или повторной госпитализации на 12% при уровне Hb менее 120 г/л при хронической сердечной недостаточности [8].

Наиболее частыми причинами анемии у пожилых людей являются хронические заболевания, дефицит железа, нарушения питания и обмена веществ [7].

Латентный дефицит железа у населения России составляет 30–40%, а в некоторых регионах (Север, Северный Кавказ, Восточная Сибирь) – 50–60% [1, 2].

Среди госпитализированных больных пожилого и старческого возраста распространенность анемии достигает 36 - 80% [5].

Известно, что коррекция анемии значительно улучшает течение хронических заболеваний, улучшает качество жизни пациентов [7]. Для лечения анемии используют переливание эритроцитарной массы, препараты железа (пероральные и парентеральные), эритропоэтин, а также их сочетание [7].

Возможные осложнения переливания эритроцитарной массы ограничивают использование этого метода. Согласно «Типовым правилам назначения компонентов крови» [6], составленным на основании «Правил переливания крови Российской ассоциации трансфузиологов», утвержденных приказом Совета РАТ от 3 сентября 2007 года №10, при дооперационной анемии и ожидаемой потере крови ≥ 500 мл целевым уровнем Hb является 85 г/л, гемокритное число (Ht) – 26%.

Среди переломов, связанных с остеопорозом, по частоте и тяжести первое место занимает перелом проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) [3]. При ППОБК смертность в течение первого года достигает 12-40% [4]. Внутритканевая имбиция крови при ППОБК приводит к снижению уровня Hb.

Целью настоящей работы явилось

изучение распространенности, динамики и влияния анемии на отдаленные результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным ППОБК.

Материалы и методы исследования. Изучена распространенность анемии у 373 больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным ППОБК: 1-ю группу составили 242 больных (191 женщина, средний возраст $74,6 \pm 0,4$ года, и 51 мужчина, средний возраст $74,3 \pm 0,7$ года) с артериальной гипертензией (АГ) и системным остеопорозом, осложненным ППОБК. Соотношение мужчин и женщин у 120 пациентов пожилого возраста составило 1:2,75, у 122 больных старческого возраста – 1:5,4. В данной группе 216 ($89,3 \pm 2,0\%$) больным проведена операция (остеосинтез бедренной кости или тотальное эндопротезирование), 26 ($10,7 \pm 2,0\%$) больных лечились консервативно.

2-ю группу составил 131 больной (75 женщин, средний возраст $76,1 \pm 0,9$, и 56 мужчин, средний возраст $71,8 \pm 0,9$ года) с ППОБК на фоне системного остеопороза без сопутствующей АГ (63 пожилого, 68 старческого возраста). Соотношение мужчин и женщин пожилого возраста составило 1,17:1, старческого возраста - 1:2,1. Среди больных 2-й группы были прооперированы 116 ($88,5 \pm 2,8\%$), консервативное

ПАЛЬШИНА Аида Михайловна – к.м.н., доцент, зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, palshina.aida@rambler.ru; **БАННАЕВ Имраддин Фаррух оглы** – врач терапевт РБ №2-Центра экстренной медицинской помощи, bimraddin@mail.ru; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зам. директора по научной работе МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, Palgasv@mail.ru.