изоляция» – 37,35±22,5; «энергичность» – 28,47±18,43. У пациентов с высоким уровнем личностной тревожности показатели КЖ по таким параметрам, как «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» и «физическая активность» отмечены более низкие, нежели у лиц с умеренной тревожностью. Определение показателя КЖ позволяет полнее оценивать общее состояние больных, а использование его в динамике, даёт возможность судить об эффективности реабилитационных мероприятий. Больные с высокой личностной тревожностью имели худшие показатели КЖ, чем в целом по группе наблюдения.

Таким образом, в последние годы КЖ пациентов привлекает всё более пристальное внимание медицинского сообщества как один из основополагающих критериев эффективности проводимого лечения. Оценка КЖ является неотъемлемой частью процесса обследования пациентов, страдающих различными заболеваниями, а также становится мощным и в то же время чувствительным инструментом контроля эффективности за проводимым лечением.

Проблемы геронтологии

Сахарный диабет у больных пожилого возраста

Парахонский А.П.
Кубанский медицинский университет, Институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия
E-mail: para.path@mail.ru

Рост распространённости сахарного диабета (СД) типа 2 во всём мире пред-ставляет собой реальную угрозу. К моменту постановки диагноза значительное число больных имеют сформировавшуюся ретинопатию и другие осложнения СД. Развитие атеросклеротического процесса, в частности ишемической болезни сердца, происходит ещё до клинической манифестации СД, на стадии нарушения толерантности к глюкозе и на более ранних стадиях.

Цель работы – изучение особенностей метаболизма при сахарном диабете (СД) у больных пожилого возраста. Под наблюю-дением находились 78 пациентов. Уста-новлено, что по сравнению с больными молодого возраста, метаболизм углеводов, жиров и белков в пожилом возрасте существенно отличается. Сниженная чувст-вительность тканей к инсулину приводит к нарушению толерантности к глюкозе, уменьшению активности биосинтеза белков, изменениям в липидном профиле крови. Активизируются факторы, способствующие развитию СД у пациентов с наследственной предрасположенностью и неблагоприятными поведенческими особенностями. Показано, что в популяции пациентов пожилого возраста влияние на процессы метаболизма имеет свои особенности. В пожилом возрасте отмечается снижение калорийности потребляемой пищи и повышение соотношения жировой и мышечной ткани в организме. Наличие периабдоминальных жировых отложений свидетельствует о склонности к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Оценка питания у больного СД в пожилом возрасте является необходимой для характеристики метаболического профиля и выбора соответствующего лечения. Этот подход имеет большое значение у больных СД в пожилом возрасте, при наличии факторов риска развития сниженной чувствительности тканей к инсулину. Больные СД в пожилом возрасте имеют ряд сопутствующих заболеваний: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические бронхолёгочные и онкологические заболевания, которые часто обнаруживаются у больных СД в пожилом возрасте. В терапии этих сопутствующих заболеваний часто применяются препараты, обладающие диабетогенными свойствами, например, стероиды и иммунодепрессанты. Более того, некоторые антигипертензивные и сердечные препараты могут неблагоприятно влиять на метаболизм глюкозы, изменяя секрецию инсулина и/или его действие на ткани. При назначении противодиабетических препаратов больному СД в пожилом возрасте следует принимать во внимание возможность побочных эффектов препаратов, а также потенциальные лекарственные взаимодействия.

Установлено, что в популяции больных СД типа 2 в пожилом возрасте может развиваться аутоиммунный патогенез заболевания с выявлением антител к островковым клеткам поджелудочной железы. Основные принципы терапии СД в пожилом возрасте аналогичны таковым при лечении более молодых пациентов. Необходимо уделять особое внимание пищевому статусу, который требует тщательной оценки как стандартными методами (измерение толщины кожной складки, импедансная денситометрия, изучение дневника питания, клинический осмотр зубов и полости рта), так и более специфическими

методами, направленными на оценку величины энергозатрат и рас-пределение жировой ткани в организме (непрямая калориметрия и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия). Следует учитывать также сопутствующие заболевания, поскольку некоторые препараты, назнача емые для их лечения, являются диабетогенными; противодиабетическая терапия также должна назначаться с осторожностью. Большое значение имеют поведенческие факторы. Больным в пожилом возрасте следует рекомендовать соблюдение умеренного уровня физической аэробной нагрузки, непрерывности физической активности (в частности больным, не получающим инсулин и имеющим низкий риск тяжёлых эпизодов гипогликемии). Из других внешних факторов следует провести коррекцию употребления алкоголя и курения. По сравнению с другими серьёзными осложнениями СД, резкое снижение уровня глюкозы крови является наиболее неблагоприятным событием, особенно у больных пожилого возраста, получающих инсулинотерапию. В данной ситуации следует отдать предпочтение пероральным сахароснижающим препаратам, имеющим самую короткую продолжительность действия.

В процессе развития СД типа 2 существует длительный период преддиабета, во время которого может быть предпринят ряд вмешательств. Вмешательства на этой стадии, направленные на коррекцию образа жизни, способны предотвратить развитие самого диабета (первичная профилактика). При уже развившемся СД тщательный контроль гипергликемии, артериальной гипертензии, гиперлипидемии и других нарушений способствует предотвращению развития диабетических осложнений (вторичная профилактика).

Таким образом, контроль уровня гликемии позволяет снизить риск развития осложнений. Скрининговое обследование целесообразно проводить с момента постановки диагноза. При выборе терапии предпочтение следует отдавать препаратам, позволяющим снизить резистентность периферических тканей к инсулину или благоприятно воздействовать на диабетические осложнения.

Депрессия у лиц пожилого возраста

Парахонский А.П.,
Цыганок С.С
Кубанский медицинский университет, Институт высшего сестринского образования Краснодар, Россия
E-mail: para.path@mail.ru

Депрессия — диагноз клинический. Выявление депрессии (ДП) полностью базируется на адекватном диалоге с пациентом. Этот процесс осложняется возрастными изменениями сенсорных и когнитивных способностей, а также наличием сопутствующей патологии, которая может проявляться симптоматикой ДП и затруднять диагностику. Пациенты часто жалуются на усталость и другие соматические симптомы, которые можно объяснить пожилым возрастом и различными патологическими состояниями.

Особого внимания и выявления клинической причины требуют четыре симптома ДП: усталость, изменение аппетита и массы тела, нарушение сна, снижение внимания. Многие пожилые люди с ДП отмечают и более специфические симптомы: депрессивное настроение, чувство вины или снижение чувства собственной значимости, мысли о самоубийстве.

В гериатрической практике оценка по шкале ДП (Geriatric Depression Scale — GDS) является надежным методом её выявления, так как помогает установить наличие эмоциональных нарушений, а не жалоб, характерных и для ДП, и для соматических заболеваний. Клинически выраженная ДП у пожилых людей зачастую ассоциирована со снижением когнитивных способностей и повышает риск развития деменции.

Среди пожилых людей с небольшими проявлениями когнитивных отклонений распространенность симптомов ДП занимает промежуточное место между показателями у здоровых лиц и у пациентов с деменцией. Явное состояние печали встречается реже, чем раздражительность, страх и беспокойство. Функциональные расстройства могут проявляться снижением переносимости повседневных нагрузок. Самое частое проявление ДП — апатия и снижение мотивации. Из-за снижения памяти, нарушения восприятия информации и вербальных способностей больной может забыть или неправильно описать врачу свои эмоциональные проблемы. Поэтому важно получить информацию от лиц, ухаживающих за больным, с нормальными когнитивными способностями, не страдающих ДП и хорошо знающих пациента.

Если при ведении больного с деменцией сомнения по поводу диагностики ДП все же остаются, имеет смысл назначить пробную терапию и оценить результат. ДП характеризуется быстрым развитием симптоматики, и эффект от терапии будет очевидным. Терапией первого выбора является нефармакологическое вмешательство для лечения ДП. К эффективным поведенческим методикам относят предоставление пациенту возможности заниматься интересным делом. Антиде-прессанты назначают сразу при наличии выраженной симптоматики, а также в ситуациях, когда больного беспокоят мысли о самоубийстве или он отказывается от еды и употребления жидкости.