



005001019

На правах рукописи

**АКСЕНОВ
Денис Васильевич**

**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ**

**Автореферат
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

14.01.30 – геронтология и гериатрия

17 НОЯ 2011

Санкт-Петербург - 2011

Работа выполнена в лаборатории нейроэндокринологии отдела клеточной биологии и патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
Князькин Игорь Владимирович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Титков Юрий Сергеевич

доктор медицинских наук, доцент
Ефремова Ольга Алексеевна

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России

Защита диссертации состоится «29» ноября 2011 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3).

Автореферат разослан «30» октября 2011 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета
доктор биологических наук, профессор

Козина Л.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Современная демографическая ситуация характеризуется увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в обществе [Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., 2000, 2002; Рааб М., Кадыров Ф.Н., Исаков А.Ю., 2003]. Ожидается, что в ближайшие 10 лет 30% населения Европы будет старше 65 лет. Увеличение средней продолжительности жизни влечет за собой накопление хронических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых [Поправка С.Н., Сергеев В.А., 2000].

Надо отметить, что в группе сердечно-сосудистых заболеваний растет заболеваемость той патологией, которая наиболее часто приводит к хронической сердечной недостаточности. Например, артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний у пожилых – и если частота встречаемости заболевания в общей популяции составляет 18–20%, то в старших возрастных группах она достигает 70% [Гиткина Л.С. и соавт., 1997]. Так, по данным российского исследования «АРГУС» при первом осмотре повышенные цифры артериального давления регистрируются у 73,6% пожилых пациентов.

Изменения демографической картины диктуют необходимость реформирования сети организаций здравоохранения, при этом важное значение приобретает развитие ресурсосберегающих технологий, в частности, дневных стационаров многопрофильных поликлиник [Саркисов К.А., Николаева Е.В., 2002].

Необходимые для обеспечения высокого качества жизни пожилого пациента с хронической сердечной недостаточностью поддержание саногенетических механизмов, купирование декомпенсаций хронической сердечной недостаточности, профилактика развития осложнений основаны на принципах раннего начала медицинских мероприятий, их непрерывности, этапности, комплексности, индивидуальности подхода к больному. Практическая реализация этих принципов возможна в случае эффективной амбулаторно-поликлинической помощи, которая включает в себя лечение и реабилитацию в условиях дневного стационара многопрофильной поликлиники [Сидоренко А.В. и соавт., 2006].

Вместе с тем, сложившиеся практика и подходы к организации работы дневного стационара не позволяют добиться полной эффективности и качества оказания помощи пожилым пациентам с ХСН. Это снижает качество и эффективность медицинских мероприятий при ХСН, не позволяет в полном мере задействовать гериатрическую службу на амбулаторном этапе в решении актуальных задач, стоящих перед отраслью [Вялков А.И. с соавт., 2002; Vliet-Vlieland T., Hazes J., 1997 и др.], поскольку традиционно дневной стационар в современной клинической практике ориентирован на оказание помощи лицам трудоспособного возраста. К настоящему времени в отечественной литературе работ по научному обоснованию возможностей дневного стационара в реализации лечебно-реабилитационных программ для пожилых больных

крайне мало, встречаются лишь единичные исследования, в которых решаются либо организационные, либо частные клинические вопросы [Ильницкий А.Н., 2007, Совенко Г.Н., 2009]. Вот почему необходимо проведение комплексных, интегрирующих исследований в этом направлении.

Цель исследования – изучить особенности ведения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневных стационарах и разработать интегрированную схему реализации клинических лечебно-реабилитационных программ для данного контингента пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить с позиций методологии системного подхода медико-организационные аспекты лечения и реабилитации пациентов пожилого и среднего возраста с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре многопрофильной поликлиники.

2. Выявить специфику применения лекарственных препаратов в лечении и реабилитации пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре.

3. Изучить особенности немедикаментозного ведения в дневном стационаре пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

4. Выявить медико-социальную и клиническую эффективность лечения и реабилитации у пациентов пожилого и среднего возраста с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре.

5. Разработать принципы реализации клинических лечебно-реабилитационных программ для пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре.

Научная новизна. Впервые проведено клинико-организационное исследование по изучению возможностей дневного стационара в реализации лечебно-реабилитационных программ у пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Впервые с позиций системного подхода доказано, что дневной стационар является оптимальной формой организации лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста с первым и вторым функциональными классами хронической сердечной недостаточности в связи с возможностью сочетания медикаментозных и немедикаментозных методов, включением домашнего этапа ведения, снижением количества случаев госпитализаций в круглосуточный стационар, наступлением адекватной социальной адаптации.

Дано научное обоснование особенностей медикаментозного ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью, заключающегося в преимущественном использовании преимущественно таблетированных препаратов групп ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторов, диуретиков, сердечных гликозидов, блокаторов альдостероновых рецепторов.

Выявлены особенности немедикаментозной тактики ведения пожилых пациентов, заключающиеся в преимущественном назначении методов психологической поддержки и психотерапии, кинезотерапии и физиотерапии.

Изучены медико-организационные особенности ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре в разделах отбор пациентов, диагностические мероприятия, лечение и реабилитация, оценка эффективности.

Разработана интегрированная схема реализации клинических лечебно-реабилитационных программ для пожилых с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре, включающая показания к направлению в дневной стационар, интеграцию с другими этапами лечения пациентов, сочетанное назначение медикаментозных и немедикаментозных методов, оценку эффективности.

Практическая значимость. Применение результатов исследования позволит обеспечить унифицированное ведение пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре поликлиники в разделах отбор и направление больных, структура применяемых медикаментозных и немедикаментозных мероприятий, оценка их эффективности.

Результаты исследования позволяют добиться высокой клинической эффективности лечения и реабилитации пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью, которые характеризуются значительной положительной динамикой физической работоспособности – на 12%, способности к передвижению – на 10%.

Внедрение результатов имеет высокую медико-социальную значимость, которая заключается в том, что совокупность принимаемых мер позволяет достигнуть снижения временной нетрудоспособности у работающих пенсионеров, госпитализированную заболеваемость, потребность в медицинской помощи.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Оптимизация организационных аспектов деятельности дневного стационара многопрофильной поликлиники в лечении и реабилитации (отбор и направление больных, рационализация применяемых медикаментозных и немедикаментозных мероприятий, переориентация на оказание помощи лицам пожилого, а не только трудоспособного возраста) позволяет повысить клиническую эффективность и качество жизни пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

2. Функциональный класс состояния пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью, направляемых в дневной стационар, позволяет использовать преимущественно таблетированные формы кардиотропных препаратов в отличие от стационарного лечения, при котором используются парентеральные формы, что обеспечивает как нормализацию клинической картины, так и достоверный прирост физической работоспособности. Такая форма применения препаратов может, следовательно, рассматриваться, не только как лечебное, но и как реабилитационное воздействие.

3. Использование таких немедикаментозных методов как кинезотерапия и диетотерапия в дополнение к лекарственной терапии в дневном стационаре у

пациентов с хронической сердечной недостаточностью способствует более полному достижению эффектов лечения и реабилитации: в результате этапной профилактики инвалидности имеет место достоверно большая степень увеличения мобильности, физической работоспособности и толерантности к одышке, которые сохраняются на протяжении 9 мес. после ее окончания, в отличие от амбулаторной терапии без госпитализации в дневной стационар.

4. Применение разработанных в диссертации принципов медикаментозного и немедикаментозного ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре обеспечивает значительные медико-социальные и клинические эффекты лечения и реабилитации, а именно: с точки зрения ближайших результатов обеспечивается положительная динамика жалоб более чем у 87% больных, физикального статуса более чем у 72% пациентов; с точки зрения отдаленных результатов обеспечивается снижение потребления медицинских услуг на протяжении одного года после ведения в дневном стационаре.

Связь с научно-исследовательской работой института. Диссертационная работа является научной темой, выполняемой по основному плану НИР Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

Апробация и реализация результатов. Результаты исследования доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Взаимодействие медицинской науки и практики» (Новополоцк, 2008), на конференциях «Геронтологические чтения – 2008, 2009» (Белгород, 2008, 2009), на Весенней геронтологической конференции (Белгород, 2009), 17-м Съезде сердечно-сосудистых хирургов России (Москва, 2009), Российской конференции по проблемам высшего сестринского образования (Ульяновск, 2009).

Публикации. По результатам диссертации опубликовано 14 работ, в том числе 5 статей в журналах из списка ВАК Минобразования РФ, 9 тезисов докладов.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы.

Текст диссертации представлен на 145 страницах и содержит 14 таблиц, 12 рисунков. Список литературы включает 220 источников, из них – 100 отечественных и 120 иностранных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве методологии настоящего исследования использован системный подход. [Шиган Е.Н., 1982, 1986; Кузнецова Л.Л. и соавт., 1991; Овчаров В.К., 1995; Щепин О.П. с соавт., 2002 и др.]. Сущность системного подхода заключается в исследовании наиболее общих форм организации, которое

предполагает изучение частей системы, взаимодействия между ними, исследование процессов, связывающих части системы в единое целое [Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., 2000, 2005].

В нашем исследовании лечебно-реабилитационные мероприятия в дневном стационаре многопрофильной поликлиники мы рассматривали с точки зрения совокупности применяемых медицинских технологий, в том числе как клиническую систему, информационную систему (включая систему документооборота), хозяйственную систему, систему со свойственной ей кадровой спецификой и пр.

Исследование клинических и организационных аспектов лечения и реабилитации пожилых больных с ХСН в дневном стационаре проведено в соответствии с принципиальной схемой, представленной на рис. 1..



Рис. Принципиальная схема организации и проведения исследования по изучению особенностей ведения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре.

Исследование проводилось в двух направлениях – медико-организационном и клиническом. При этом по всем разделам проведено сравнительное исследование с пациентами среднего возраста для выявления возможных возрастных различий.

В базовых амбулаторно-поликлинических учреждениях мы проводили направление пожилых пациентов с дневные стационары. Ранее эти дневные стационары были традиционно ориентированы на оказание помощи пациентами трудоспособного возраста. Для разработки вопросов организации ведения больных в дневном стационаре изучено 760 случаев оказания лечебно-

реабилитационной помощи пожилым людям (возраст пациентов составил от 60 до 74 лет, средний возраст $64,2 \pm 2,3$ года; мужчин – 312 чел., женщин – 448 чел.). Кроме того, были сформированы сопоставимые группы больных, получавших лечение и реабилитацию в стационаре – 270 чел. (возраст пациентов составил от 60 до 74 лет, средний возраст $65,7 \pm 3,1$ года; мужчин – 121 чел., женщин – 149 чел.) и санатории – 220 (возраст пациентов составил от 60 до 74 лет, средний возраст $64,6 \pm 2,4$ года; мужчин – 96 чел., женщин – 124 чел.).

Также изучено 212 случаев оказания лечебно-реабилитационной помощи людям среднего возраста (возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст $44,1 \pm 1,9$ года; мужчин – 113 чел., женщин – 99 чел.). Кроме того, были сформированы сопоставимые группы больных, получавших лечение и реабилитацию в стационаре – 182 чел. (возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст $44,6 \pm 2,8$ года; мужчин – 98 чел., женщин – 84 чел.) и санатории – 136 (возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст $45,0 \pm 2,2$ года; мужчин – 76 чел., женщин – 60 чел.).

Это было сделано с целью выявления организационных и возрастных отличий между поликлиническим, санаторным и стационарным этапами медицинской помощи.

В ходе исследования нами проведено изучение состояния проведения лечения и реабилитации пожилых больных с ХСН в дневном стационаре поликлиники, а также состояние организации (отбор больных, обследование при направлении, структура мероприятий, эффективность ведения) лечебно-реабилитационного процесса в дневном стационаре многопрофильной поликлиники при различных нозологических формах.

В исследование включены случаи развития ХСН первого и второго функциональных классов по Нью-Йоркской классификации кардиологов на фоне ИБС (стенокардия напряжения), артериальной гипертензии, первичного поражения бронхолегочной системы в виде хронической обструктивной болезни легких.

Поскольку в диссертации изучалась не только структура лечения, но и реабилитации, то применена принятая в реабилитологии Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Согласно этой номенклатуре все пациенты имеют легкие и умеренные ограничения жизнедеятельности, что соответствует первому и второму функциональным классам, соответственно потенциальной и реальной угрозе инвалидности.

Пациенты с более выраженными ограничениями и более высокими градациями функциональных классов относятся к категории инвалидов. Они не включены в исследование в связи с тем, что их лечение и реабилитация проводятся, как правило, в условиях круглосуточного пребывания и динамического наблюдения, что обусловлено тяжестью состояния.

В качестве основного критерия отбора пациентов для проведения исследования выбран функциональный класс заболевания в связи с тем, что в современной клинической реабилитологии именно такой подход определяет тактику и содержание лечебных и реабилитационных мероприятий.

На основе полученных данных выявлены особенности ведения пациентов пожилого возраста с ХСН на базе дневного стационара многопрофильной поликлиники. Они касаются вопросов проведения диагностики, отбора и направления пациентов пожилого возраста в дневной стационар; составления планов лечения/реабилитации и индивидуальных программ медицинской реабилитации; динамического наблюдения за больными в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий в дневном стационаре; оценки качества и эффективности проведенных мероприятий, включая удовлетворенность ими.

Также изучено качество жизни. Для этого нами была применена экспресс – методика NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life) для изучения качества жизни 50 больных, страдающих артериальной гипертензией и ИБС (стенокардия напряжения второго функционального класса) с ХСН первого функционального класса по NYHA (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов) при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий в дневном стационаре поликлиники.

Методика позволила оценить качество жизни по параметрам физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальная функция, познавательная способность, экономический показатель. Больной самостоятельно выбирал одно из семи мнений по каждой позиции (всего в опроснике 24 позиции), которые затем суммировались в интегральный показатель. Если он равен 75- 100, то качество жизни считается высоким, 75-50 – средним, 50-25 – низким.

Полученные результаты были подвергнуты экспертной оценке и статистической обработке, что позволило научно обосновать особенности ведения пациентов с ХСН при наличии сопутствующей социально-значимой патологии терапевтического профиля в пожилом возрасте в дневном стационаре. Наряду с клиническими вопросами лечения и реабилитации в исследовании предложены элементы управленческих схем, позволяющие добиться практической реализации полученных результатов.

На основе усовершенствованных технологий лечения и реабилитации пожилых пациентов с ХСН в дневном стационаре, усовершенствованных методов организации его работы нами предложена система мер по улучшению результативности ведения пожилых пациентов.

Для проведения исследования нами разработана «Карта изучения ведения пожилого пациента с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре». Она имеет следующую структуру: общая часть; направление пациента в дневной стационар; поступление в дневной стационар; структура мероприятий; динамическое наблюдение; выписка из дневного стационара; преемственность в организации помощи. «Карта изучения ведения пожилого пациента с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре» формализована, каждый пункт карты имеет подпункты, допускающие односложный ответ и трактовку. Формализация способствовала формированию электронной версии карты для последующей компьютерной обработки полученных результатов.

При этом для проведения исследования, ориентированного не только на изучение клинических особенностей ведения пожилого пациента в дневном стационаре, но и на организационные аспекты их работы, нами использовались следующие материалы:

- медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, история болезни санаторного больного, карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете, процедурный лист и пр.;
- организационно-распорядительная и отчетная документация дневного стационара многопрофильной поликлиники;
- организационно-распорядительная и отчетная документация на поликлиническом, стационарном и санаторном этапах.

Следует отметить, что медико-организационные вопросы реализации лечебно-реабилитационных программ мы изучали применимо ко всем пациентам, включенным в исследование. Для решения конкретных клинических задач мы сформировали отдельные группы пациентов из пациентов, включенных в исследование.

Так, изучение клинической эффективности немедикаментозной терапии при ХСН у пожилых больных мы провели в отношении 49 пациентов. Для нивелирования систематической ошибки на этапе отбора проведена рандомизация этих 49 пациентов с ХСН на две группы. Группа наблюдения состояла из 25 больных, которые, наряду с традиционной медикаментозной терапией, получали немедикаментозные мероприятия в дневном стационаре дважды на протяжении 9 месяцев. В контрольную группу включено 24 пациента, которые получали традиционную медикаментозную терапию при ХСН в аналогичный период времени. Общий период наблюдения составил 18 месяцев. Средний возраст больных был $64,9 \pm 3,7$ лет (от 60 до 69 лет), в исследование вошло 29 мужчин и 20 % женщин. Аналогичное исследование проведено в отношении 48 пациентов среднего возраста (контрольная группа – 23 пациента, исследуемая – 25 пациентов, средний возраст пациентов $44,2 \pm 2,1$ года, от 40 до 49 лет, мужчин – 30 чел., женщин – 18 чел.). Динамика состояния пациентов фиксировалась на 3 и 6-й месяцы и в конце периода наблюдения, а затем в 12 и 18 месяцев от начала исследования. Для этого использовались методы объективизации одышки посредством визуальной шкалы одышки (шкала из 100 пунктов, напротив которых больной фиксирует выраженность одышки после 6-минутной ходьбы), физическая работоспособность (велозргомертически и посредством теста с шестиминутной ходьбой, заключающегося в измерении расстояния, которое способен пройти пациент за 6 мин). Исследование завершило 38 больных, остальные выбыли по причине несоблюдения протокола.

Также нами проведено контролируемое исследование эффективности диетологических рекомендаций 72 пожилых больных с ХСН. Средний возраст составил $65,9 \pm 3,5$ лет (от 60 до 69 лет), в исследование вошло 57 мужчин и 15 женщин. Аналогичное исследование проведено в отношении 62 больных среднего возраста с ХСН. Средний возраст составил $47,0 \pm 0,9$ года (от 40 до 49

лет), в исследование вошло 42 мужчины и 20 женщин. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитан по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м)}.$$

Значения индекса от 20 до 25 соответствует нормальной массе тела, от 20 и менее – сниженной, более 30 – ожирению.

Проведена рандомизация пожилых пациентов на две группы: группа наблюдения (n = 37), которая на фоне стандартной медикаментозной терапии (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-блокаторы, низкие дозы сердечных гликозидов и мочегонные препараты) получала диетологические мероприятия и другие немедикаментозные методы (кинезотерапия, физиолечение, эрготерапия) в дневном стационаре дважды в течение 6 месяцев; контрольная (n = 35) получала только медикаментозную терапию и лечебно-реабилитационные мероприятия без диетологических рекомендаций. У пациентов среднего возраста подобные группы составили 31 и 31 пациент соответственно.

До начала мероприятий, а также в 6 месяцев в обеих группах были определены:

- показатели физической работоспособности (велозергметрически);
- мобильность на основе теста с 6-минутной ходьбой (расстояние, которое пациент способен пройти за 6 мин);
- качество жизни по методике «лестница жизни» (шкала из 10 делений, по которой пациент оценивает свое общее благополучие от минимального – 1 балл до максимального в 10 баллов);
- фракция выброса левого желудочка (эхокардиографически).

Диетологические рекомендации были основаны на расчете потребности больного в энергии, которая складывается из величин основного обмена, энергозатрат на физическую активность и прибавлением к этой сумме 10%. Основной обмен рассчитан по формуле Гарриса – Бенедикта:

– для мужчин

$$66 + [13,7 \times \text{масса тела (кг)}] + [5 \times \text{рост (см)}] - [6,8 \times \text{возраст (годы)}],$$

– для женщин

$$655 + [9,6 \times \text{масса тела (кг)}] + [1,8 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}].$$

Данные, полученные по этой формуле, являются «золотым стандартом». В случае ИМТ от 20 до 25 величина суточного калоража должна соответствовать «золотому стандарту», более 25 – от величины «золотого стандарта» отнимают 30%, менее 20 – к величине «золотого стандарта» прибавляют 30%. Пациенты, включенные в исследование, вели малоподвижный образ жизни, что соответствовало 400 – 500 ккал, величина «золотого стандарта» соответствовала 1576 ккал/сут., суточный уровень калоража был на 30% выше «золотого стандарта» и составлял 2056 ккал/сут. Рекомендации по употреблению продуктов питания не отличались от общепринятых, но при этом уменьшалось количество фибросодержащих продуктов в связи с их способностью увеличивать скорость движения пищевых масс по кишечнику. В связи со стабильным состоянием больного и отсутствием гипонатриемии

количество потребляемой жидкости не ограничивалось; употребление поваренной соли также жестко не лимитировалось, однако не превышало 10 г в сутки. Исследование закончилось 30 больных, 2 пациента выбыло по причине несоблюдения протокола.

Таким образом, в целом вопрос повышения эффективности и особенностей ведения пожилого пациента с ХСН в дневном стационаре, включая применение технологических и управленческих схем, мы рассматривали в клиническом и медико-организационном аспектах.

Статистическая обработка результатов исследования включала применение следующих методов: определение характера распределения. Для этого нами был использован метод χ^2 ; измерение силы влияния различных факторов на вариабельность явлений, признаков посредством дисперсионного и факторного анализа; оценка значимости различий двух совокупностей, при этом применен критерий t Стьюдента, разность показателей достоверна при $t \geq 2$, в этом случае $p < 0,05$. При описании результатов исследования нами использованы обобщенные характеристики совокупности, например, для количественно выраженных признаков – средние величины (средняя арифметическая), для атрибутивных – показатели соотношения. Для оценки обобщенных характеристик нами использованы средняя ошибка средней арифметической (для количественно выраженных признаков); средняя ошибка относительного показателя (для атрибутивных признаков). Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Медикаментозные мероприятия в дневном стационаре

у пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью

В нашем исследовании были реализованы технологии стационарзамещающего лечения для пациентов пожилого возраста, в отличие от общепринятой тенденции использовать эти технологии для лиц трудоспособного возраста.

При проведении исследования нами изучена структура медикаментозных назначений у пациентов пожилого и среднего возраста в дневном стационаре поликлиники. Выявлено, что как в пожилом так и в среднем возрасте ведущие значение имеют пероральные формы препаратов - $86,2 \pm 3,1\%$ и $89,2 \pm 3,0\%$ соответственно. По препаратам, вводимым парентерально, складывалась следующая ситуация. Внутримышечные формы введения у пожилых пациентов занимали $57,2 \pm 2,8\%$, а в группе пациентов среднего возраста назначались достоверно реже - $24,5 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$). Инфузионная терапия в пожилом возрасте назначалась $22,1 \pm 2,6\%$, а в среднем возрасте применялась достоверно чаще $42,2 \pm 2,6\%$ ($p < 0,05$). Это может быть связано с анатомическими особенностями вен у лиц пожилого возраста. Длительная инфузионная терапия

у пожилых пациентов, как правило, вызывает затруднения: в месте прокола очень быстро появляется гематома, которая нарастает, несмотря на то, что все приёмы контроля подтверждают правильное попадание иглы в вену. Кроме того в пожилом возрасте чаще отмечается нарушение центрального и периферического кровообращения, в результате чего вены спадаются. Болюсное введение препаратов у пожилых пациентов и у пациентов среднего возраста достоверно не отличалось – $25,1 \pm 2,9\%$ и $26,2 \pm 3,1\%$ соответственно ($p > 0,05$). Подкожная форма введения лекарственного средства также достоверно не отличалась в группах пациентов пожилого и среднего возраста и составляла – $0,1 \pm 0,001\%$ ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по методу введения препарата

Метод введения препарата	Количество пациентов среднего возраста	Количество пожилых больных (%)
Пероральный	$89,2 \pm 3,0$	$86,2 \pm 3,1$
Внутримышечно	$24,5 \pm 3,1$	$57,2 \pm 2,8^*$
Инфузионная терапия	$42,2 \pm 2,6$	$22,1 \pm 2,6^*$
Болюсное введение	$26,2 \pm 3,1$	$25,1 \pm 2,9$
Подкожное введение	$0,1 \pm 0,001$	$0,1 \pm 0,001$

* $p < 0,05$ между группами пациентов среднего и пожилого возраста

Кардиотропные препараты назначались в 100% случаев.

Среди других групп препаратов в дневном стационаре в структуре таблетированных форм у пожилых больных достоверно преобладали витамины (поливитаминные препараты) – $57,3 \pm 2,2\%$ в сравнении с пациентами среднего возраста – $32,2 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$). Дезагреганты типа пентоксифиллина и его генериков в группе пациентов пожилого и среднего возраста применялись в $27,4 \pm 2,0\%$ и $28,1 \pm 2,2\%$, ($p > 0,05$) соответственно. Седативные средства назначались $22,1 \pm 1,8\%$ пациентам пожилого возраста и $23,4 \pm 2,4\%$ пациентам средних лет ($p > 0,05$). С меньшей частотой назначались метаболические препараты – $17,8 \pm 2,3\%$ в пожилом возрасте, что достоверно реже, чем у пациентов средних лет – $8,4 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$). Анальгетики группы неспецифических противовоспалительных средств (НПВС) в пожилом возрасте назначали достоверно чаще, чем в группе пациентов средних лет – $16,0 \pm 2,2\%$ и $10,7 \pm 0,8$ ($p < 0,05$) соответственно.

Препараты с симптоматическими эффектами, например, цереброангиорегуляторы (группа циннаризина), назначались достоверно чаще пожилым пациентам – $13,4 \pm 1,1\%$, в сравнении с группой пациентов средних лет $7,1 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$). Антигипоксанты – в пожилом возрасте назначены $9,1 \pm 1,1\%$, а в среднем возрасте $10,4 \pm 2,2\%$ ($p > 0,05$). Ангиопротекторы в группах пациентов пожилого и среднего возраста были назначены – $8,9 \pm 0,6\%$ и $9,4 \pm 1,8\%$ ($p > 0,05$) соответственно. Бронходилататоры достоверно чаще

назначались пациентам пожилого возраста – $13,2 \pm 2,0\%$ в сравнении с группой пациентов средних лет – $6,4 \pm 0,8^*$ ($p < 0,05$).

По группам препаратов складывается следующая ситуация. Назначение ингибиторов АПФ проводилось в 100% случаев (как в среднем, так и в пожилом возрасте), Посредством применения факторного анализа нами установлены оптимальные с точки зрения эффективности группы ингибиторов АПФ, а также начальные и поддерживающие дозы (табл. 1).

Таблица 1

Оптимальные начальные и поддерживающие дозы основных ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Препарат	Начальная доза	Поддерживающая доза	Факторная нагрузка (средний возраст / пожилой возраст)
Каптоприл	6,25 мг 2-3 р/д	25-50 мг 2-3 р/д	0,348/0,967*
Квинаприл	2,5-5 мг 1 р/д	5-10 мг р/д	0,854 / 0,843
Периндоприл	2 мг 1 р/д	4 мг 1 р/д	0,876/0,865
Рамиприл	1, 2,5-2,5 мг 2 р/д	2,5-5 мг р/д	0,932/0,425 *
Трандолаприл	0,5 – 1 мг 1р/д	1-4 мг 1 р/д	0,975/0,963
Эналаприл	2,5 мг 2 р/д	10 мг 2 р/д	0,684/0,675

* $p < 0,05$ с группой пациентов среднего возраста.

Результаты применения факторного анализа для изучения рациональных наименований препаратов из группы бета-адреноблокаторов, дозировок представлены в табл. 2. Возможной причиной редкого назначения б-блокаторов пожилым пациентам является весьма распространенное мнение о снижении их эффективности с возрастом и о большой частоте побочных эффектов. В течение многих лет б-блокаторы были противопоказаны при сердечной недостаточности, тогда как в настоящее время они заняли важное место в лечении этого заболевания.

Таблица 2

Рациональная дозировка и кратность приема бета-адреноблокаторов

Препарат	Средние дозы мг/сут.	Кратность приема (в сутки)	Факторная нагрузка (средний возраст / пожилой возраст)
Атенолол	25-100	1-2	0,541/0,876*
Небиволол	2,5-5	1	0,956/0,320*
Бетаксолол	10-20	1	0,877/0,663
Бисопролол	2,5-10	1	0,954/0,721
Карведилол	25-50	2	0,866/0,655
Метопролол**	50-200	2	0,875/0,662
Надолол	40-160	1	0,912/0,689

* $p < 0,05$ в сравнении с группой пациентов средних лет

**применялись также ретардные формы, кратность приема которых составляет 1 раз в день.

Применение факторного анализа позволило выявить, что у пациентов пожилого и среднего возраста не выявлено значимых различий при применении тиазидных, петлевых и калийсберегающих групп диуретиков.

На основе применения факторного анализа мы пришли к выводу, что целесообразно применение следующих дозировок сердечных гликозидов:

- дигоксин по 0,25-0,5 мг/сут. в течение 7-10 дней, поддерживающие дозы для приема внутрь – 0,125-0,5 мг/сут. (факторная нагрузка 0,876);
- изоланид (целанид, ланатозид Е) по 0,5-1,0 мг/сут. в течении 7-10 дней, поддерживающие дозы 0,25-1,0 мг/сут. (факторная нагрузка 0,855);
- дигитоксин по 0,1-0,2 мг/сут. в течение 7-10 дней, поддерживающие дозы 0,05-0,15 мг/сут. (факторная нагрузка 0,911).

На основании представленных данных нами разработаны подходы к проведению медикаментозного лечения ХСН в дневном стационаре. Медикаментозное лечение должно подразумевать наличие двух ступеней.

I ступень – применение основных средств для лечения ХСН:

- 1) назначение ингибиторов АПФ (всем больным с признаками ХСН, а также пациентам без симптомов ХСН, но с фракцией выброса менее 35% и больным, перенесшим инфаркт миокарда, без клинических проявлений ХСН, но с фракцией выброса менее 40%; терапия начинается с минимальных доз);
- 2) назначение мочегонных средств под контролем диуреза или ежедневно; возможно назначение комбинированного препарата (ингибитора АПФ в сочетании с гидрохлортиазидом);
- 3) присоединение сердечных гликозидов при мерцательной аритмии и ХСН, рефрактерной к терапии ингибиторами АПФ и диуретиками;
- 4) подключение бета-блокаторов начиная с минимальной дозы;
- 5) коррекция диуретической терапии (в случаях сохранения симптомов ХСН), подключение спиронолактона.

II ступень – назначение средств для коррекции фоновых заболеваний:

Эффективность немедикаментозной терапии при хронической сердечной недостаточности у пожилых больных

Немедикаментозные методы ведения пожилых пациентов с ХСН в дневном стационаре заключались в следующем.

Проводилось обучение всех больных (занятия в «Школе больного») групповым методом в ходе 12 одночасовых занятий); психоэмоциональная поддержка (97% пациентов) в виде занятий с психотерапевтом и психологом, назначалась активная кинезотерапия.

В плане кинезотерапевтических мероприятий были рекомендованы: тридцатиминутные занятия через день на тредмиле (79% больных) и велоэргометре (82%) для укрепления мышц нижних конечностей; двадцатиминутные занятия через день на тренажерах с подъемом рук с целью тренировки мышц рук и плечевого пояса (96 % больных); занятия гимнастикой с созданием экспираторного сопротивления дыханию (74%).

В группе больных, проходивших немедикаментозные мероприятия в дневном стационаре, имеет место достоверное улучшение показателей

физической работоспособности с третьего месяца с момента начала исследования, которые нарастали в 6 месяцев, сохранялись на достигнутом уровне с 9 по 12 месяцев, а затем, к 18 месяцам, несколько уменьшились, при этом отмечалось их разность по сравнению с показателями вначале реабилитации, $p < 0,05$ (табл. 3). Аналогичные тенденции выявлены при изучении динамики расстояния, пройденного пациентом в течение 6 мин, $p < 0,05$. Показатели спирограммы не претерпели достоверных изменений. Степень одышки уменьшилась, что достигло статистической значимости уже в 3 месяца, сохранялась на одном уровне на протяжении периода реабилитации и не имела тенденции к значимому уменьшению после ее окончания в 12 и 18 месяцев, $p < 0,05$. В группе контроля была выявлена положительная динамика показателей физической работоспособности в 3 и 6 месяцев, которые уменьшились в 9 мес. и пришли к исходному уровню к 12 месяцам, $p < 0,05$. Расстояние, пройденное пациентом за 6 минут, увеличилось в 3 и 6 месяцев, сохранялось на достигнутом уровне в 9 мес., вернулось к исходному уровню к 18 месяцам исследования, $p < 0,05$. Степень одышки имела тенденцию к уменьшению в 3 и 6 месяцев и сохранялась на этом уровне в течение всего периода исследования до 18 месяцев, $p < 0,05$.

Таблица 3

Данные о динамике состояния пациентов с хронической сердечной недостаточностью в процессе исследования

Показатель состояния больного	Группа	До начала	Время от начала исследования (мес.)				
			3	6	9	12	18
Физическая работоспособность (кгм/мин)	Контрольная	455,8 +4,68	489,5 +5,36*	469,2 +5,04*	460,0 +5,25**	457,8 +5,0**	450,9 +5,1**
	Наблюдения	453,6 +7,02	497,8 +7,0*	542,9 +7,3*	532,4 +6,6*	537,9 +6,7*	487,0 +6,1***
Тест с 6-минутной ходьбой	Контрольная	237,9 +1,5	299,3 +0,99*	313,0 +2,6*	270,5 +1,4**	268,9 +1,09**	239,4 +1,5**
	Наблюдения	232,8 +1,67	276,6 +1,46*	311,5 +1,14*	301,4 +1,67*	297,4 +1,5*	258,2 +1,67 * ***
Толерантность к одышке (баллы)	Контрольная	4,5 +0,05	5,9 +0,21 **	6,3 +0,1**	5,8 +0,11**	5,9 +0,1**	5,6 +0,16**
	Наблюдения	4,4 +0,1*	6,7 +0,16*	7,9 +0,03*	8,1 +01*	8,0 +0,16*	7,8 +0,1*

* - достоверность разности показателей по сравнению с началом немедикаментозного вмешательства

** достоверность разности показателей между опытной группой и группой наблюдения

Сравнение полученных данных в группе наблюдения и контрольной группе показало, что в результате этапной профилактики инвалидности имела место большая степень увеличения мобильности, физической работоспособности и толерантности к одышке ($p < 0,05$), которые сохранялись на протяжении 9 мес. после ее окончания.

Диетотерапия по современным представлениям является одним из важных методов ведения пожилых пациентов с ХСН. При правильно подобранной диете активируются нейрогормональные сдвиги, в результате которых повышается чувствительность клеток органов мишеней и увеличивается восприимчивость к проводимой фармакотерапии. В результате исследования выявлено, что по сравнению с исходным уровнем через 6 месяцев имело место увеличение показателей физической работоспособности в группе наблюдения – с $643,6 \pm 24,5$ кгм/мин до $769,7 \pm 11,3$ кгм/мин, и в контрольной группе – с $653,2 \pm 20,3$ кгм/мин. до $732,9 \pm 12,5$ кгм/мин. (рис. 2). Таким образом, достоверных различий между пациентами среднего и пожилого возраста не выявлено. Аналогичным образом изменялось расстояние, пройденное пациентом на протяжении 6 мин (до медицинской реабилитации в группе наблюдения - $276,8 \pm 5,9$ м, контроля – $275,3 \pm 11,7$ м; после 6 месяцев медицинской реабилитации – $346,0 \pm 2,2$ м и $309,3 \pm 2,6$ м соответственно

Первичный отбор больных в дневной стационар (в сравнительном аспекте со стационарной и санаторной формой лечебно-реабилитационных мероприятий)

Нами изучена структура направлений в дневные стационары многопрофильных поликлиник пациентов пожилого и среднего возраста с хронической патологией терапевтического профиля.

Выявлено, что в дневной стационар поликлиники участковый терапевт направил $43,4 \pm 3,8\%$ пожилых больных и $39,4 \pm 1,4\%$ пациентов среднего возраста. Врач-специалист поликлиники (кардиолог, ревматолог, пульмонолог и пр.) при очередном диспансерном осмотре направил $45,4 \pm 2,9\%$ пожилого возраста и $41,4 \pm 2,9\%$ среднего возраста. При выявлении признаков ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности пожилым пациентам и пациентам среднего возраста в $9,2 \pm 1,8\%$ и $9,1 \pm 1,5\%$ случаев соответственно лечебные и реабилитационные мероприятия были рекомендованы врачебно-консультативной комиссией (ВКК).

На другие этапы организации медицинской помощи характер отбора больных носил следующий характер. В местный санаторий рекомендации по проведению лечения и медицинской реабилитации направление были даны участковыми терапевтами $95,2 \pm 1,3\%$ пожилым пациентам и $99,2 \pm 1,0\%$ пациентам среднего возраста. С другой стороны, на стационарный этап медицинской реабилитации при декомпенсации хронического заболевания направлено $50,2 \pm 2,7\%$ пожилых больных и $99,2 \pm 1,0\%$ пациентов среднего возраста также участковыми врачами. Врачами-специалистами поликлиники в пожилом возрасте было направлено $38,0 \pm 2,4\%$, в среднем возрасте $35,0 \pm 2,5\%$. ВКК рекомендовала провести курс стационарной реабилитации $10,8 \pm 1,6\%$ пожилым больным и $31,0 \pm 2,1\%$ пациентам средних лет. Таким образом данная

структура направлений практически не имела различий у пациентов пожилого и среднего возраста..

В структуре специальностей врачей, направивших больных на лечение и медицинскую реабилитацию на все этапы, имело место достоверное преобладание терапевтов участковой службы, $p < 0,05$. Этот материал наглядно свидетельствовал о том, что именно первичная медико-санитарная помощь является определяющей в плане выявления, отбора и направления больных на проведение лечения и реабилитации в дневном стационаре. Существенных различий не отмечено и у пациентов среднего возраста,

При первичном отборе на лечение, долечивание и медицинскую реабилитацию в дневном стационаре учитывались цели, которые могут быть достигнуты на каждом из этапов организации медицинской помощи. Распределение пациентов в зависимости от целей направления в дневной стационар, а также на долечивание и медицинскую реабилитацию на других этапах организации медицинской помощи (в расчете на 100 пациентов) представлено в табл. 5. Очевидно, что как в пожилом, так и в среднем возрасте в дневном стационаре поликлиники приступали к началу физических тренировок и применению других нелекарственных методов. У пациентов среднего возраста достоверно чаще проводили мероприятия бытовой адаптации, профессиональной подготовки, $p < 0,056\%$ и $81,2 \pm 2,3\%$, соответственно, на санаторном – $5,2 \pm 0,6\%$ и $10,3 \pm 1,7$. В то же время следует подчеркнуть, что у работающих пенсионеров крайне низко ставилась цель реабилитации как тренировки профессионально значимых функций (на поликлинической этапе – $9,3 \pm 1,9\%$, на стационарном – $1,6 \pm 0,1\%$ и $20,4 \pm 2,3\%$).

В санатории долечивание и медицинская реабилитация пожилых пациентов и пациентов средних лет были ориентированы на подбор нелекарственных методов, повышение общего адаптивного фона, $p < 0,05$. На этапе стационара рациональным являлось проведение углубленной экспертно-реабилитационной диагностики, подбор немедикаментозных методов медицинской реабилитации, $p < 0,05$.

В то же время следует подчеркнуть, что у работающих пенсионеров крайне низко с более молодыми пациентами ставилась такая цель реабилитации как тренировка профессионально значимых функций (на поликлинической этапе – $9,3 \pm 1,6\%$ и $81,2 \pm 2,3\%$, соответственно, на санаторном – $5,2 \pm 0,6\%$ и $10,3 \pm 1,7\%$, на стационарном – $1,6 \pm 0,1\%$ и $20,4 \pm 2,3\%$).

При проведении отбора пациентов на проведение лечения и медицинской реабилитации в дневном стационаре поликлиники учитывались причины эффективных и неэффективных исходов.

Посредством применения факториального анализа нами были выявлены причины, в связи с которыми лечение и медицинская реабилитация в дневном стационаре при ХСН является эффективной или, наоборот, неэффективной.

Согласно полученным данным, у пациентов пожилого и среднего возраста, эффективная медицинская реабилитация в дневном стационаре при ХСН имела место при раннем начале реабилитационных мероприятий, когда сформировались последствия болезни, соответствующие первому

функциональному классу, имеет место высокий реабилитационный потенциал; продолжительность заболевания до начала медицинской реабилитации составляла от 1 года до 10 лет; продолжительность заболевания с первым ФК составляла от шести месяцев до одного года.

Таблица 4

Распределение больных, направленных на этапы программы профилактики инвалидности в зависимости от цели направления(%, на 100 пациентов)

Цель	Возраст	Этап организации помощи		
		Поликлинический (дневной стационар)	Санатор -ный	Стацио- нарный
Экспертно-реабилитационная диагностика	средних лет	2,1 \pm 0,8	–	98,3 \pm 0,7
	пожилые	2,1 \pm 0,8	–	98,3 \pm 0,7
Начало физической реабилитации	средних лет	2,1 \pm 0,8	–	98,3 \pm 0,7
	пожилые	67,2 \pm 2,7	2,1 \pm 0,8	71,2 \pm 2,6
Подбор медикаментозной терапии	средних лет	7,2 \pm 2,7	=	91,2 \pm 0,6
	пожилые	8,5 \pm 1,9	–	92,5 \pm 1,5
Подбор немедикаментозных методов	средних лет	72 \pm 2,7	98 \pm 0,7	21,2 \pm 2,6
	пожилые	98,1 \pm 0,8	97,1 \pm 0,9	21,1 \pm 2,3
Тренировка профессионально-значимых функций (у работающих пенсионеров)	средних лет	7,2 \pm 2,7	5,3 \pm 0,7	91,2 \pm 0,6
	пожилые	9,3 \pm 1,6	5,2 \pm 0,6	1,6 \pm 0,1
Бытовая адаптация	средних лет	72 \pm 2,7	5,3 \pm 0,7	1,2 \pm 0,6
	пожилые	87,2 \pm 1,9	4,1 \pm 1,1	3,2 \pm 1,0
Продолжение программы профилактики инвалидности (повторный курс)	средних лет	72 \pm 2,7	13 \pm 0,7	1,2 \pm 0,6
	пожилые	79,0 \pm 2,3	15,1 \pm 2,0	2,1 \pm 0,8
Повышение общего адаптивного фона	средних лет	12 \pm 2,7	93 \pm 0,7	3,2 \pm 0,6
	пожилые	15,2 \pm 2,0	95,2 \pm 1,2	3,2 \pm 1,0

Неэффективная медицинская реабилитация в дневном стационаре была наиболее вероятна при низком реабилитационном потенциале, продолжительности заболевания свыше 15 лет. Полученные данные необходимо учитывать при составлении стандартов отбора больных на поликлинический этап медицинской реабилитации.

Таким образом, первичный отбор больных в дневной стационар многопрофильной поликлиники должен строиться исходя из следующих соображений: подбор нелекарственных методов воздействия, бытовая и профессиональная адаптация, ориентация на положительный исход в плане динамики медико-социальных показателей течения ХСН.

При изучении вопроса отбора и направления больных с ХСН в дневной стационар мы провели сравнительный анализ больных, направляемых на поликлинический, стационарный и санаторный этапы по типу течения заболевания, его стадии и наличия реальной или потенциальной угрозы инвалидности. Так, благоприятный тип течения заболевания имел место у 53,4±2,9% пациентов пожилого возраста с ХСН, направленных в дневной стационар, 93,4±1,4% – санаторный и 27,7±2,6% – стационарный. Обострение заболевания, по поводу которого проводятся реабилитационные мероприятия, зарегистрировано у 17,2±2,2% реабилитантов на этапе дневного стационара поликлиники, 1,1±0,6% – в санатории и 95,3±1,2% – в стационарном отделении медицинской реабилитации. В группе пациентов среднего возраста достоверных отличий не выявлено. Стадия ремиссии имела место в дневном стационаре поликлиники – у 58,3±2,8% пожилых пациентов и 56,7% у пациентов средних лет. В санатории – 81,4±2,2% и 80,4±2,2%, в стационаре – 0,5±0,2% и 0,4±0,2% пожилого и среднего возраста соответственно. Реальная угроза инвалидности отмечена со следующей частотой (в расчете на 100 больных): поликлиника (дневной стационар) – 58,8±2,8% и 56,8±2,7%, санаторий – 46,3±2,8% и 56,8±2,7%, стационар – 75,4±2,5% и 56,8±2,7%. Потенциальная угроза инвалидности (в расчете на 100 больных) на этапе поликлиники – 41,2±2,8% и 56,8±2,7% больных пожилого и среднего возраста соответственно. На этапе санатория – 63,7±2,7% и 56,8±2,7%, стационара – 24,6±2,5% и 56,8±2,7%. Таким образом, выявлено, что для стационарного этапа, в отличие от других, было характерно направление больных как пожилого, так и среднего возраста, с прогностически неблагоприятным типом течения заболеваний, наличие реальной угрозы инвалидности, $p < 0,05$.

Диагностические мероприятия при направлении пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневной стационар

При направлении в дневной стационар пациентов пожилого и среднего возраста с ХСН проводили следующие тесты (в расчете на 100 пациентов в %, $p < 0,05$): общий анализ крови (99,5±0,4 и 98,4±0,4); общий анализ мочи (99,7±0,3 и 98,4±0,4); электрокардиограмма в 12 отведениях (95,3±1,2 и 98,4±0,4); флюорография (не позднее 12 месяцев) (98,4±0,7 и 98,4±0,4); тонометрия (не позднее 12 месяцев и 98,4±0,4) (95,9±1,1 и 98,4±0,4); состояния физической работоспособности (по данным велоэргометрии, кистевой пробы, пробы Мастера или других тестов) (85,4±2,0 и 98,4±0,4).

Другие исследования, согласно нашим данным, проводили по показаниям при наличии сопутствующей патологии. Так, при сопутствующей хронической патологии бронхолегочной системы с дыхательной недостаточностью принимали решение о проведении спирографии, пикфлоуметрии, бронхолитических тестов (87,6±1,9% в пожилом возрасте и 88,4±0,4% у лиц

средних лет). При ИБС – эхокардиография с определением фракции выброса левого желудочка, состояния его диастолической функции ($52,7 \pm 2,9\%$ и $58,4 \pm 0,4\%$), велоэргометрии или любой другой нагрузочной пробы, объективизирующей толерантность к физическим нагрузкам, состояние коронарного резерва.

При патологии почек рекомендовали ультразвуковое исследование (УЗИ) ($93,2 \pm 1,4\%$ пожилым больным и $98,4 \pm 0,4\%$ пациентам средних лет), по показаниям – рентгеноконтрастные методы ($13,2 \pm 1,9\%$ и $12,4 \pm 0,4$ в среднем возрасте). При наличии суставного синдрома у пациентов обеих групп проводили измерение подвижности в суставах ($95,7 \pm 1,2\%$ и $95,4 \pm 0,4\%$), рентгенологические методы исследования ($98,9 \pm 0,6\%$ и $98,4 \pm 0,4\%$).

При гепатобилиарной патологии пациентам пожилого и среднего возраста рекомендовали биохимический анализ крови с определением активности трансаминаз ($79,3 \pm 2,3\%$ и $78,4 \pm 0,4\%$), уровня билирубина ($89,8 \pm 1,7\%$ и $88,4 \pm 0,4\%$), проведением осадочных проб ($85,2 \pm 2,0\%$ и $98,4 \pm 0,4\%$); УЗИ гепатобилиарной зоны ($91,4 \pm 1,6\%$ и $92,4 \pm 0,4\%$), при необходимости – эзофагогастродуоденоскопию ($67,2 \pm 2,7\%$ и $68,4 \pm 0,4\%$).

Срок выполнения исследований не превышал 10 дней от момента поступления ($99,1 \pm 0,5\%$ пожилых и $98,4 \pm 0,4\%$ пациентов средних лет).

При артериальной гипертензии при направлении пациента в дневной стационар проводили следующие мероприятия. Измерение профиля артериального давления у пациентов пожилого и среднего возраста. Интенсивность охвата пациентов составляла $77,3 \pm 2,4\%$ у пожилых лиц и $74,3 \pm 1,4\%$ в среднем возрасте, в стационаре 100% и $74,3 \pm 1,4\%$, в санатории – $65,2 \pm 2,7\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$. Экспертная оценка В обеих группах соотносилась с высоким уровнем качества, $\chi^2 = 7,25$, $p < 0,05$.

Проведение реоэнцефалографии (или ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий). Проводили преимущественно на поликлиническом этапе ($92,3 \pm 1,5\%$ пожилых больным и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентам средних лет), на стационарном и санаторном соответственно: у пожилых $4,2 \pm 1,1\%$ и $4,1 \pm 1,1\%$, у пациентов среднего возраста $4,3 \pm 1,4\%$ и $4,3 \pm 1,4\%$. Это расценивалось экспертами как адекватная реабилитационная диагностика, $\chi^2 = 6,5$, $p < 0,05$.

Проведение УЗИ почек. Имело место на поликлиническом этапе ($95,4 \pm 1,2\%$) у пожилых больных и $74,3 \pm 1,4\%$ у пациентов среднего возраста, что являлось адекватным и соответствовало высокой оценке качества, $\chi^2 = 7,3$, $p < 0,05$. Интенсивность охвата методом на стационарном этапе составляло $3,1 \pm 0,9\%$, на санаторном – $1,5 \pm 0,7\%$ у пожилых пациентов. У пациентов среднего возраста на стационарном – $74,3 \pm 1,4\%$, на санаторном – $74,3 \pm 1,4\%$.

Проведение офтальмоскопии, лабораторные методы исследования (биохимические анализы – определение уровня глюкозы, холестерина, мочевины, креатинина, электролитов, липидного спектра; исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко) также осуществляли преимущественно в поликлинике, $91,3 \pm 1,6\%$ в пожилом возрасте и $74,3 \pm 1,4\%$ в среднем. На стационарном этапе имело место в $6,2 \pm 1,4\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$, санаторном – $2,5 \pm 0,9\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$ случаев соответственно. Выполнение этих исследований

на поликлиническом этапе являлось адекватным, соответствует высокому уровню качества, $\chi^2 = 7,6$, $p < 0,05$.

Таким образом, при артериальной гипертензии основной объем диагностических мероприятий проводился именно в поликлинике при направлении в дневной стационар. Необходимо обратить внимание, что на данном этапе не выявлено достоверных различий в объеме диагностических мероприятий у пациентов пожилого и среднего возраста

При хронических формах ИБС на всех этапах с равной частотой проводилось измерение профиля артериального давления – в поликлинике $95,3 \pm 1,2\%$ случаев, в санатории – $94,5 \pm 1,3\%$, в стационаре – 100% для пожилых пациентов, и $74,3 \pm 1,4\%$, $74,3 \pm 1,4\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$ соответственно для пациентов среднего возраста. С меньшей частотой проводилось назначение холтеровского мониторирования, однако достоверной разности показателей интенсивности охвата больных на этапах мы не выявили как в среднем, так и в пожилом возрасте. На поликлиническом этапе холтеровское мониторирование было назначено в $6,3 \pm 1,4\%$ пожилым пациентам и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентам средних лет, в стационаре – $3,4 \pm 1,0\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$, в санатории – $1,1 \pm 0,6\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$ соответственно. И если интенсивность охвата мониторингом артериального давления соответствовало высокому уровню качества ($\chi^2 = 7,5$, $p < 0,05$), то холтеровское мониторирование производится в недостаточном объеме. Его отсутствие расценивалось как значительное упущение, соответствует средней оценке качества, $\chi^2 = 7,6$, $p < 0,05$. Эхокардиография проводилась в основном на поликлиническом этапе ($75,1 \pm 2,5\%$ пожилым больным и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентам средних лет), что признается адекватным в обеих группах, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$. На санаторном этапе эхокардиография имела место в $0,5\%$ и $0,3\%$ случаев, в стационаре – $24,4 \pm 2,5\%$ в пожилом возрасте и $24,3 \pm 1,4\%$ у пациентов средних лет.

Возможности дневного стационара поликлиники в реализации немедикаментозных компонентов лечебно-реабилитационных программ при хронической сердечной недостаточности

Нами изучена структура видов ЛФК, назначаемых в дневном стационаре поликлиники. Выявлено, что в дневном стационаре поликлиники на первый план выходила дозированная ходьба, которая является наиболее физиологичным видом ЛФК. Она была рекомендована $92,1 \pm 1,6\%$ пожилым пациентам и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентам среднего возраста.

ЛГ занимала в структуре назначений вторые позиции, при этом ЛГ групповым методом была рекомендована $84,3 \pm 2,1\%$ пожилым больным и $74,3 \pm 1,4\%$ больным среднего возраста, а индивидуальные занятия проводились у $21,5 \pm 2,7\%$ пожилых больных и $74,3 \pm 1,4\%$ больных среднего возраста.

Достаточно высока была интенсивность назначения тренировок с использованием тренажеров ($52,1 \pm 2,9\%$ у пожилых пациентов, и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентов среднего возраста). В нашем исследовании на поликлиническом этапе большинство больных получало от 10 до 14 процедур ЛФК ($62,2 \pm 2,8\%$ в пожилом возрасте и $74,3 \pm 1,4\%$ в среднем возрасте), от 15 до 19 процедур на один курс – $31,5 \pm 2,7\%$ у пожилых больных и $74,3 \pm 1,4\%$ у пациентов среднего

возраста. Это достоверно отличалось от частоты встречаемости иных градаций продолжительности назначения ЛФК ($p < 0,05$), поскольку количество пациентов, которым на протяжении курса было рекомендовано от 0 до 5 процедур составило $0,2 \pm 0,01\%$ пожилых пациентов, $74,3 \pm 1,4\%$ пациентов среднего возраста; от 6 до 9 процедур – $2,1 \pm 0,8\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$; 20-24 процедуры – $2,0 \pm 0,8\%$ у пожилых больных и $74,3 \pm 1,4\%$ у пациентов средних лет; от 25 до 29 процедур – $2,0 \pm 0,8\%$ и $74,3 \pm 1,4\%$; 30 и более процедур в пожилом и среднем возрасте назначено – $0,7 \pm 0,4\%$ и $0,3 \pm 1,4\%$ соответственно.

Аппаратную физиотерапию в обеих группах проводили только пациентам, у которых причиной развития ХСН была первичная бронхолегочная патология в виде хронической обструктивной болезни легких. При артериальной гипертензии и ИБС аппаратную физиотерапию не назначали ввиду наличия противопоказаний. Из методов использовали ингаляционную терапию (в $98,9 \pm 0,2\%$ у пожилых пациентов и $74,3 \pm 1,4\%$ в среднем возрасте) от больных с хронической обструктивной болезнью легких, КВЧ-терапию (в $21,2 \pm 2,3\%$ и $4,3 \pm 1,4\%$ случаев), светотерапию (в $14,2 \pm 3,2\%$ случаев в пожилом возрасте и $74,3 \pm 1,4\%$ у пациентов средних лет).

Функциональная трудотерапия, которая характеризуется подбором трудовых операций, способствующих максимальному вовлечению пострадавшей функции в трудовой процесс без угрозы состоянию больного была применена у $14,5 \pm 2,0\%$ пожилых пациентов и $74,3 \pm 1,4\%$ пациентов среднего возраста на поликлиническом этапе. Общеукрепляющая трудотерапия в основном рекомендовалась для применения в домашних условиях, что имело место в $75,2 \pm 2,5\%$ случаев у лиц пожилого возраста и в $74,3 \pm 1,4\%$ у пациентов средних лет. Производственная трудотерапия в дневном стационаре назначалась пожилым пациентам чрезвычайно редко, лишь $3,5 \pm 1,0\%$ у работающих пенсионеров. Для санаторного и стационарного этапов проведение трудотерапии это было не характерно, а низкая интенсивность охвата ею пациентов в поликлинике свидетельствовало о необходимости энергичных мероприятий по внедрению этого метода. Следует подчеркнуть, что у лиц среднего возраста реабилитация как тренировка профессионально значимых функций была назначена чаще (на поликлинической этапе – $9,3 \pm 1,1\%$, на стационарном – $1,6 \pm 0,1\%$ и $20,4 \pm 2,3\%$).

Медико-социальная эффективность ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре

При рассмотрении вопроса медико-социальной эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий пожилых пациентов с ХСН в дневном стационаре поликлиники ориентировались на ближайшие и отдаленные результаты. Под ближайшими результатами ведения больных с ХСН в дневном стационаре мы понимали динамику жалоб больного и состояния физикального статуса, отдаленными – динамику медико-социальных показателей течения заболевания под влиянием проводимых мероприятий.

Ближайшие результаты. При изучении динамики жалоб выявлено, что положительная динамика имела место в $87,2\%$ и $89,2\%$ у пациентов пожилого и среднего возраста соответственно, отсутствие динамики у $11,3\%$ и $9,8\%$,

отрицательная динамика у 2,5% в пожилом возрасте и 2,0% у пациентов средних лет. Для сравнения – после окончания курса лечения/реабилитации в санаторных и стационарных условиях положительная динамика отмечена у 89,4% и 92,3% пациентов пожилого возраста. У пациентов средних лет - 88,2% в санаторных условиях и достоверно выше на стационарном этапе - 95,8%* ($p < 0,05$). Отсутствие динамики отмечено соответственно у 10,1% и 3,3% пациентов пожилого возраста. У пациентов средних лет - 10,2% в санаторных условиях и 3,6% на стационарном этапе. Отрицательная динамика у пожилых пациентов на санаторном этапе отмечена в 1,1% и стационарном этапах в 5,2% случаев. Достоверно более высокие значения отмечены у пациентов средних лет - 2,2% и 1,4* % ($p < 0,05$) на санаторном и стационарном этапах соответственно.

Динамика физикального статуса имела следующий характер: без динамики (соответственно в дневном стационаре поликлиники, санатории, стационаре) – 27,3% в пожилом возрасте и 29,9% в среднем возрасте, 31,2% и 31,7%, 7,3% у пожилых больных и достоверно меньше в группе пациентов средних лет - 1,3* ($p < 0,05$). Положительная динамика в дневном стационаре отмечена у 72,2% пожилых и у 69,9% пациентов средних лет. В санатории у пожилых пациентов - 67,5%, а у лиц средних лет- 67,8%, . В стационаре положительная динамика отмечена достоверно реже у пациентов пожилого возраста- 89,3%, в сравнении с больными средних лет- 95,3* ($p < 0,05$). Отрицательная динамика в дневном стационаре имела место у -0,5% пожилых больных и у 0,2% лиц средних лет. В санатории -1,3% в пожилом возрасте и 0,5% в среднем возрасте. В стационаре отрицательная динамика отмечена у 4,4% и 4,4% пациентов пожилого и среднего возраста соответственно. Приведенные данные свидетельствовали о положительных ближайших результатах реабилитационных мероприятий. Достоверная разность показателей ($p < 0,05$) в динамике физикального статуса на поликлиническом и санаторном этапах по отношению к стационарному, была связана с особенностями контингента больных. На двух первых этапах он являлся малоизменчивым, что, в свою очередь, было связано со стабильным состоянием направляемых пациентов.

Отдаленные результаты. Мы провели исследование по изучению показателей течения хронических заболеваний с ХСН на протяжении 1 года до и после лечения в дневном стационаре с целью разработки критериев эффективности ведения больных с ХСН. Выявлено, что показатели течения хронических заболеваний с ХСН, по поводу которых проводилась профилактика инвалидности в дневном стационаре поликлиники (далее по тексту просто заболеваний), имели следующие значения.

В течение 1 года до направления в дневной стационар в амбулаторно-поликлинических условиях число обострений (ухудшений, декомпенсаций – далее по тексту просто обострений) заболеваний у пациентов пожилого возраста составило $2,33 \pm 0,04$ и достоверно выше у пациентов среднего возраста - $2,56 \pm 0,02$ * ($p < 0,05$). После использования возможностей дневного стационара этот показатель был равен $1,99 \pm 0,03$ у пожилых пациентов и достоверно снизился до $1,87 \pm 0,02$ * ($p < 0,05$) у пациентов средних лет..

После реализации программ также отмечалось достоверное снижение числа обращений в поликлинику в периоде между обострениями заболевания у пациентов пожилого возраста с $2,45 \pm 0,07$ до $1,77 \pm 0,05^*$ ($p < 0,05$). У пациентов средних лет отмечалось достоверно более значимое снижение числа обращений с $2,43 \pm 0,01$ до $1,32 \pm 0,04^*$ ($p < 0,05$)

Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью при ведении в дневном стационаре

В результате исследования выявлено, что после реализации лечебно-реабилитационных программ при ИБС у людей пожилого возраста интегральный показатель был достоверно выше - $84,0^*$, также и у лиц среднего возраста - $84,2^*$ ($p < 0,05$), в сравнении с показателями до проведения медицинской реабилитации - $66,3$ и $65,2$ соответственно, что соответствовало высокому качеству жизни. При артериальной гипертензии 1 степени 1-2 класса риска - $90,0^*$ в пожилом и $91,1^*$ ($p < 0,05$) в среднем возрасте, т.е. качество жизни также было достоверно высоким, в сравнении с показателями до реабилитации $78,2$ и $74,2$ соответственно.

При сочетании этих заболеваний у одного больного, интегральный показатель качества жизни пациентов пожилого и среднего возраста, составил $76,9$ и $78,2$ соответственно, в сравнении с показателями до проведения медицинской реабилитации - $52,9$ у пожилых больных и $52,4$ у лиц средних лет. Это также соответствовало высокому качеству жизни, хотя оно более низкое по сравнению с качеством жизни пациентов с одним заболеванием.

Полученные данные свидетельствовали также о статистически достоверном положительном влиянии мероприятий, проводимых в дневном стационаре, на качество жизни пациентов кардиологического профиля, $p < 0,05$.

Таким образом, интегрированная схема реализации клинических лечебно-реабилитационных программ для пожилых с ХСН в дневном стационаре предусматривает соблюдение следующих принципов: перед направлением в дневной стационар пожилых больных должны проводиться реабилитационный отбор и реабилитационная диагностика, при этом отбор должен быть направлен на больных с недлительным анамнезом заболевания в связи с тем, что именно дневной стационар является эффективной формой профилактики усугубления течения ХСН; клинические лечебно-реабилитационные программы должны включать комплекс медикаментозных и немедикаментозных мероприятий, при этом как медикаментозное, так и немедикаментозное вмешательство должно базироваться на принципах доказанной клинической эффективности; при анализе эффективности лечебно-диагностических мероприятий в дневном стационаре необходимо учитывать как динамику показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, так и степень удовлетворенности пациентов, и достигнутый уровень качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. Дневной стационар является оптимальной формой организации лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста с первым и вторым функциональными классами хронической сердечной недостаточности в связи с возможностью сочетания медикаментозных и немедикаментозных методов, включением домашнего этапа ведения, заменой круглосуточного пребывания больных на дневное, наступлением адекватной социальной адаптации и в итоге улучшением функционального состояния и качества жизни в 92,1% случаев.

2. Особенностью медикаментозного ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью является использование преимущественно таблетированных препаратов следующих групп: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (квинаприл, периндоприл, рамиприл, трандолаприл), бета-блокаторы (небиволол, бетаксолол, бисопролол, карведилол, метопролол, соталол), диуретики (фуросемид, спиронолактон, триамтерен), сердечные гликозиды (дигоксин, изоланид, дигитоксин), блокаторы альдостероновых рецепторов (спиронолактон).

3. Особенности немедикаментозной тактики ведения пожилых пациентов является преимущественное назначение методов психологической поддержки и психотерапии, кинезотерапии и физиотерапии, направленных на достижение социальной адаптации, повышение толерантности к нагрузкам и улучшение перфузии поперечно-полосатой мускулатуры.

4. Изученные нами установлены медико-организационные закономерности ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре, касающиеся отбора пациентов, диагностических мероприятий, лечения и реабилитации, оценки эффективности, что позволяет при внедрении улучшить клинический и медико-социальный эффекты на 12,5%.

5. Клиническая эффективность лечения и реабилитации пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре согласно разработанным нами методикам подтверждается значительной положительной динамикой физической работоспособности – на 12,3%, способности к передвижению – на 10,5%.

6. Медико-социальная значимость ведения пожилого пациента в дневном стационаре многопрофильной поликлиники заключается в том, что совокупность принимаемых мер позволяет повысить качество жизни пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

7. Интегрированная схема реализации клинических лечебно-реабилитационных программ для пожилых с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре предусматривает соблюдение следующих принципов: перед направлением в дневной стационар пожилых больных должны проводиться реабилитационный отбор и реабилитационная диагностика, при этом отбор должен быть направлен на больных с недлительным анамнезом заболевания в связи с тем, что именно дневной

стационар является эффективной формой профилактики усугубления течения хронической сердечной недостаточности; клинические лечебно-реабилитационные программы должны включать комплекс медикаментозных и немедикаментозных мероприятий, при этом как медикаментозное, так и немедикаментозное вмешательство должно базироваться на принципах доказанной клинической эффективности; во время лечения пациента с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре необходимо включение домашней фазы ведения пациента; при анализе эффективности лечебно-диагностических мероприятий в дневном стационаре необходимо учитывать как динамику показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, так и степень удовлетворенности пациентов, и достигнутый уровень качества жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В программы ведения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью, в амбулаторных условиях необходимо включать курсы лечения и реабилитации, проводимые в условиях дневных стационаров поликлиник.

2. В немедикаментозной терапии пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневных стационарах целесообразно использовать методы психологической поддержки и психотерапии, кинезотерапии и физиотерапии.

3. При оценке эффективности лечения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневных стационарах наряду с традиционными критериями оценки эффективности следует проводить оценку показателей качества жизни в динамике по визуальной аналоговой шкале.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК

Министерства образования и науки Российской Федерации

1. Горелик С.Г. Основные клинические синдромы в гериатрической практике/ С.Г. Горелик, Я.В. Журавлева, Д.В. Аксенов//Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. – Вып. 16/1. – С. 71-74.
2. КВЧ-терапия при хронической обструктивной болезни легких в условиях дневного стационара/ А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев, А.А. Алтухов, Д.В. Аксенов, Г.Н. Сovenko, Д.С. Медведев//Успехи геронтологии. – 2009. - № 2. – С. 45-47.
3. Клинические аспекты применения клофелина в послеоперационном периоде у пожилых пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией/А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев, И.И. Зарадей, А.А. Алтухов, Д.В. Аксенов, И.В. Князькин, И.С. Сафонов//Успехи геронтологии. – 2009. - № 3. – С. 491-495.
4. Куницына Н.М. Сравнительный анализ деятельности дневных стационаров государственных и частных учреждений, оказывающих помощь пожилым больным с сердечно-сосудистой патологией/Н.М. Куницына, Е.В. Юдина, Д.В. Аксенов//Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. – Вып. 16/1. – С. 79-83.

5. Нейроиммунопротективные механизмы протективных эффектов медицинской реабилитации/ А.Н. Ильницкий, К.И. Прошаев, И.М. Кветной, Г.Н. Сovenко, А.А. Алтухов, Д.В. Аксенов, Д.С. Медведев, И.И. Зарадей, И.С. Сафонов//Успехи геронтологии. – 2010. - № 2. – С. 204-207.

Тезисы докладов

6. Аксенов Д.В. Особенности отбора пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью на лечение в дневной стационар/Д.В. Аксенов//Актуальные вопросы кардиологии: Матер. конф. – Белгород: БелГУ, 2008. – С. 48.
7. Аксенов Д.В. Роль стационарзамещающих технологий в реализации новых направлений в клинической геронтологии/Д.В. Аксенов// Амбулаторная медицина (мат. конф.). – М., 2011. – С. 21.
8. Аксенов Д.В. Хроническая сердечная недостаточность в пожилом возрасте как гериатрическая проблема/Д.В. Аксенов, Г.Н. Сovenко//Актуальные вопросы кардиологии: Матер. конф. – Белгород: БелГУ, 2008. – С. 32.
9. Артериальная гипертензия как сопутствующее заболевание при хирургической патологии: возрастные и клиничко-эпидемиологические аспекты/К.И. Прошаев, И.С. Сафонов, И.И. Зарадей, А.Н. Ильницкий, Г.Н. Сovenко, Д.В. Аксенов, А.А. Алтухов //Матер. 13 Ежегодной научной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. – М.: НЦССХ, 2009. – С. 154.
10. Валеологическая, профилактическая и социальная направленность в системе подготовки медсестер с высшим образованием/ А.Н. Ильницкий, А.А. Лукьянов, К.И. Прошаев, В.В. Фесенко, Г.Н. Сovenко, А.А. Алтухов, Д.В. Аксенов, Педро Машадо Иносенсио//Геронтологические чтения: Матер. конф. – Белгород – Новополюцк: БелГУ, ПГУ, 2009. – С. 18-19.
11. Дневной стационар как форма организации лечения и реабилитации пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью/Г.Н. Сovenко, К.И. Прошаев, А.Н. Ильницкий, Д.В. Аксенов, А.А. Алтухов//Геронтологические чтения: Матер. конф. – Белгород – Новополюцк: БелГУ, ПГУ, 2009. – С. 27-28.
12. Синтетические антиоксиданты в первичной и вторичной профилактике коронарной болезни сердца в пожилом возрасте/А.Н. Ильницкий, К.И. Прошаев, Г.Н. Сovenко, И.И. Зарадей, Д.В. Аксенов, И.С. Сафонов//Геронтологические чтения: Матер. конф. – Белгород – Новополюцк: БелГУ, ПГУ, 2009. – С. 18-19.
13. Сovenко Г.Н. Бета-блокаторы в лечении хронической сердечной недостаточности у пожилых/ Г.Н. Сovenко, Д.В. Аксенов//Актуальные вопросы кардиологии: Матер. конф. – Белгород: БелГУ, 2008. – С. 44.
14. Сovenко Г.Н. Ингибиторы АПФ в амбулаторно-поликлинической гериатрической практике/Г.Н. Сovenко, Д.В. Аксенов//Инновационные направления в клинике внутренних болезней: Мат. конф. – Киев, 2011. – С. 22.

АКСЕНОВ Денис Васильевич ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ
// Автореф. дис. ... канд. мед наук.: 14.01.30. – СПб., 2011. – 28 с.

Подписано в печать «20» октября 2011. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 30 .

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.