

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. Антидепрессанты назначают сразу при наличии выраженной симптоматики, а также в ситуациях, когда больного беспокоят мысли о самоубийстве или он отказывается от еды и употребления жидкости.

Препаратами первого выбора могут быть сертралин (25 мг) или циталопрам (10 мг) при ежедневном приеме. Дозу можно постепенно повышать. Улучшение течения заболевания происходит в 50-75% случаев на фоне лечения антидепрессантами.

При наличии синдрома ДП необходимо выявить причины ее развития. Это может быть очередной рецидив депрессивного психического расстройства, дебютировавшего ранее. В таком случае следует учесть опыт ведения больного в период предыдущего эпизода, это может помочь в выборе терапии. Также следует учитывать, что пожилые люди часто страдают соматическими заболеваниями, которые могут являться причиной развития симптомов, свойственных ДП. Это особенно важно учитывать в тех случаях, когда заболевание дебютирует в пожилом возрасте.

ДП также может быть следствием метаболических расстройств, таких как избыток глюкокортикоидов и нарушения функции щитовидной железы. Гипотиреоз и гипертиреоз способствуют развитию ДП. Многие симптомы могут являться признаками разных заболеваний, диагноз базируется на жалобах по поводу субъективного ощущения пустоты и отсутствия чувства удовольствия от тех видов активности, которые ранее доставляли радость. Кроме того, ДП часто развивается у больных с раком поджелудочной железы, причем симптоматика

ДП и тревоги может появиться до того, как будет диагностировано онкологическое заболевание. Сопутствующая сосудистая патология (ИБС, инсульт) — частое явление у пожилых лиц с ДП. У многих из них отмечаются признаки цереброваскулярной недостаточности. Выделяют группу депрессивных расстройств, являющихся следствием поражения сосудов головного мозга, она носит название «сосудистая депрессия».

Т. о., при лечении пожилого человека с впервые возникшей ДП необходимо обращать особое внимание на сопутствующую патологию. Существует чисто медицинская основа для развития ДП - химический дисбаланс. Она является довольно распространенным явлением, ее симптомы поддаются лечению, а выздоровление — обычный исход. Существует несколько подходов к лечению: наблюдение, терапия антидепрессантами, психотерапия. Различные антидепрессанты примерно одинаково эффективны в лечении клинически выраженной ДП у пожилых пациентов. Ведение пациентов с ДП может эффективно осуществляться за счет имеющихся антидепрессантов при учете переносимости и сопутствующих заболеваний. Если ДП плохо поддается лечению, то риск быстрого прогрессивного нарушения функциональных способностей резко возрастает.

### ***Рациональная фармакотерапия при различных заболеваниях***

#### **Антиоксидантная терапия свободнорадикальной патологии**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет, Институт высшего сестринского образования*

*Краснодар, Россия*

E-mail: para.path@mail.ru

К свободно-радикальным патологиям (СРП) следует относить заболевания, вклад свободных радикалов (СР) в этиологию или патогенез которых теоретически обоснован и имеет убедительные экспериментальные подтверждения. Атеросклероз, а также ишемия и инфаркт миокарда являются характерными примерами СРП. Установлено, что пусковым моментом атерогенеза является увеличение скорости генерирования активных форм кислорода (АФК) в мембранах эндоплазматического ретикула гепатоцитов при алиментарной гиперхолестеринемии, происходящее на фоне резкого снижения активности антиоксидантов (АО). В крови больных атеросклерозом обнаружено существенное

увеличение содержания продуктов СР-го окисления. С позиций СР-ной теории обоснованы основные механизмы атерогенеза: образование пенных клеток и развитие липоидоза аорты, миграция гладкомышечных клеток из медиа в интиму и усиление их пролиферации, тромбоз сосудов. СР могут играть важную роль в возникновении и прогрессировании гипертонии, инсульта, патологии сосудов и сердца. Показано, что при ишемии содержание АФК резко возрастает, способствуя образованию активных липидных СР, при одновременном подавлении ферментных систем их утилизации. К СР-ным патологиям причисляют преждевременное старение, лучевую болезнь, воспаление и связанные с ним заболевания, такие как ревматоидный артрит, токсикозы и болезни, вызванные загрязнением окружающей среды или работой на вредных производствах, а также различные патологии курильщиков. СР индуцируют канцерогенез и принимают активное участие в процессе роста злокачественных новообразований, способствуют развитию диабета и патологий ЦНС, включая