

місяць після курсу тренувань, що свідчить про необхідність їх тривалого застосування. Ефект більш стійкий та більш тривалий у хворих з вираженою клінічною симптоматикою ХОЗЛ.

## Немедикаментозні методи реабілітації хворих похилого віку з ХОЗЛ

*Е.О. Асанов, Ю.І. Голубова, І.А. Діба, Г.П. Войнаровська  
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова  
НАМН України», Київ*

В умовах пандемії COVID-19 проблема реабілітації хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) набуває особливого значення. Для хворих похилого віку оцінка адаптаційних можливостей і функціонального стану дихальної системи є особливо важливою. Труднощі розробки реабілітаційних заходів у літньому віці для хворих з ХОЗЛ обумовлені, з одного боку, віковими змінами дихальної системи, що сприяють розвитку патологічних процесів в ній і поглиблюють їх перебіг, а, з іншого боку, з частими коморбідними станами та обмеженнями щодо використання медикаментозних методів.

Для застосування при ХОЗЛ патофізіологічно обґрунтованими є інтервальні нормобаричні гіпоксичні тренування (ІНГТ). При цьому ІНГТ добре переносяться і практично не викликають негативних побічних явищ.

У відділенні клінічної фізіології та патології внутрішніх органів ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» розроблено принципи реабілітації хворих похилого віку з ХОЗЛ з використанням ІНГТ.

1. Оцінка показань і протипоказань для проведення ІНГТ.

2. Індивідуальний підбір рівня гіпоксичного навантаження для проведення тренувань. Для цього проводиться гіпоксична проба із вдиханням 12 % кисню протягом двадцяти хвилин, визначається стійкість (знижена або збережена) до гіпоксії та, в залежності від цього, здійснюється підбір рівня гіпоксичного навантаження.

3. При неможливості проведення гіпоксичної проби — проведення прогнозування ймовірності зниженої стійкості до гіпоксії за розробленою методикою і, в залежності від цього, індивідуальний підбір рівня гіпоксичного навантаження.

4. Індивідуальний підбір режиму проведення ІНГТ. Визначається кількість гіпоксичних впливів (від 3 до 5) при кожному тренуванні в залежності від сатурації крові, стадії бронхіальної обструкції та клінічної групи ХОЗЛ.

5. Оцінка ефективності застосування ІНГТ за клініко-інструментальними показниками та ступенем стійкості до гіпоксії. Для цього проводять оцінку показників спірометрії, опитувальників та стійкості до гіпоксії до, через місяць та три місяці після тренувань.

Застосування ІНГТ з використанням описаних підходів дозволяє істотно поліпшити адаптаційні можливості і функціональний стан кардіореспіраторної системи, а також знизити ризик розвитку небажаних побічних явищ у хворих похилого віку з ХОЗЛ.

## Геріатричні синдроми в комплексній геріатричній оцінці

*М.Г. Ахаладзе, Л.М. Єна  
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова  
НАМН України», Київ*

Паліативна допомога в геріатрії розцінюється як медико-соціальний підхід, спрямований на підвищення якості життя осіб старшого віку, що мають геріатричні синдроми (ГС), які зумовлюють обмеження функціонування і високий ризик летальності.

Діагностика ГС стає обов'язковою складовою комплексної геріатричної оцінки (КГО) осіб похилого і старечого віку. КГО — сукупність спеціальних методів обстеженням (діагностика фізичного, психоемоційного і соціального статусу) з залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів на чолі з геріатром. Передбачає розробку індивідуальних програм ведення пацієнтів.

Геріатричні синдроми класифікують як соматичні (мальнутриція, пролежні, нетримання сечі і калу, падіння і порушення ходи, гіпомобільність, запаморочення, атаксія, больовий синдром, порушення слуху і зору), психічні (деменція, делірій, порушення поведінки, депресія), соціальні (соціальна ізоляція, повна залежність від сторонніх, втрата здатності до самообслуговування, порушення сімейних зв'язків).

Геріатричні синдроми прогностично значущі щодо тривалості життя, функціонального стану, якості життя. Їх виявлення може приводити до кардинальних змін в тактиці і стратегії лікування і обслуговування людей похилого і старечого віку.

Відбір пацієнтів значною мірою ускладнює поліморбідність. Тому надзвичайно важливою є спеціалізована геріатрична оцінка з виділенням

провідних ГС, розробка уніфікованих критеріїв відбору для надання паліативної допомоги, яка заснована не тільки на клінічних, але і на соціальних і функціональних характеристиках.

Таким чином, паліативна допомога в геріатрії є надзвичайно важливою частиною системи спеціалізованої допомоги особам з критичним ступенем старечої астенії. Діагностика ГС є конче необхідною складовою спеціалізованої геріатричної оцінки осіб з високим ризиком летального наслідку. Все це спрямовано на формування індивідуального плану лікувальних та реабілітаційних заходів, а також плану соціальної та психологічної підтримки.

## Антагоніст альдостерону спіронолактон в лікуванні фібриляції передсердь у літніх хворих на гіпертонічну хворобу

*Л.В. Бевзюк, Л.М. Єна, О.Г. Гаркавенко  
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова  
НАМН України», Київ*

Артеріальна гіпертензія є найбільш значущим фактором ризику фібриляції передсердь (ФП) в популяції людей старшого віку. Upstream терапія ФП включає блокатори системи ренін-ангіотензин-альдостерон (РААС) як засоби зворотного структурного, метаболічного та електричного ремоделювання серця.

**Мета роботи** — з'ясувати патогенетичну та клінічну обґрунтованість спіронолактону (С) в комплексній терапії хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в похилому віці.

**Матеріали і методи.** Обстежено 80 пацієнтів похилого віку (69,0±1,2 років) з персистуючою (персФП) і постійною ФП (постФП) до і після 12 міс лікування (ЕКГ стандартна та високого підсилення, трансторакальна ехокардіографія (ЕхоКГ) з тканинною доплерографією, добове моніторування артеріального тиску (АТ) і ЕКГ, анкетування за шкалами CHADS<sub>2</sub>VASc, EQ-5D та EHRA) з включенням С у дозі 25 мг/доба порівняно зі стандартною терапією.

**Результати.** В групі С відбувалось покращення якості життя (за EQ-5D) в категорії «повсякденна активність», вірогідне зменшення добової кількості одиноких, парних і групових шлуночкових екстрасистол (відповідно в 4,5, 5,7 і 1,7 разів) на тлі покращення електричної гомогенності міокарду, при персФП — кількості епізодів ФП. Додаткове призначення С призводило до достовірного зменшення індексу маси міокарду на 28,3±3,2 г/м<sup>2</sup>

та 22,6±6,3 г/м<sup>2</sup>, відповідно, при постФПА та персФП, розміру ЛП — на 6,1 % і 5 %, середнього артеріального тиску в легеневій артерії — на 6,2±0,9 і 7,8±1,2 мм рт. ст., діастолічної дисфункції (за показником E/E') — на 1,9±0,4 і 3,3±0,7 ум. од., зростання фракції викиду лівого шлуночка — на 8 % і 9,8 %. Як важливий механізм реалізації позитивного впливу С на структурно-функціональний стан серця слід розглядати його антигіпертензивну дію: порівняно зі стандартним лікуванням знижувались середньодобові, денні і нічні значення систолічного, діастолічного і пульсового АТ, варіабельність систолічного АТ, швидкість ранкового підйому АТ, зростав ступінь нічного зниження АТ.

**Висновок.** Спіронолактон у літніх хворих з ГХ та ФП проявляв антигіпертензивну дію, на тлі регресу гіпертрофії міокарду зменшував явища електричної негомогенності міокарда, що лежить в основі його позитивного клінічного ефекту.

## Частота саркопенії у пацієнтів із неврологічною патологією

*М.А. Бистрицька  
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова  
НАМН України», Київ*

Саркопенія — генералізоване захворювання скелетних м'язів із прогресуючим перебігом, яке проявляється зниженням м'язової сили, маси та функції. У пацієнтів із неврологічною патологією розвиток саркопенії може погіршити функціональні можливості та якість життя.

**Мета дослідження** — визначити частоту саркопенії у пацієнтів із захворюваннями центральної нервової системи (хвороба Паркінсона (ХП), мозковим інсультом (МІ), травмою хребта та спинного мозку (ТХСМ)).

**Матеріали і методи.** Обстежено 410 пацієнтів, які знаходились під спостереженням в ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України». 250 пацієнтів склали основну групу (89 з ХП — підгрупа 1, 84 з МІ та руховими порушеннями різного ступеня вираженості — підгрупа 2, 77 з пара- чи тетраплегією внаслідок ТХСМ — підгрупа 3), а також 160 здорових осіб, які склали групу порівняння й також були розділені на три підгрупи. Показники тілобудови (жирова та знежирена маси тіла) визначали за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Саркопенію діагностували згідно до індексу апендикулярної знежиреної маси, значення