

тогда как количество зарегистрированных случаев тяжелой CDI в 2014 году было 192, а в 2015 году — 165. Средний возраст пациентов составил $69 \pm 13,6$ года. Наибольшее число случаев отмечено в отделениях нефрологии (32,9%), терапии (26,9%) и ОРИТ (25,7%). Средняя длительность госпитализации пациента с тяжелой CDI составила $21 \pm 10,5$ койко-день, в то время как средняя продолжительность госпитализации в ГКБ №52 — 6,1 койко-дня. Летальность составила 32,7% (53 человека из 162). Значительно увеличился риск развития тяжелой CDI у пациентов, находившихся в ОРИТ более 1 суток, — 57,5% (96 пациентов из 167), а также наблюдалось повышение числа неблагоприятных исходов вследствие CDI — 50% (48 пациентов из 96). Учитывая полученные эпидемиологические данные, на основе рекомендаций Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) и Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ESCMID) в ГКБ №52 разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения CDI, а также проведены занятия с врачами всех специальностей. Алгоритм регламентирует клинико-лабораторный минимум диагностики при подозрении на CDI, состоящий из блока лабораторных анализов, инструментальных методов исследования, в зависимости от которого проводится оценка тяжести течения CDI и осуществляется выбор антимикробной терапии. Регламентируются противозидемические мероприятия: изоляция пациента с CDI, применение одноразовых перчаток, мытье рук с мылом после каждого контакта с пациентом и окружающих его предметами. Результатом проведенных мероприятий стало увеличение настороженности врачей относительно клостридиальной инфекции, что проявилось увеличением числа диагностированных CDI в июле—августе 2016 г. на 31,3% по сравнению с первым полугодием 2016 года, увеличением числа исследований, направленных на диагностику CDI, увеличилась комплаентность врачей ГКБ №52 в соблюдении разработанного диагностического и лечебного алгоритма. В перспективе это должно послужить уменьшению распространения, заболеваемости и соответственно смертности от инфекции, ассоциированной с *Clostridium difficile*. Выводы: 1. CDI актуальная нозокомиальная инфекция, приводящая к росту летальности и длительности госпитализации. 2. Основные факторы риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода CDI — пожилой возраст и контакт с ОРИТ. 3. Образовательные мероприятия, внедрение лечебно-диагностических алгоритмов улучшают диагностику CDI, обеспечивают правильную стратегию лечения, что в перспективе улучшает прогноз.

Артериальная гипертония

Рунихина Н.К., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В.
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Численность людей старше 80 лет растет быстрее, чем какой-либо другой возрастной группы, а ожидаемая продолжительность жизни этих людей за последние 50 лет выросла на 50%. Лечение АГ у лиц в этом возрасте заслуживает отдельного обсуждения. Кроме того, заболеваемость и распространенность сопутствующих заболеваний, потеря способности к самообслуживанию существенно возрастает после 80 лет. В 2013 г. рекомендации Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов по ведению АГ выделили группу пациентов 80 лет и старше, установив для них особые уровни АД для начала антигипертензивной терапии и целевого АД, и ввели разделение пациентов пожилого возраста на «сохранных» и «хрупких» (т.е. с синдромом старческой астении, ССА) [Mancia G., 2013]. Клинически ССА характеризуется такими симптомами, как похудание; нарушение походки; снижение мышечной силы, развитие когнитивных расстройств, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности [Fried L.P., 2001]. Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке. Результаты ряда исследований указывают на потенциальное влияние ССА на исходы у пациентов

с АГ. Например, имеются данные о том, что систолическое АД у пациентов с большей скоростью ходьбы коррелирует со смертностью, в то время как такая взаимосвязь отсутствует у пациентов с медленной скоростью ходьбы [Odden MC, 2012]. В исследовании в Миланской гериатрической популяции более высокое систолическое АД ассоциировалось с более низкой смертностью среди лиц в возрасте ≥ 75 лет и когнитивной дисфункцией [Ogliari G, 2015]. Смертность у пациентов старше 80 лет с систолическим АД < 130 мм рт. ст., получавших ≥ 2 антигипертензивных препаратов, была выше по сравнению с теми, кто получал 1 или ни одного антигипертензивного препарата [Benetos A., 2015]. В другом исследовании более выраженное снижение когнитивных функций отмечалось у пожилых пациентов, получавших антигипертензивную терапию и систолическим АД < 128 мм рт. ст., а у пациентов, не получавших антигипертензивную терапию такой уровень систолического АД не ассоциировался с худшими когнитивными функциями [Mossello E., 2015]. Для престарелых хрупких пациентов до назначения лечения следует сопоставлять преимущества (в том числе, и сохранение способности к самообслуживанию) и риски, ассоциированные с антигипертензивной терапией. Эти пациенты подвержены риску событий, связанных не только с гипертонией, но и с гипотонией. Низкое АД, как и ортостатическая гипотония могут быть связаны с обмороками, падениями, а значит, с травмами и переломами. Анализ большой базы данных реальной практики показал значительное увеличение числа госпитализаций по поводу перелома шейки бедра в течение 30 дней после начала антигипертензивной терапии [Corrao G, 2015]. Назначение медикаментозной антигипертензивной терапии у пациентов ≥ 80 лет рекомендуется при систолическом АД ≥ 160 мм рт. ст. Медикаментозная терапия назначается при условии, что пациенты находятся в хорошем физическом и психическом состоянии. Современные руководства устанавливают целевые значения систолического АД < 150 мм рт. ст. [Mancia G 2013], однако ничего не упоминают о безопасном уровне АД. Это вопрос очень важен, т.к. в группе ≥ 80 лет низкие значения АД ассоциированы с повышением заболеваемости и смертности. Пожилым пациентам ≥ 60 лет рекомендуются те же антигипертензивные препараты, что и пациентам более молодого возраста. За исключением тех случаев, когда имеются определенные клинические состояния (стенокардия, предшествующий инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), польза применения бета-адреноблокаторов остается спорной. Принимая во внимание, что пациенты пожилого возраста относятся к группе высокого риска нарушения функции почек при терапии блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, назначение и лечение этими препаратами должно проводиться под тщательным контролем функции почек. Таким образом, при решении о назначении антигипертензивной терапии пациентам ≥ 80 лет с ССА необходимо: получение достоверных данных о функциональном состоянии и когнитивном статусе, внимание к многократному применению лекарств, характерному для лиц этого возраста, оценка тяжести старческой астении, выявление и предотвращение чрезмерного снижения АД, ортостатической гипотонии и осложнений, связанных с гипотонией, решение врача о начале лечения у хрупких пациентов должно приниматься очень осторожно (начало с низких доз и монотерапии), пациент должен находиться под тщательным наблюдением.

Частота хронических заболеваний кишечника с СРК — подобными проявлениями в группе больных синдромом раздраженного кишечника

Ручкина И.Н., Парфенов А.И.
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к функциональным заболеваниям кишечника. Для его диагностики используются клинические Римские критерии. В последние годы ряд авторов в своих публикациях отмечают, что часть заболеваний кишечника имеют СРК-подобные проявления, приводящие к