

балла, у лиц ГС – плюс $1,8 \pm 0,6$ балла. Установлено, что легкие когнитивные нарушения чаще (в 8,7 раза) определялись у пациентов ГС (58,6% случаев); умеренные когнитивные нарушения – чаще (в 2,2 раза; $p < 0,01$) у ЛПА (76,9% случаев). Выраженные когнитивные нарушения выявлялись у каждого шестого ЛПА (16,4% случаев) и у 7,1% лиц ГС.

Заключение. Таким образом, у ЛПА в отличие от лиц общей популяции состояние

интегративных функций головного мозга соответствует синдрому умеренных и выраженных когнитивных расстройств, характеризующееся замедленностью умственной деятельности, снижением памяти, темпа мышления, быстрой истощаемостью нервных процессов на фоне сниженного самочувствия, активности, настроения, подтверждая гипотезу о более раннем (в среднем на 10-12 лет) «постарении» мозга у ликвидаторов.

ДИСБАЛАНС БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПАСПОРТНОГО ВОЗРАСТА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Позднякова Н.М., Жернакова Н.И., Прощаев К.И., Павлова Т.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Цели исследования – изучить проблему дисбаланса биологического и паспортного возраста в медико-социальном контексте.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы за 1991-2011 гг. по рассматриваемой проблеме.

Результаты и обсуждение. Борьба за продолжительность жизни всегда являлась социальным заказом общества, но с развитием цивилизации и с увеличением продолжительности жизни у людей стали наблюдаться процессы преждевременного (ускоренного) старения, в связи с чем следовало разграничивать понятия паспортного, или календарного, и биологического возраста. Биологический мог предшествовать календарному, что свидетельствовало о раннем, преждевременном старении. Степень расхождения между календарным и биологическим возрастом характеризовала выраженность преждевременного старения, ускоренный темп развития процесса старения. Определение биологического возраста человека и его соответствия календарному весьма важно для правильной диагностики и терапии, так как позволяло выяснить, какие изменения самочувствия, какая степень изменений органов и систем, ограничения их функций – проявление возрастных сдвигов, а что обусловлено

болезнью, патологическим процессом, и подлежит лечению.

Научные предпосылки и пути осуществления действенных мер профилактики и лечения преждевременного старения человека непосредственно вытекали из современных представлений о закономерностях влияния биологического и социального факторов на процесс старения. Возрастные изменения нередко являлись фоном, облегчающим развитие патологического процесса, так как адаптационные возможности стареющего организма снижены. Можно утверждать, что особенности развития старения влияли на характер развития возрастной патологии. Вот почему наиболее фундаментальные пути профилактики возрастной патологии связаны со сдерживанием темпа старения, но вместе с тем большое значение имеет установление влияния болезней на темп старения. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии, которая обусловлена разными причинами, обычно тесно связанными с изменениями возрастного характера. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, диабет не только у пожилых, но и у молодых людей могли влиять на темп старения. При этом прослеживалась прямая

связь между биологическим возрастом и количеством заболеваний: чем выше биологический возраст, тем больше заболеваний.

Как медицинские, так и социальные факторы могут воздействовать на разные звенья цепи возрастных изменений, ускорять, извращать, усиливать обычный их ход. Ускоряя процесс старения, они могут привести к неполному использованию человеком видového биологического предела жизни.

Заключение. В разных периодах позднего онтогенеза состояние здоровья находится в прямой зависимости от биологического возраста, тяжести и многообразия функциональных нарушений, выраженности инволютивных изменений организма, что

ставит проблему дисбаланса биологического и паспортного возраста в разряд медико-социальных. Поэтому необходимо учитывать биологический возраст при лечении соматической патологии, применять методы коррекции биологического возраста, чтобы еще на ранних стадиях остановить процессы преждевременного старения, то есть способствовать продлению периода активной старости, а значит улучшению качества жизни людей.

Работа выполнена в рамках гранта «Разработка нового метода оценки биологического возраста человека» (ФЦП «Развитие научного потенциала высшей школы», регистрационный номер: 2.1.1/12806).

ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЛЕГКОГО НА СОДЕРЖАНИЕ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Полторацкий А.Н.¹, Чаплыгина М.А.², Горелик С.Г.²

Институт пульмонологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова¹, Санкт-Петербург, ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»², Белгород

Гематологическая токсичность является неизбежным действием химиотерапевтического лечения онкологической патологии. Особую настороженность клиницистов вызывают различные цитопенические реакции. Существует мнение о большей подверженности системы крови пожилых и старых людей гематологическим токсическим реакциям.

Цель исследования

Цель исследования – изучить гематологическую токсичность различных вариантов химиотерапии немелкоклеточного рака легких у пациентов различных возрастных групп по показателю содержания тромбоцитов в сыворотке крови. Материал и методы. Изучена динамика содержания тромбоцитов в сыворотке крови у 96 больных с НМКРЛ пожилого и старческого возраста от 60 до 89 лет (средний возраст 72,2+4,1 года) и у 99

больных среднего возраста от 40 до 59 лет (средний возраст 48,2+5,4 года).

Результаты. Содержание тромбоцитов в крови у пациентов пожилого и старческого возраста как в группе стандартной терапии, так и таргетной терапии до начала терапии было сопоставимо и составило 210,3+6,3x10¹²/л и 205,5+5,7x10¹²/л. В контрольный срок наблюдения эти показатели стали достоверно ниже (p<0,05) и составили соответственно 140,2+4,2x10¹²/л и 162,2+4,5x10¹²/л, при этом достоверных различий в содержании тромбоцитов в крови у пациентов обеих групп выявлено не было (p>0,05). Содержание тромбоцитов в крови у пациентов среднего возраста как в группе стандартной терапии, так и таргетной терапии до начала терапии было сопоставимо и составило 212,8+8,1 x10¹²/л и 208,2+7,9x10¹²/л и не отличалось от аналогичных показателей у лиц старших