

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 613.98:301

К ВОПРОСУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Макотрова Т.А.¹, Герасименко Д.В.¹, Осипян Е.О.¹, Остапенко А.В.¹, Федюшина О.А.¹, Фрэснада Моника¹, Шубная Е.В.¹, Науменко К.Ю.¹, Коновалов Я.С.²

¹ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия, e-mail: makotrova@yandex.ru

²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: miayu@yandex.ru

Достойный уровень качества жизни пожилого человека представляет собой проблему, решение которой предстоит воплотить в жизнь еще в течение многих лет. Поэтому так важны исследования, посвященные роли медицинских служб в процессе формирования качества жизни. Цель исследования – выявить основные медицинские проблемы, ведущие к снижению качества жизни у пожилых больных с основной терапевтической патологией. В результате исследования было выяснено, что по мере увеличения возраста появляется множество изменений в деятельности всех систем организма, которые влияют на качество жизни человека. Снижается работоспособность организма, изменяется психика, увеличивается количество хронических заболеваний и человеку приходится приспосабливаться к жизни в новых условиях. Этот процесс во всем мире обозначается как старение, процесс биологического взросления организма, который не всегда совпадает с календарным. Следует особо подчеркнуть, что указанные проблемы, связанные со снижением качества жизни, связаны и с изменением биологического возраста в сторону его преобладания над паспортным, что ухудшает прогноз течения заболевания. Тщательное изучение компонентов качества жизни и определения биологического возраста позволит выявить наиболее проблемные моменты в оказании медицинской помощи пациентам пожилого старческого возраста и сделать ее адресной, целенаправленной и более эффективной.

Ключевые слова: качество жизни, пожилой возраст, терапевтическая патология.

ON THE QUESTION OF THE QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH, THE ELDERLY HAVE AT THERAPEUTIC PATHOLOGY

Makotrova T.A.¹, Gerasimenko D.V.¹, Osipjan E.O.¹, Ostapenko A.V.¹, Fedjushina O.A.¹, Frjesneda Monika¹, Shubnaja E.V.¹, Naumenko K.Ju.¹, Konovalov Ja.S.²

¹Belgorod National Research University, Belgorod, Russia, e-mail: makotrova@yandex.ru

²St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology of North-Western Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, St. Petersburg, Russia, e-mail: miayy@yandex.ru

A decent quality of life elderly person is a challenge that will bring to life even for many years. It is therefore important studies on the role of health services in the formation of the quality of life. The aim of our research - to identify the major medical problems, leading to a decrease in the quality of life in elderly patients with major therapeutic pathology. As a result of our study, it was found that with increasing age there is a lot of changes in the activity of all body systems that affect the quality of human life. Reduced efficiency of the body, the mind changes, an increasing number of chronic diseases, and a person has to adapt to life in a new environment. This process is worldwide referred to as the aging process of growing biological organism that does not always coincide with the calendar. It should be emphasized that these problems associated with decreased quality of life, and are associated with a change in the biological age of the side of his dominance over the passport, which worsens the prognosis of the disease. Careful study of the components of quality of life and to determine the biological age will identify the most problematic moments in patient care elderly elderly and make it targeted, focused and more effective.

Key words: quality of life, old age, therapeutic pathology.

Введение. Качество жизни является главной целевой функцией современных сверхиндустриальных промышленных систем. Качество жизни (англ. - quality of life, сокр. - QOL; нем. - Lebensqualität, сокр. LQ) - категория, с помощью которой характеризуют существенные обстоятельства жизни населения, определяющие степень достоинства и свободы личности каждого человека. Для определения тактических действий необходимы четкие критерии оценки состояния проблемы по контролю и улучшению качества жизни населения. Особенно важны исследования, посвященные роли медицинских служб в процессе формирования качества жизни, т.к. здоровье человека является наиглавнейшей составляющей в обеспечении качества жизни [2, 3, 5, 8].

Цель работы – выявить основные медицинские проблемы, ведущие к снижению качества жизни у пожилых больных с основной терапевтической патологией.

Материал и методы исследования. В Белгородском государственном университете на медицинском факультете работает студенческий научный кружок

«Геронтология и гериатрия», одно из задач которого является изучение проблемы качества жизни людей пожилого возраста с наиболее распространенными и актуальными заболеваниями. Нами проведен анализ более 100 литературных источников и предварительный опрос около 200 пациентов по изучаемой проблеме.

Результаты и их обсуждение. Среди прочих, мы рассматриваем вопросы нарушения трудоспособности, ее причины в пожилом возрасте, определяющие качество жизни, при таких медицинских проблемах как остеоартроз, мерцательная аритмия, проблемы нарушения сна, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения.

Остеоартроз коленного сустава, который поражается чаще всего среди крупных суставов, проявляется инвалидизирующей симптоматикой приблизительно у 10% населения старше 55 лет, у четверти из которых развивается выраженная инвалидизация. Риск утраты трудоспособности ввиду ОА коленных суставов так же велик, как при сердечно-сосудистой патологии, и выше, чем при любых других заболеваниях у лиц пожилого возраста. Согласно отчету ВОЗ о социальных последствиях заболеваний, гонартроз занимает 4-е место среди причин нетрудоспособности у женщин и 8-е – у мужчин. Физическая нетрудоспособность, обусловленная болью и ограничением функциональной активности суставов, приводит к снижению качества жизни и повышению риска развития сопутствующей патологии и смертности. Он представляет серьезную социально-экономическую проблему и является одной из основных причин стойкой потери трудоспособности [5, 6].

Боль сопровождается нарушением функции пораженного сустава. И боль, и ограничение подвижности крупных суставов нижних конечностей (коленных и тазобедренных) способствуют развитию значительных функциональных ограничений в ежедневной активности. Пациенты с остеоартрозом тратят больше времени и сил на выполнение своих ежедневных обязанностей, у них меньше времени остается на отдых. Они очень зависимы от своих родственников и близких, и им требуется больше денег на медицинскую помощь и здоровье, чем людям того же пола и возраста из общей популяции. Кроме того, 3/4 больных вынуждены принимать анальгетики, половина - местные мази и кремы. У больных с постоянной болью в суставах постепенно могут развиваться общая слабость, плохое настроение, а также сон, не приносящий отдыха, что в свою очередь усиливает боль и функциональные нарушения.

Мерцательная аритмия - является самой частой из устойчивых нарушений ритма сердца. Ее распространенность увеличивается по мере увеличения возраста населения. Так, если в возрасте до 64 лет мерцательная аритмия выявляется у 0,3-0,4 % лиц из общей популяции, то в 65- 75 лет распространенность мерцательная аритмия составляет 4-5% и у пациентов старше 75 лет она превышает 12%. Мерцательная аритмия нередко связана с органическими заболеваниями миокарда, основной причиной ее развития являются дегенеративные изменения, обусловленные коронарным кардиосклерозом. У 60-80% больных с постоянной формой мерцательной аритмии основным заболеванием является артериальная гипертония, ИБС, или митральный порок сердца. У 10-15 % больных с постоянной формой мерцательной аритмии выявляют тиреотоксикоз, легочное сердце, кардиомиопатии, алкогольное поражение сердца. Мерцательная аритмия является одной из основных причин развития ишемического инсульта, особенно у пожилых больных. Ее наличие свидетельствует о повышенном риске артериальных тромбоэмболий [2, 8].

Данные проявления заболевания отражаются на социальной адаптации, ухудшают качество жизни и существенно влияют на течение и прогрессирование мерцательной аритмии. Смертность при наличии мерцания предсердий в 2 раза выше, чем при сохраняющемся синусовом ритме. Нарушение гемодинамики и тромбоэмболические осложнения, связанные с мерцательной аритмией, приводят к значительному повышению заболеваемости, смертности и стоимости медицинского обслуживания.

Жалобы на плохой сон у пациентов пожилого и старческого возраста – одни из самых распространенных в амбулаторной практике. По своей частоте эти жалобы уступают, возможно, только жалобам на ухудшение памяти. Проблема нарушений сна у пожилых пациентов оказывается в основном в поле зрения общепрактикующих врачей. По различным подсчетам, у 90 % людей различного возраста в течение жизни возникают проблемы со сном, при этом инсомния диагностируется у 12–40% взрослого населения и достигает 72% у лиц пожилого возраста [5, 7].

Остро обстоит проблема с изменением качества жизни среди лиц старше 60 лет с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, так как сам возраст является немодифицированным фактором риска сосудистых катастроф. Приоритетным направлением решения вопроса об изменении качества жизни у данной группы населения является: индивидуальный контроль артериального давления, своевременная

диагностика состояния сосудов и организация необходимой профилактической терапии всех терапевтов первичного медицинского звена [1, 4].

Заключение. Таким образом, по мере увеличения возраста появляется множество изменений в деятельности всех систем организма, которые влияют на качество жизни человека. Снижается работоспособность организма, изменяется психика, увеличивается количество хронических заболеваний и человеку приходится приспосабливаться к жизни в новых условиях. Этот процесс во всем мире обозначается как старение, процесс биологического взросления организма, который не всегда совпадает с календарным. Следует особо подчеркнуть, что указанные проблемы, связанные со снижением качества жизни, связаны и с изменением биологического возраста в сторону его преобладания над паспортным, что ухудшает прогноз течения заболевания. Тщательное изучение компонентов качества жизни и определения биологического возраста позволит выявить наиболее проблемные моменты в оказании медицинской помощи пациентам пожилого старческого возраста и сделать ее адресной, целенаправленной и более эффективной.

Список литературы.

1. Балунов О.А. Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса / О.А. Балунов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1994. – № 3. – С. 60 - 65.
2. Ильницкий А.Н. Стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь как звенья этапной реабилитации больных терапевтического профиля / А.Н. Ильницкий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 11 - 13.
3. Delisa S.A. Rehabilitation medicine: Principles and practice. – Philadelphia: S.B. Lippincott, 1988. – 903 p.
4. Halar E.M. Management of stroke risk factors during the process of rehabilitation. Secondary stroke prevention / E.M. Halar // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. – 1999. – Vol. 10, № 4. – P. 839 - 856.
5. Rijken P.M. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach / P.M. Rijken, J. Dekker // Clin. Rehabil. – 1998. – Vol. 12, № 2. – P. 143 - 150.
6. Shanavan E.M. Rheumatoid arthritis, disability and the workplace / E.M. Shanavan, M.D. Smith // Baillieres. Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 1999. – Vol. 13, № 4. – P. 675 - 688.

7. Walter C.S. Social aspects and rehabilitation. International Leprosy Congress, Beijing, 7 – 12 September, 1998. Workshop report / C.S. Walter // *Lepr.Rev.* –1999. – Vol. 70, № 1. - P. 85 – 94.
8. Woodend A.K. A quality of life assessment package: disease specific measure for pacemaker and cardiac rehabilitation patients / Woodend A.K., Nair R.C., Tang A.S. // *Int. T. Rehabil .Res.* – 1998. – Vol., № 1. – P. 71 – 78.

References.

1. Balunov O.A. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii*. 1994, no. 3, pp. 60 - 65.
2. Il'nickij A.N. *Mediko-social'naja jekspertiza i reabilitacija*. 2001, no. 3, pp. 11 - 13.
3. Delisa S.A. *Rehabilitation medicine: Principles and practice*. Philadelphia: S.B. Lippincott, 1988. 903 p.
4. Halar E.M. *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* 1999, Vol. 10, no. 4, pp. 839 - 856.
5. Rijken P.M., Dekker J. *Clin. Rehabil.* 1998, Vol. 12, no. 2, pp. 143 - 150.
6. Shanavan E.M., Smith M.D. *Baillieres. Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 1999, Vol. 13, no. 4, pp. 675 - 688.
7. Walter C.S. *Lepr.Rev.* 1999, Vol. 70, no 1, pp. 85 – 94.
8. Woodend A.K., Nair R.C., Tang A.S. *Int. T. Rehabil. Res.* 1998, Vol., no 1, pp. 71 – 78.