

## ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.1: 613.98

### МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР КАК ФАКТОР В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лысова Е.А.

ОГКУЗ Госпиталь для ветеранов войн, г. Белгород, e-mail: hospital@belogvv.ru

В статье представлено исследование качества жизни пожилых пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и его динамика на фоне лечения в условиях неврологического отделения многопрофильного стационара. Контрольную группу составили пациенты среднего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводилась посредством опросника sf-36 до начала терапии, по окончании ее и через месяц после выписки. До начала терапии было выявлено снижение качества жизни по всем параметрам в обеих группах. По завершении курса лечения прослеживалась статистически достоверная положительная динамика со стороны всех шкал. Однако через месяц после выписки в группе пожилых пациентов отмечалось снижение достигнутых показателей до исходных значений.

**Ключевые слова:** качество жизни, связанное со здоровьем, дисциркуляторная энцефалопатия, многопрофильный стационар, пожилой возраст.

### MULTI-FACETED HOSPITAL IN DEVELOPMENT OF QUALITY OF LIFE IN MIDDLE AND OLD PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Lysova E.A.

Belgorod Hospital for veterans, Belgorod, Russia, e-mail: hospital@belogvv.ru

We present the research of elderly patients' with discirculatory encephalopathy quality of life dynamics during treatment in the department of neurology of multi-faceted hospital. Health-related quality of life was examined with SF-36 scale on the day of admission, the day of retirement and one month after retirement. It was elicited that quality of life was decreased in all scales in both groups before treatment. At the end of therapeutic course statistically valid positive dynamics was documented by all scales. One month after retirement a significant decrease of all scores approximately up to original values was estimated in the group of elderly patients.

**Key words:** health-related quality of life, discirculatory encephalopathy, multi-faceted hospital, elderly patients.

#### Актуальность

Хроническая ишемия мозга диагностируется в 70% от всех сосудистых заболеваний головного мозга [3,7]. Говоря о распространенности дисциркуляторной энцефалопатии среди лиц пожилого и старческого возраста, достаточно отметить, что

хроническая цереброваскулярная недостаточность занимает второе место по распространенности в старшей возрастной группе [4]. В настоящее время большое внимание уделяется изучению качества жизни у лиц старше трудоспособного возраста [5]. По мнению экспертов, ВОЗ, повышение качества жизни и оптимизация возможностей человека в плане здоровья по мере старения, являются основными составляющими активной старости [1,2]. Большинство пациентов пожилого и старческого возраста получают медицинскую помощь в общей сети муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Возможность получать специализированную гериатрическую помощь имеют, как правило, ветераны Великой Отечественной войны. Это связано с тем, что гериатрические стационары часто формируются на базе госпиталей для ветеранов и нередко сохраняют за собой закрепленный контингент. Работ, посвященных изучению роли многопрофильного стационара в формировании качества жизни пожилых пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на сегодняшний день недостаточно.

**Целью настоящего исследования** являлось изучение влияния стационарной помощи на формирование качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией в условиях многопрофильной больницы.

**Материалы и методы.** Для выявления возрастных отличий в механизмах влияния стационарной помощи на качество жизни больных с дисциркуляторной энцефалопатией, было проведено исследование как в отношении пожилых людей, так и людей среднего возраста. Среди пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью, находившихся на лечении в неврологическом отделении многопрофильного стационара, нами было отобрано 30 человек пожилого возраста с энцефалопатией дисциркуляторного характера преимущественно сочетанного генеза. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст респондентов  $68,8 \pm 3,2$  года), в исследование вошло 26 женщин и 4 мужчин. Причинами развития дисциркуляторной энцефалопатии стали гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, сахарный диабет 2 типа. Кроме того, мы провели исследование и в отношении 30 пациентов среднего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, из них 22 женщины и 8 мужчин в возрасте от 45 до 54 лет (средний возраст  $48,5 \pm 2,5$ ). Подобный возрастной интервал выбран с целью исключения неточностей на границе периодов. В нашем исследовании для изучения качества жизни использовался опросник SF-36.

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования качества жизни пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью на момент поступления в неврологическое отделение круглосуточного стационара выявлено снижение показателей по всем шкалам. Обращают на себя внимание различное качество жизни у лиц среднего и пожилого возраста.

У больных среднего возраста, поступивших на стационарное лечение, выявлено значительное снижение качества жизни по всем шкалам. Наиболее выраженное снижение наблюдалось по шкалам ролевого физического функционирования (RP) – до  $20,2 \pm 11,3$  балла, жизненной активности (VT) – до  $30,8 \pm 7,6$  балла, и социального функционирования (SF) – до  $39,9 \pm 15,7$  балла. Низкие показатели выявлены также по шкалам общего состояния здоровья (GH) –  $44,5 \pm 10,1$  балла, интенсивности боли (P) –  $40,2 \pm 8$  балла, физического функционирования (PF) –  $60,9 \pm 6,9$  балла, психического здоровья (MH) –  $48,7 \pm 12,2$  балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) –  $43,0 \pm 23,4$  балла.

У больных пожилого возраста, поступивших в неврологическое отделение круглосуточного стационара, обращают на себя внимание значительное снижение качества жизни по шкалам жизненной активности (VT) - до  $38,9 \pm 13,6$  баллов, психического здоровья (MH) - до  $36,4 \pm 13,9$  балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – до  $36,6 \pm 21,8$  балла, а также по шкалам физического функционирования (PF) - до  $44,2 \pm 12,9$  балла, ролевого физического функционирования (RP) - до  $39,5 \pm 22,5$  балла, интенсивности боли (P) - до  $40,7 \pm 23,2$  балла, общего состояния здоровья (GH) – до  $41,9 \pm 12,9$  балла, и социального функционирования (SF) – до  $52,4 \pm 18,1$  балла.

Между возрастными группами выявлен ряд отличий. Так по критериям ролевого физического и социального функционирования, а также жизненной активности у лиц среднего возраста получены показатели, более низкие, чем у пожилых больных. Это, вероятнее всего, можно объяснить разницей потребностей в различных возрастных группах и может послужить разработке и развитию программ повышения мотивации к изменению качества жизни у людей пожилого возраста.

При дисциркуляторной энцефалопатии на фоне лечения в неврологическом отделении многопрофильного стационара выявлены следующие показатели качества жизни.

У лиц среднего возраста выявлена положительная динамика по всем шкалам качества жизни. Наиболее выраженное увеличение показателей отмечалось со стороны ролевого

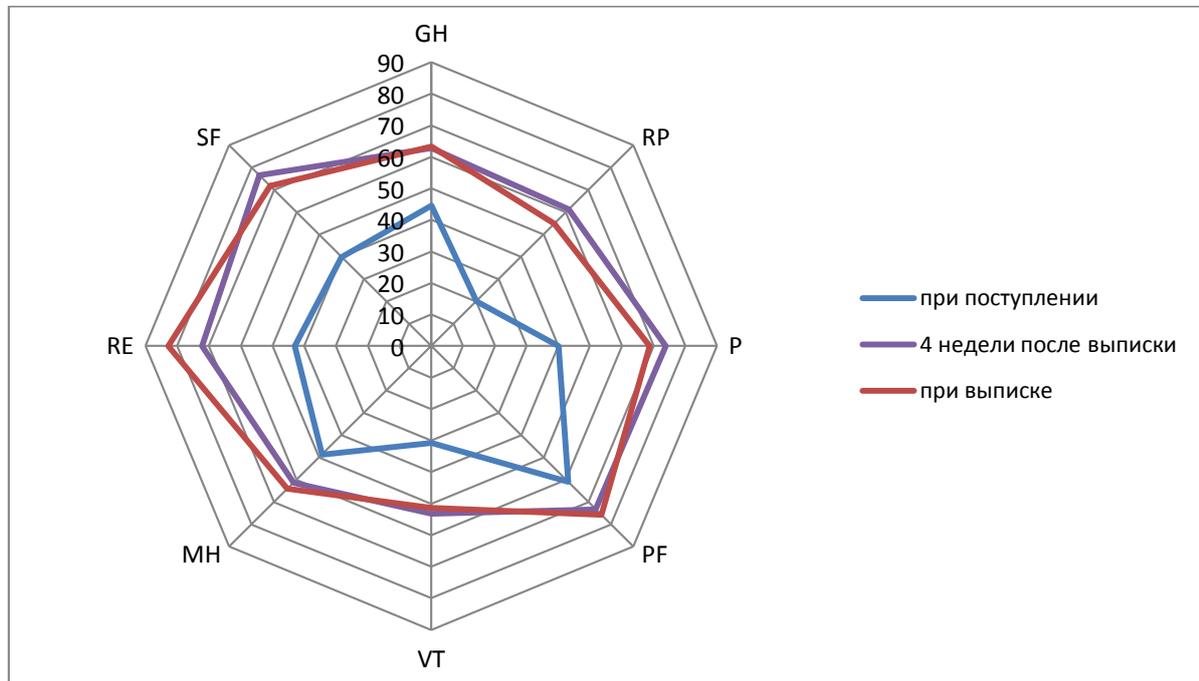
эмоционального, физического и социального функционирования, психического здоровья, общего состояния здоровья. По шкалам жизненной активности (VT) показатели выросли на  $20,5 \pm 5,0$  балла и составили  $51,3 \pm 6,6$  балла, психического здоровья (MH) на  $15,5 \pm 7,7$  балла –  $64,1 \pm 10,9$  балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на  $39,8 \pm 22,3$  балла и достигли  $82,8 \pm 16,1$  балла, физического функционирования (PF) – на  $14,7 \pm 3,6$  до  $75,7 \pm 6,0$  балла, интенсивности боли (P) – на  $28,7 \pm 8,4$  балла до  $68,8 \pm 11,5$  балла, общего состояния здоровья (GH) – на  $18,8 \pm 5,6$  балла до  $63,3 \pm 6,6$  балла, социального функционирования (SF) – на  $31,9 \pm 8,9$  до  $71,8 \pm 18,5$  балла, ролевого физического функционирования (RP) – на  $34,7 \pm 12,5$  до  $54,8 \pm 10,1$  балла. У лиц пожилого возраста при завершении курса лечения по мере улучшения самочувствия отмечалась положительная динамика качества жизни по всем шкалам. Наиболее выраженное увеличение показателей наблюдалось со стороны ролевого эмоционального (RE) – на  $35,5 \pm 19,5$  до  $72,1 \pm 21,6$  балла, и социального функционирования (SF) – на  $25,0 \pm 15,6$  до  $77,4 \pm 15,4$  балла, ролевого физического функционирования (RP) – на  $2,9 \pm 11,8$  балла до  $42,4 \pm 18,8$ , психического здоровья (MH) – на  $17,8 \pm 14,1$  баллов и достигло  $54,2 \pm 11,5$  балла. Выявлена также положительная динамика по шкалам жизненной активности (VT) – на  $14,7 \pm 9,8$  балла до  $53,6 \pm 14,0$  балла, физического функционирования (PF) – на  $14,4 \pm 9,9$  до  $58,6 \pm 14,3$  балла, интенсивности боли (P) – на  $7,9 \pm 14,2$  баллов до  $48,7 \pm 19,8$  балла, общего состояния здоровья (GH) – на  $11,5 \pm 9,1$  балла до  $53,5 \pm 14,2$  балла.

Обращает на себя внимание более выраженный рост показателей среди пациентов среднего возраста. Наиболее заметна положительная динамика по шкале интенсивности боли, ролевого физического, социального функционирования, общего здоровья и жизнеспособности.

При оценке качества жизни через 4 недели после выписки из многопрофильного стационара выявлена различная динамика у лиц среднего и пожилого возраста по сравнению с исходными значениями.

У лиц среднего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией через месяц после выписки качество жизни остается достаточно высоким. Отмечена положительная динамика по сравнению с показателями при выписке: по шкалам жизненной активности (VT) – на  $1,8 \pm 3,6$  балла  $53,1 \pm 5,4$  балла, ролевого физического функционирования (PR) – на  $6,5 \pm 9,3$  до  $61,3 \pm 15,8$  балла, социального функционирования (SF) – на  $4,8 \pm 9,6$  до  $76,6 \pm 17,0$  балла, интенсивности боли (P) – на

5,0±7,3 до 73,8±9,7 балла. При этом наблюдалось снижение показателей по шкале психического здоровья (MH) – на 2,9±5,5 до 61,3±9,2 балла, физического функционирования (PF) – на 2,4±3,4 до 73,2±5,3 балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 10,6±14,8 балла до 72,1±14,0 баллов. Отмечено незначительное увеличение показателей общего здоровья (GH) – 0,5±4,0 балла до 62,8±8,6 балла.

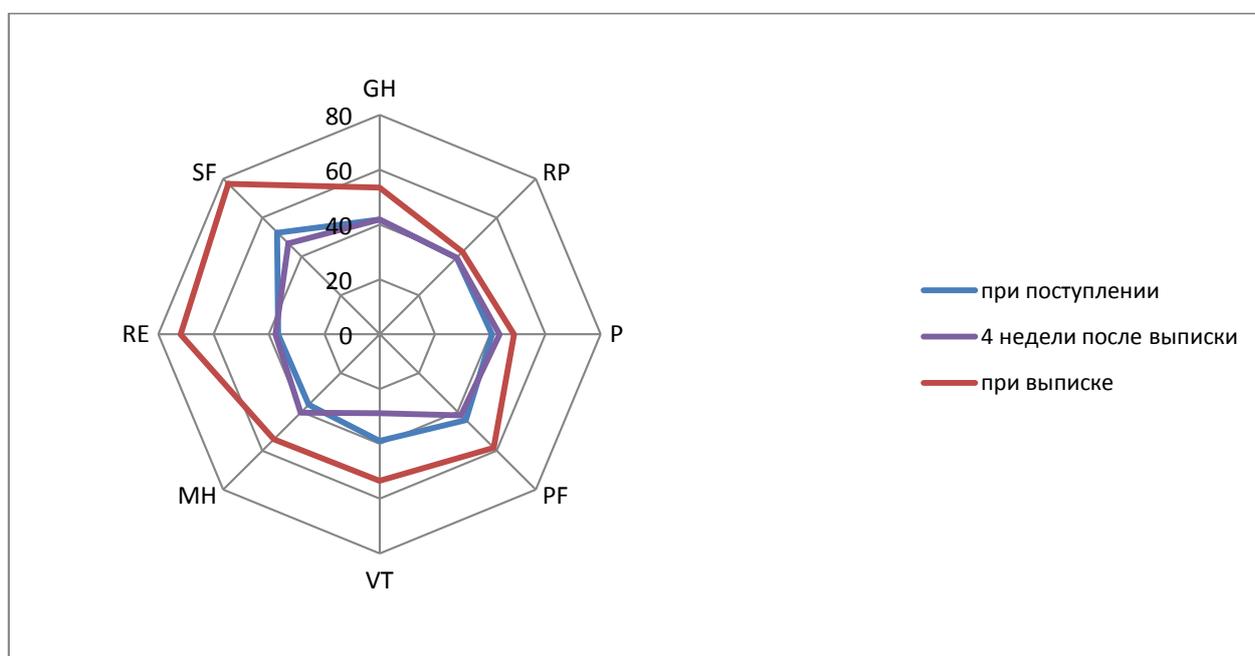


**Рис. 1.** Динамика качества жизни пациентов среднего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией при поступлении в стационар, при выписке и через месяц после выписки.

Выявленное снижение показателей по критериям психического здоровья и физической активности связано с более активным образом жизни у лиц среднего возраста, а, значит, более высокими потребностями и вероятно большей подверженностью стрессам.

У лиц пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией при оценке качества жизни через 4 недели после выписки из многопрофильного стационара выявлена отрицательная динамика по всем шкалам. При этом отмечено снижение показателей ролевого эмоционального функционирования, ролевого физического функционирования и общего состояния здоровья: (RE) – на 34,4±10,1 до 37,6±18,2 балла, (RP) – на 2,9±20,6 до 39,5±18,7 балла, (GH) – на 11,6±9,4 до 41,9±7,9 балла. По

ряду шкал прослеживалась выраженная отрицательная динамика: по шкале жизненной активности (VT) – на  $24,7 \pm 9,7$  до  $28,9 \pm 9,6$  балла, физического функционирования (PF) – на  $16,8 \pm 7,7$  балла до  $41,8 \pm 9,0$  балла, социального функционирования (SF) – на  $30,7 \pm 14,2$  до  $46,8 \pm 9,7$  балла; психического здоровья (MH) – на  $13,7 \pm 9,2$  до  $40,5 \pm 10,2$  балла; интенсивности боли (P) – на  $5,2 \pm 12,5$  до  $43,4 \pm 12,2$  балла.



**Рис. 2.** Динамика качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией при поступлении в стационар, при выписке и через месяц после выписки.

Этот факт безусловно требует проведения дополнительных исследований. На данный момент выявленную отрицательную динамику можно объяснить рядом причин: недостаточной приверженностью к лечению пожилых пациентов, связанная с необходимостью приема большого количества препаратов, возможными ограничениями в доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе (ожидание в очередях, отсутствие требуемых препаратов в списке дополнительного лекарственного обеспечения). Кроме того, после выписки из стационара пожилые пациенты зачастую вынуждены возвращаться в обстановку одиночества и недостаточного уровня финансовых возможностей. Это также требует разработки дополнительных целевых мероприятий по влиянию на факторы, определяющие качество жизни в послегоспитальный период.

### **Заключение**

Проведенное нами исследование позволяет сделать ряд выводов:

- Качество жизни пожилых пациентов и пациентов среднего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, поступающих на стационарное лечение резко снижено по всем показателям.
- По окончании курса лечения в неврологическом отделении наблюдается достоверное повышение качества жизни по всем шкалам. Наиболее выраженная динамика прослеживалась по шкалам социального и ролевого эмоционального функционирования.
- У пациентов среднего возраста на фоне стационарного лечения наблюдается достоверное повышение качества жизни по всем шкалам. В постстационарном периоде достигнутые показатели сохраняются.
- В постстационарном периоде у пожилых пациентов наблюдается снижение показателей качества жизни по всем шкалам как относительно достигнутых в ходе стационарного лечения, наиболее выраженное снижение происходит по шкале жизненной активности.
- Необходима разработка и развитие возраст-ориентированных программ повышения качества жизни у людей пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией в постстационарном периоде.

### **Список литературы.**

1. Лукашев А. М. Научная организация помощи пожилым в крупном стационаре как элемент сохранения социальной активности: Автореф. дис. д-ра мед. наук.- М., 2010.-25 с.
2. Белоконь О.В. Оценка медико-социального благополучия пожилых в России // Успехи геронтологии.- 2006. - № 19. - С. 129-146.
3. Верещагин Н.В., Моргунов, В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии.- М.: Медицина, 1997.
4. Камчатнов А.С. Эффективная терапия цереброваскулярных заболеваний у пожилых //Медицинский вестник.- 2007.- № 24 (409).- С.13-14.

5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание /Под ред.акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА МедиаГрупп», 2007. – 320 с.
6. Donald I.P., Baldwin R.N., Bannerjee M. Gloucester Hospital-at-Home: A randomized Controlled Trial // Age and Ageing. 1995. Vol. 24. №5. P.435.
7. Shinohara Y., OASIS Study Group Factors affecting health-related quality of life assessed with the SF-36v2 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in Japan--cross-sectional analysis of the OASIS study //Cerebrovasc Dis. 2010; 29(4): 361-71. Epub 2010 Feb 9.

#### References

1. Lukashov A. M. Nauchnaja organizacija pomoshhi pozhilym v krupnom stacionare kak jelement sohraneniya social'noj aktivnosti: Avtoref. dis. d-ra med. nauk.- M., 2010.-25 s.
2. Belokon' O.V. Ocenka mediko-social'nogo blagopoluchija pozhilyh v Rossii // Uspehi gerontologii.- 2006. - № 19. - S. 129-146.
3. Vereshhagin N.V., Morgunov, V.A., Gulevskaja T.S. Patologija golovnogo mozga pri ateroskleroze i arterial'noj gipertonii.- M.: Medicina, 1997.
4. Kamchatnov A.S. Jeffektivnaja terapija cerebrovaskuljarnyh zabolevanij u pozhilyh //Medicinskij vestnik.- 2007.- № 24 (409).- S.13-14.
5. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicene. 2-e izdanie /Pod red.akad. RAMN Ju.L.Shevchenko. M.: ZAO «OLMA MediaGrupp», 2007. - 320s.
6. Donald I.P., Baldwin R.N., Bannerjee M. Gloucester Hospital-at-Home: A randomized Controlled Trial // Age and Ageing. 1995. Vol. 24. №5. P.435.
7. Shinohara Y., OASIS Study Group Factors affecting health-related quality of life assessed with the SF-36v2 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in Japan--cross-sectional analysis of the OASIS study //Cerebrovasc Dis. 2010; 29(4): 361-71. Epub 2010 Feb 9.