

УДК 616.1: 613.98

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Лысова Е.А.

*Муниципальная городская клиническая больница №1, Белгород,
e-mail: toxa_1984@pochta.ru*

В статье представлен литературный обзор исследований, посвященных эпидемиологии цереброваскулярной патологии в геронтологическом аспекте; а также современным подходам к оценке состояния пожилых больных с позиций качества жизни как интегрального показателя.

Ключевые слова: качество жизни, пожилые больные, цереброваскулярная патология

Введение. Одним из приоритетных направлений в отечественном здравоохранении на современном этапе является разработка новых подходов к оказанию медицинской помощи, способствующих повышению качества жизни пациентов с различными нозологическими формами. Принимая во внимание демографическое старение, можно сказать, что проблема качества жизни лиц пожилого возраста, становится особенно актуальной [6].

Цель работы – изучить современные подходы к оценке качества жизни пожилых больных с цереброваскулярной патологией в контексте развития классической медицины.

Материалы и методы

Проведен анализ современной научной медицинской литературы по проблеме за последние 15 лет, изучены официальные статистические данные.

Результаты и обсуждение

Современная демографическая ситуация в стране и в мире характеризуется увеличением средней продолжительности жизни, что во многом объясняется прогрессом общества в борьбе с природными и социальными факторами, вызывающими преждевременную смерть. Доля лиц пожилого воз-

раста стала возрастать с середины XX века. Так, в 1950 году лица в возрасте 60 лет и старше составляли 8%, в 2000 году – уже 10%. Тенденция к демографическому старению, характерная ранее только для развитых стран, в настоящее время наблюдается во всем мире. Если ранее индекс старения в странах Западной Европы превосходил российский показатель более чем на 100%, то в 2000 году разница уменьшилась до 26%. Хотя по прогнозам ООН доля пожилых лиц достигнет 21% в 2050 году, в Российской Федерации на 1 января 2010 года 30,7 млн человек старше трудоспособного возраста (каждый пятый житель страны). Эти особенности возрастной структуры населения, безусловно, приводят к увеличению демографической нагрузки на трудоспособное население [8, 9].

В настоящее время стало очевидным, что традиционный подход к оценке состояния больного лишь по объективным показателям является недостаточно комплексным, так как не может дать информацию обо всех сферах жизнедеятельности человека. В современных научных исследованиях в качестве интегрального показателя для оценки состояния больного и эффективности терапии широко используется качество жизни [3, 6]. Впервые это понятие стали рассма-

тривать в социологии, изучая, прежде всего, условия проживания и уровень дохода различных групп населения. В наиболее широком смысле качество жизни представляет собой характеристику самовосприятия личности с позиции оценки своего жизненного пространства. Само понятие многогранно по своей структуре и включает все сферы жизни человека, поэтому фигурирует во многих дисциплинах [7, 10].

В медицине качеству жизни впервые стали уделять внимание в 1947 году, когда была опубликована работа профессора D. Karnofsky «Клиническая оценка химиотерапии при раке». В своем исследовании ученый попытался оценить некоторые составляющие качества жизни у больных и предложил методы нефизиологического исследования характеристик болезни. Дальнейшее изучение этой проблемы было продолжено в 60-70 годах XX века. Впервые словосочетание «качество жизни» было упомянуто в 1966 г, когда J.R. Erkinon отметил необходимость всестороннего изучения последствий болезни. Официально термин «качество жизни» был признан в 1977 г., когда составил рубрику Cumulated Index Medicus. Этот аспект здоровья вызывал все больший интерес по мере нарастания неудовлетворенности населения медицинской помощью, когда на фоне бурного развития фундаментальных знаний в медицине недостаточно внимания уделялось базовым потребностям человека [7]. В случае с онкологическими больными возник вопрос: «стоит ли менять лучшее качество жизни на более продолжительный срок жизни?». Как не странно, но именно стремительное развитие медицины, ее фундаментальных законов, а также совершенствование технического оснащения, привели к тому, что пациент стал рассматриваться преимущественно как объект медицинского вмешательства без учета его субъективных переживаний. Был на время забыт сформулированный Боткиным основной принцип медицины: «лечить больного, а не болезнь». Знаменательным событием в развитии уче-

ния о качестве жизни явилась разработка биопсихологической модели медицины, предложенной G. Engel в 1980 году, которая предусматривала оценку психосоциальных аспектов заболевания. Предпосылкой к развитию учения о качестве жизни, связанном со здоровьем, послужили клинические наблюдения за больными, когда объективное улучшение физикальных и лабораторных показателей не всегда сопровождалось положительной динамикой в самочувствии больного. Работа врача с пациентом, направленная на нормализацию объективных признаков, не учитывала влияние заболевания и лечения на психосоциальное благополучие больного[6].

Следует отметить, что само определение здоровья, по мнению экспертов ВОЗ, предусматривает комплексную оценку всех сфер человеческой жизни: «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физического дефекта». В этой связи стала необходимой разработка универсального критерия, который позволял бы оценить основные составляющие функционирования человека: физическую, психологическую, социальную и духовную. Именно таким критерием служит качество жизни, связанное со здоровьем [3,6].

Существует несколько определений качества жизни. По мнению экспертов ВОЗ, под качеством жизни следует понимать интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии. С другой стороны, качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как «степень жизненного благополучия, которая определяется соответствием между реальным и желаемым состоянием индивидуума, на которое влияют как объективные (прежде всего степень функционального дефекта), так и субъективные (эмоциональные, социально-психологические и др.) факторы» [5]. В этой связи стало необходимым проводить полный анализ всех

сфер жизнедеятельности человека с учетом его личной оценки.

С учётом демографической ситуации в стране изменилось само отношение к старости. Все больше внимания уделяется заболеваниям пожилого возраста. Рассматривая болезни, заслуживающие особого внимания с позиций качества жизни, следует отметить хроническую цереброваскулярную патологию, так как именно хронические нарушения мозгового кровообращения, в частности дисциркуляторная энцефалопатия, являются одной из самых распространенных нозологических форм среди лиц пожилого возраста. Цереброваскулярная патология занимает второе место после ишемической болезни сердца в этой возрастной группе [4]. Ишемия головного мозга является огромной медико-социальной проблемой. В Российской Федерации регистрируется около 500 тыс. инсультов в год, риск развития которых возрастает в старших возрастных группах. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения, в свою очередь, приводит к развитию когнитивных расстройств, изменениям эмоционально-волевой сферы, которые, достигая определенной степени выраженности, переходят в тяжелую деменцию; нарушения со стороны двигательной сферы ограничивают двигательную активность. Неврологические и психические расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии часто служат причиной инвалидизации пациентов. Этот аспект особенно важен для пациентов старше 60 лет, так как подобные нарушения усиливают социальную дезадаптацию лиц пожилого возраста, значительно снижая качество жизни. Усугублению ситуации способствует также характерная для пожилых пациентов полиморбидность: в среднем у мужчин старше 60 лет устанавливается 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста – 5,2 [2].

Принимая во внимание особенности демографической картины, изменение экономических и социально-психологических условий жизни общества, а также опыт зарубежных коллег, в отечественном здра-

воохранении пассивный принцип защиты населения (врачебный патронаж, бытовое обслуживание на дому) перестает быть эффективным. На первый план выходит активный, – направленный на повышение уровня активности лиц пожилого и старческого возраста во всех сферах жизнедеятельности. Подобный подход позволит представителям старшего поколения чувствовать себя полноценными до глубокой старости. Как показывает зарубежный опыт, это возможно при создании специализированных центров, которые будут оказывать консультативную и лечебную деятельность. Оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара для пожилого пациента является особенно важной, так как пребывание в стационаре отчасти способствует временному решению столь актуальной для этой возрастной группы проблемы одиночества посредством формирования новых социальных контактов; терапия осуществляется под круглосуточным контролем медицинского персонала, что особенно важно для пациентов с выраженными когнитивными нарушениями. Однако, для того чтобы пожилой пациент чувствовал себя комфортно в условиях стационара, необходимо учитывать специфику данного контингента, что позволит добиться положительной динамики не только со стороны объективного статуса, но и со стороны качества жизни больного с хронической ишемией мозга. Часто пожилые пациенты сами хотят периодически лечиться в стационарах, считая поликлиническую помощь недостаточной, хотя эффективность лечения старшей возрастной группы, ориентируясь на объективные показатели, часто невысока [1].

Заключение

В этой связи для исследования качества жизни пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией и его динамики на фоне лечения в условиях круглосуточного, в том числе специализированного, стационара особенно актуальным становится решение следующих задач:

Изучить качество жизни пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией в условиях круглосуточного стационара.

Исследовать динамику качества жизни пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией на фоне лечения в стационаре, в том числе специализированном гериатрическом.

Выявить факторы, достоверно влияющие на формирование качества жизни пожилых пациентов.

Изучение проблемы по указанным направлениям позволит разработать мероприятия, способствующие оптимизации стационарной помощи с целью формирования качества жизни пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией.

Список литературы

1. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 2003. – 140 с.
2. Захарова И.С., Прощаев К.И., Гурко Г.И. Полиморбидность в гериатрии с позиций интерниста // Актуальные вопросы полиморбидной патологии: материалы Международной науч.-практ. конф. / под ред. проф. О.А. Ефремовой. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2010. – 92 с.
3. Зозуля Ю.А. Качество жизни как показатель эффективности медицинской помощи // Украинский нейрохирургический журнал. – 2007. – №4. – С. 37–40.

4. Камчатнов А.С. Эффективная терапия цереброваскулярных заболеваний у пожилых // Медицинский вестник. – 2007. – № 24 (409). – С. 13–14.

5. Левин О.С., Сагаева М.М., Голубева Л.В. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренными когнитивными расстройствами // Российский медицинский журнал. – 2006. – №3. – С. 25–29.

6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА МедиаГрупп», 2007. – 320 с.

7. Суровцева А.К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – Томск, 2005. – 23 с.

8. http://magazines.russ.ru/oz/2005/3/2005_3_6.html (дата обращения 12.12.2010).

9. http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/dem-sit-09.doc (дата обращения 29.11.2010).

10. Steinhagen-Thiessen E., Hanke V. Neurogeriatrie. Blackwell Wissenschafts. – Verlag 2003. – 368 p.

Рецензенты:

Ильницкий Андрей Николаевич, д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Полоцкого государственного университета Министерства образования Республики Беларусь, Новополоцк;

Прощаев Кирилл Иванович, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского Государственного университета ФАОРФ, Белгород.

THE MODERN APPROACH TO THE QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN AGED PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES IN CONTEXT OF CLASSIC MEDICINE DEVELOPMENT

Lyssova E.A.

Municipal clinical hospital №1, Belgorod,

e-mail: toxa_1984@pochta.ru

The review of recent publications on gerontologic aspect of cerebrovascular diseases epidemiology and modern approach to the quality of life assessment as an integrative characteristic in aged patients is presented in this article.

Keywords: quality of life, aged patients, cerebrovascular diseases