

УДК 614:364.444

К ВОПРОСУ О МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹Башук В.В., ²Ильницкий А.Н., ¹Совенко Г.Н., ¹Захарова И.С.,

¹Киселевич М.М., ¹Позднякова Н.М., ¹Бессмертный Д.В.

¹Белгородский государственный университет, Белгород,

e-mail: bashuk@bsu.edu.ru,

²Новополоцкая центральная городская больница, Новополоцк,

e-mail: a-ilnitski@yandex.ru

По данным контролируемого исследования эффективности лечения и реабилитации в дневном стационаре пожилых больных с артериальной гипертензией, проведено научное обоснование роли стационарзамещающих технологий (дневной стационар) в обеспечении качества жизни пожилых больных с АГ как ведущей патологией пожилого возраста с позиций решения медико-социальных проблем.

Ключевые слова: медико-социальные проблемы, социально-значимая патология, пожилой возраст

Введение. Несмотря на более низкую, чем в странах Западной Европы, среднюю продолжительность жизни, доля пожилого сегмента общества в постсоветских странах все же неуклонно увеличивается. Это происходит во многом благодаря успехам здравоохранения, позволившим снизить смертность от инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистой патологии, создать эффективные программы профилактики инфаркта мозга и инфаркта миокарда, скрининговые программы раннего выявления онкологической патологии. Происходит безусловный рост демографической нагрузки за счет высокой доли лиц пожилого и старческого возраста в популяции. Например, в России пятую часть населения составляют лица пенсионного возраста, около 3,2 миллиона граждан (11 %) имеют возраст старше 80 лет. Не составляют исключение и страны СНГ, например, в столице Беларуси Минске каждый пятый житель является пенсионером по возрасту, и эта ситуация типична. Кроме всего прочего, отсутствуют перспективы изменения демографической картины. С учетом низкого уровня рождаемости и необеспечения

нормальных темпов воспроизводства населения пожилые люди вскоре составят треть всего населения стран СНГ.

На современном этапе оптимизации медицинской помощи важное значение приобретает развитие таких технологий, конечной целью которых является обеспечение высокого качества жизни (КЖ) пожилых пациентов. Именно КЖ рассматривается как конечный интегральный показатель эффективности медицинской помощи, поскольку включает в себя не только показатели физической работоспособности, но и психического, социального благополучия. Особенно актуален этот подход в гериатрии, когда имеет место высокая степень зависимости пожилого человека от социальной среды, а эффективность взаимодействия пожилой пациент – среда определяется как его физическим, так и психическим состоянием [3, 5].

Если брать спектр патологии, лечение и реабилитация в условиях дневного стационара и стационара на дому при которой особенно востребованы в пожилом и старческом возрасте, то к ней следует отнести в первую очередь заболевания сердечно-со-

судистой системы. У пожилых наибольшей медико-социальной значимостью обладают артериальные гипертензии (АГ) [4].

Клинический опыт и данные многочисленных публикаций свидетельствуют о том, что АГ часто сочетается с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями и следующей соматической патологией: остеоартрозом, онкологическими заболеваниями, патологией зрения и др. Это объясняется наличием общих звеньев патогенеза. Например, факторы риска при АГ и остеоартрозе практически совпадают: возраст, пол, наследственность, ожирение, гормональный фон, гиподинамия, курение, стресс, сахарный диабет, атеросклероз, алкоголь. Высокая распространенность данных заболеваний в популяции, рост заболеваемости с возрастом, с одной стороны, и высокая частота АГ у того же возрастного контингента больных, с другой стороны, делают весьма актуальной проблему взаимодействия этих состояний. К тому же эти различные, на первый взгляд, нозологические единицы имеют много общего, могут усугублять течение друг друга, в равной степени ухудшая качество жизни пациентов и приводя к экономически невыгодным для больного и государства последствиям. Поэтому представляется целесообразным рассмотрение данных заболеваний как коморбидных состояний, при этом АГ отводится ведущая роль.

Цель исследования – научно обосновать роль стационарзамещающих технологий (дневной стационар) в обеспечении качества жизни пожилых больных с АГ как ведущей патологии пожилого возраста с позиций решения медико-социальных проблем.

Материал и методы

Проведено контролируемое исследование эффективности лечения и реабилитации в дневном стационаре 66 пожилых больных с АГ. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст – $65,8 \pm 3,7$ лет), в исследование вошли 30 мужчин и 36 женщин. Средняя продолжительность заболе-

вания составила $15,2 \pm 2,6$ лет. Эти пациенты составили опытную группу.

В контрольную группу вошли 53 пожилых больных с АГ, которые получали терапию без госпитализации в дневной стационар у участковых терапевтов. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст – $63,2 \pm 3,9$ года), среди них 26 мужчин и 27 женщин. Средняя продолжительность заболевания составила $13,8 \pm 3,7$ лет. Эти пациенты составили контрольную группу.

До начала мероприятий и после их окончания через 14 дней в обеих группах были определены показатели физической работоспособности (велоэргометрически). Проведено сравнение количества случаев и средней продолжительности одного случая ВН (для работающих пенсионеров) на протяжении 1 года до и после проведенных мероприятий.

Мероприятия в дневном стационаре, помимо традиционных антигипертензивных препаратов, включали в себя образовательные программы – занятия в «Школе больного артериальной гипертензией»; консультации психотерапевта и психолога; физическую реабилитацию, которая заключалась в занятиях на тредмиле, степпере, дозированной ходьбой.

Были рекомендованы велоэргометрические тренировки 3 раза в неделю по 30 минут в аэробном режиме с обучением выполнению в домашних условиях; проведена коррекция диеты с ограничением потребления соли, жидкости, увеличением потребления продуктов, богаты калием.

Назначались также физиотерапевтические мероприятия – воздействие на область почек с целью активации депрессорных систем регуляции артериального давления, воротниковой зоны для улучшения церебрального кровотока, достижения прямого антигипертензивного эффекта.

Особенностью лечения в дневном стационаре было то, что пациентам давались рекомендации к поведению в домашних условиях: проведению утренней гимнастики, упражнений в изометрическом режи-

ме. Допускалась длительная интенсивная ходьба, продолжительность дистанции в среднем составляла 4,5 км, продолжительность ходьбы – 45–50 минут; бег трусцой – в среднем 1,5 км в течение 15–16 минут. Частота занятий составляла 4–5 раз в неделю.

У всех пациентов для оценки КЖ проводили опрос по опроснику SF-36.

Результаты

Динамика состояния пожилых больных с АГ в опытной и контрольной группах представлена в таблице.

Динамика состояния пожилых больных с артериальной гипертензией при лечении в дневном стационаре

Показатель	Лечение у участкового терапевта		Лечение в дневном стационаре	
	до	после	до	после
Физическая работоспособность (кгм/мин)	651,2 ± 10,2	679,4 ± 9,7*	645,4 ± 13,4	710,6 ± 11,9*#
Количество случаев ВН	1,7 ± 0,3	1,3 ± 0,1*	1,6 ± 0,2	0,7 ± 0,1*#
Средняя продолжительность одного случая (дни)	9,3 ± 1,1	9,4 ± 1,7	9,1 ± 1,2	5,9 ± 1,3*#

Примечания : * – $p < 0,05$ в динамике лечения;

– $p < 0,05$ между группами пациентов, лечившихся в дневном стационаре и у участкового терапевта.

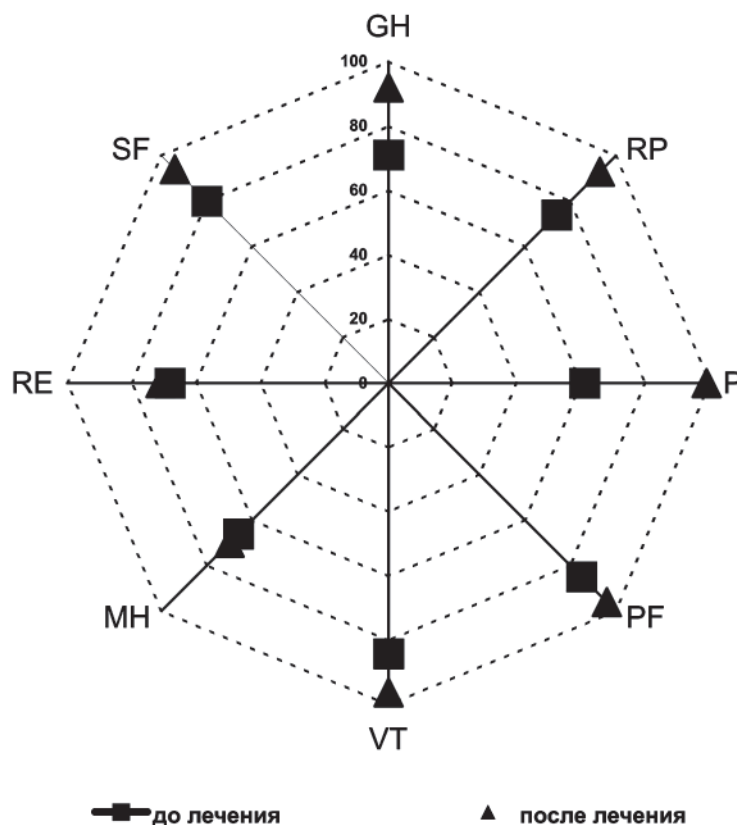
Как видно из данных, представленных в таблице, в результате проводимых мероприятий, как в дневном стационаре, так и участковым терапевтом, имело место улучшение показателей ВН и физической работоспособности. Однако лечение в дневном стационаре способствовало достоверно большему приросту показателей физической работоспособности, а также улучшению медико-социальных показателей течения АГ в пожилом возрасте.

При АГ на фоне ухудшения течения заболевания до направления в дневной стационар имели место следующие закономерности динамики показателей КЖ (рисунок).

Отмечено снижение показателей по шкалам GH (общего здоровья) на $29,3 \pm 2,9$ балла, ролевого функционирования (RP) – на $26,5 \pm 4,2$ балла, боли (P) –

на $39,4 \pm 4,2$ балла, физического функционирования (PF) – на $15,5 \pm 3,1$ баллов, жизнеспособности (VT) – на $16,9 \pm 4,5$ балла, психологического здоровья (MH) – на $34,9 \pm 4,1$ балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на $32,1 \pm 3,5$ балла и социального функционирования (SF) – на $20,9 \pm 2,3$ балла.

После окончания лечения отмечалась стабилизация состояния, однако измененными оставались показатели по шкалам (MH) психологического здоровья и (RE) ролевого эмоционального функционирования. По остальным шкалам – GH (общего здоровья), ролевого функционирования (RP), боли (P), физического функционирования (PF), жизнеспособности (VT) и социального функционирования (SF) – наблюдалось достоверное улучшение ($p < 0,05$).



Динамика качества жизни пожилых больных с артериальной гипертензией при лечении в дневном стационаре

Обсуждение

Старение является противоречивым процессом, так как на фоне регрессивных процессов перестройки – атрофии, деградации и пр. – развиваются прогрессивные тенденции формирования новых компенсаторно-приспособительных механизмов, направленных на поддержание гомеостаза стареющего организма, – механизмы витаукта, что, однако, полностью не компенсирует нарастающих явлений деградации. Следует отметить, что адаптационные возможности стареющего организма снижены, вероятность развития различных заболеваний выше. В связи с этим, особенно важна в случае развития заболеваний у пожилых и старых пациентов роль саногенетических механизмов, их стимуляция и поддержание [1].

Большое значение в активации компенсаторно-приспособительных механизмов имеют мероприятия физической реабилитации. Мероприятия физической реабили-

тации ориентированы на процессы, протекающие параллельно с повреждением, носящие защитно-компенсаторный характер и получившие название саногенетических.

В настоящее время саногенез рассматривается как динамичный комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм различных раздражителей, развивающийся на всем протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направленный на восстановление нарушенной саморегуляции организма. Учение о саногенезе является морфофункциональной основой медицинских мероприятий по профилактике инвалидности [2, 10].

Саногенез разделяется на первичный и вторичный. Первичный является адаптационным и характерен для здорового организма, который попадает в неблагоприятные условия, а также развивается при воздействии на него сильных повреждающих раз-

дражителей (травма, инфекция) и направлен на восстановление гомеостаза. Вторичный саногенез характерен для больных с хронической патологией и инвалидов. Он направлен на локализацию патологического процесса и компенсацию нарушенных функций [9].

Саногенез является многоуровневым и многоэтапным процессом. Он протекает на клеточном (например, апоптоз и регенерация клеточных популяций, замещение дефекта соединительной ткани), органном (викарные гипертрофии начальных стадий; формирование коллатерального кровообращения), организменном (перестройка эндокринных процессов при парциальном их выпадении), системном (применение технических средств реабилитации) уровнях [6].

Эти изменения развиваются в три этапа. Первый – на ранних стадиях хронического заболевания или в период предболезни при острой патологии активируются неспецифический иммунитет, компенсаторные реакции, разворачиваются защитные силы организма.

Второй: в период выраженных проявлений острого заболевания, обострения хронического происходит разворачивание восстановительных и компенсаторных процессов.

Третий: во время стабилизации течения хронической патологии имеют место закрепление компенсации, активация регенерации, реституция ослабленных функций, а при острой патологии – полное или неполное выздоровление.

К основным механизмам саногенеза относят компенсацию как тип адаптационных реакций организма на повреждение, выражающихся в том, что органы и системы, непосредственно не пострадавшие от действия повреждающего агента, берут на себя функцию поврежденных структур путем заместительной гиперфункции или качественно новой функцией; реституцию и ее разновидность – регенерацию – восстановление тех структур организма, которые были утрачены в результате патологического процесса; иммунитет [8, 9].

Таким образом, морфофункциональной основой воздействия на организм мероприятий физической реабилитации является саногенез. В этом заключается одно из их основных отличий от лечения, которое в основном направлено на этиопатогенез заболевания. Кроме того, лечение ориентировано преимущественно на организм пациента, взаимодействие микро- и макроорганизма, прерывание цепи патологических процессов. При профилактике подход более широкий. Он вытекает из учения о саногенезе. Для формирования функциональной системы, компенсирующей тот или иной дефект, в процессе реализации профилактических программ необходимо выполнение следующих принципов: сигнализация дефекта, мобилизация запасных компенсаторных механизмов, обратная афферентация, санкционирующая афферентация, формирование относительной неустойчивости скомпенсированной функции.

Следует особо подчеркнуть, что все эти принципы осуществимы лишь при активной позиции пациента, который должен сам участвовать в процессе выработки компенсаций для того, чтобы направить их в нужное русло, иначе компенсаторные процессы могут носить патологический характер. В этом еще одно отличие профилактики инвалидности от лечения, заключающееся в том, что профилактика – активный процесс, не возможный без участия самого больного, а лечение заключается в пассивном применении медикаментозных методов. По этой причине такое большое значение приобретает осуществление принципа партнерства врача и больного.

Выводы

1. АГ приводила к снижению функциональной активности пациентов, физической работоспособности, в конечном итоге – к снижению КЖ у пожилых людей.
2. Ведение пациентов с АГ в дневном стационаре было более эффективно по сравнению с традиционным наблюдением участковым терапевтом, поскольку способ-

ствовало достоверному увеличению КЖ, а также таких параметров, как физическая работоспособность, мобильность.

3. В результате лечения и реабилитации в дневном стационаре наблюдалась положительная динамика уровня КЖ, при этом в случае с АГ происходило улучшение общего здоровья, ролевого функционирования RP, физического функционирования, жизнеспособности и социального функционирования, а также уменьшение степени и силы головных болей.

4. Положительное воздействие стационарзамещающих технологий при ведении пожилых больных с АГ обусловлено положительным воздействием такого компонента технологий, как мероприятия физической реабилитации.

Список литературы

1. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных // Журнал неврологии и психиатрии. – 1997. – №12. – С. 95–99.
2. Чайковский В.М. Оптимизация деятельности поликлинических отделений реабилитации в условиях постарения населения Украины: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.10 / Национальн. мед. ун-т им. А.А.Богомольца. – Киев, 1996. – 23 с.
3. Ades P.A., Pashkow F.J., Nestor J.R. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after

myocardial infarction // J.Cardiopulm. Rehabil. – 1997. – №17(4). – P. 222–231.

4. Brennan A. Efficacy of cardiac rehabilitation. 1. A critique of the research // Br. J. Nurs. – 1997. – №6(12). – P. 697–702.

5. Carey R.G., Posavac E.I. Program evaluation of a physical medicine and rehabilitation unit: a new approach // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1978. – №59. – P. 330 – 337.

6. Clarke A.K. Effectiveness of rehabilitation in arthritis // Clin. Rehab. – 1991. – №1. – P. 51–62.

7. Rijken P.M., Dekker J. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach // Clin.Rehabil. – 1998. – №12(2). – P. 143–150.

8. Roseler S., Schwartz F., Karoff M. Effektevaluation eines ambulanten nach-stationaren Rehabilitationsprogramms // Gesundheitswesen. – 1997. – №59(4). – P. 236–241.

9. Rosomoff H.L. Quality outcomes in rehabilitation // 12th World Congress IFPRM: book of abstracts. – Sydney, 1995. – P. 31.

10. Rukholm E., McGirr, Potts T. Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients // Int. J. Nurs.Stud. – 1998. – №35(4). – P. 210–216.

Рецензенты:

Кветной Игорь Моисеевич, д.м.н., профессор, з.д.н. РФ, зам. директора по научной работе Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург;

Чеботарев Петр Андреевич, профессор кафедры медицинских знаний Полоцкого государственного университета Минобра Республики Беларусь, Новополоцк.

ON THE MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF GERONTOLOGY IN SOCIALLY SIGNIFICANT PATOLOGY ELDERLY

¹Bashuk V.V., ²Ilitski A.N., ¹Sovenko G.N., ¹Zakharova I.S., ¹Kiselevich M.M.,
¹Pozdnyakova N.M., ¹Bessmertniy D.V.

¹Belgorod State University, Belgorod, e-mail: wrach73@mail.ru;

²Novopolotsk central city hospital, Novapoltsk,

e-mail: a-ilnitski@yandex.ru

The scientific justification the role of technology hospitalization (a day hospital) to ensure the quality of life in elderly patients with hypertension as a leading pathology elderly from the standpoint of solving medico- social problems according to the controlled studies of the effectiveness of treatment and rehabilitation in a day hospital of elderly patients with an arterial hypertension.

Keywords: medico- social problems, significant socio-pathology, advanced age