

УДК 616.1: 613.98

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лысова Е.А.

Госпиталь для ветеранов войн, Белгород, e-mail: lyssova_comm@mail.ru

В настоящей статье представлен сравнительный анализ различных видов стационарной помощи пожилым больным с дисциркуляторной энцефалопатией с позиций качества жизни, связанного со здоровьем. В исследовании приняли участие 30 пациентов пожилого возраста с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия, находившихся на лечении в неврологическом отделении гериатрического стационара. Контрольную группу составили 30 пожилых пациентов с тем же диагнозом, проходивших курс стационарного лечения в отделении неврологии многопрофильного стационара. Терапия включала медикаментозные схемы и немедикаментозные методики. Качество жизни оценивалось посредством профильного опросника SF-36, включающего 8 шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье. Анкетирование проводилось при поступлении, по завершении курса лечения и через месяц после выписки.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, качество жизни, связанное со здоровьем, пожилой возраст, стационарная помощь

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF DIFFERENT TYPES OF STATIONARY MEDICAL HELP TO ELDERLY PATIENTS WITH CIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Lyssova E.A.

Belgorod veterans hospital, Belgorod, e-mail: lyssova_comm@mail.ru

The article presents comparative analysis of different types of stationary medical help to elderly patients with circulatory encephalopathy regarding health-related quality of life. 30 patients with circulatory encephalopathy treated in the neurological department of geriatric hospital were examined. Control group included 30 patients of the same age with same diagnosis treated in the neurological department of multi-faceted medical center. Therapy included medicated and drug-free methods. Quality of life was examined with SF-36 questionnaire including 8 scales: vitality, physical functioning, bodily pain, general health perceptions, physical role functioning, emotional role functioning, social role functioning, mental health. Patients were questioned on the day of admission, at the end of treatment course and one month after retirement.

Keywords: circulatory encephalopathy, health-related quality of life, elderly patients, stationary medical help

Цереброваскулярные заболевания во всем мире представляют серьезную медико-социальную проблему. Дисциркуляторная энцефалопатия занимает одно из ведущих мест в числе нозологий, диагностируемых у лиц старше трудоспособного возраста. В настоящее время в публикациях качество жизни, связанное со здоровьем, является частым критерием оценки состояния больного и эффективности терапии. Нами проведено подобное исследование в отношении дисциркуляторной энцефалопатии у лиц пожилого возраста, в том числе и влияние стационарной помощи на формирование качества жизни пациентов. Однако работ, посвященных сравнительному анализу различных видов стационарной помощи, в контексте качества жизни пожилых больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью, в современной литературе нет.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось провести сравнительный

анализ влияния различных видов стационарной медицинской помощи на качество жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе неврологических отделений МГКБ № 1 и ОГКУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Белгорода. В каждом стационаре нами были отобраны по 30 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст респондентов в многопрофильном стационаре составил $68,8 \pm 3,2$ года, в гериатрическом $75,5 \pm 2,5$). Для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, мы использовали опросник sf-36. Данный опросник является профильным и включает 8 шкал: «физическое функционирование», «ролевая деятельность, обусловленная физическим состоянием», «телесная боль», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», и «психическое здоровье». Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 баллов соответствуют полному здоровью. Для оценки статистической достоверности использовался t-критерий Стьюдента.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

При анализе качества жизни нами были выявлены достоверные отличия по всем критериям на каждом этапе исследования между пожилыми пациентами многопрофильного и гериатрического стационаров.

По шкале физического функционирования в многопрофильном и гериатрическом стационарах отмечались следующие особенности.

По шкале *физического функционирования* пожилых пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на этапе поступления достоверных различий выявлено не было (в многопрофильном стационаре – 44,2 балла, в гериатрическом – 44,5 балла). При завершении курса стационарного лечения у обеих групп больных отмечалась положительная динамика, однако в гериатрическом стационаре рост показателей был достоверно выше (в многопрофильном стационаре значения выросли на $14,4 \pm 9,9$ балла, в гериатрическом – на $20,3 \pm 18,6$ балла). В постстационарном периоде в группах наблюдалась различная динамика: в многопрофильном стационаре получены показатели ниже исходных (отрицательная динамика составила $16,8 \pm 7,7$ балла), в то время как в гериатрическом продолжался

рост показателей (положительная динамика $3,1 \pm 13,9$ балла).

Ролевое функционирование, связанное с физическим здоровьем, также отличалось.

Качество жизни по критериям ролевого физического функционирования на этапе поступления у пациентов гериатрического стационара было достоверно ниже (18,6 балла), чем таковое у группы многопрофильной больницы (39,5 балла). При завершении курса стационарного лечения у пациентов как гериатрического, так и многопрофильного стационаров наблюдался рост показателей, однако в госпитале он бы достоверно выше (в многопрофильной больнице – на $2,9 \pm 11,8$ балла, в гериатрическом – на $54,0 \pm 20,2$ балла). В постстационарном периоде у обеих групп пациентов наблюдалась отрицательная динамика, однако в многопрофильной больнице показатели были достоверно ниже (снижение показателей на $2,9 \pm 20,6$ балла, в гериатрическом на $9,7 \pm 19,3$ балла).

По критерию *боли* у обеих групп пациентов наблюдалось значительное исходное снижение показателей, более выраженное в гериатрическом стационаре (в многопрофильном стационаре – 40,7 балла, в гериатрическом – 34,1 балла (рис. 1)).

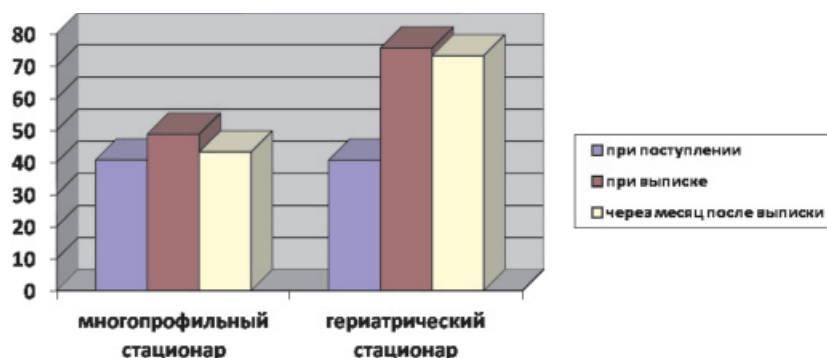


Рис. 1. Роль различных видов стационарной помощи в формировании качества жизни по критерию интенсивности боли

На фоне лечения как в многопрофильном, так и в гериатрическом стационарах наблюдалась положительная динамика. В госпитале отмечался более значительный рост показателей и составил $34,9 \pm 22,2$ балла, в то время как в многопрофильной больнице только $8,0 \pm 14,2$ баллов. В постстационарном периоде в обеих группах выявлена отрицательная динамика. Снижение показателей в гериатрическом стационаре составило $2,4 \pm 19,6$ балла, в многопрофильном – $5,2 \pm 12,5$ балла.

По шкале *общего здоровья* исходные значения были снижены в равной степени: в многопрофильном стационаре – 41,9 бал-

ла, в гериатрическом – 42,3 балла. На фоне лечения у обеих групп пациентов отмечена положительная динамика: на $11,5 \pm 9,1$ балла в многопрофильной больнице, на $13,5 \pm 16,6$ балла – в гериатрическом. В постстационарном периоде обращает на себя внимание выраженная отрицательная динамика у пожилых больных, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре: отмечено снижение показателей на $11,5 \pm 9,4$ балла. Среди лиц, получавших лечение в специализированном учреждении, напротив, положительная динамика сохранялась: рост показателей составил $1,5 \pm 15,9$ балла (рис. 2).

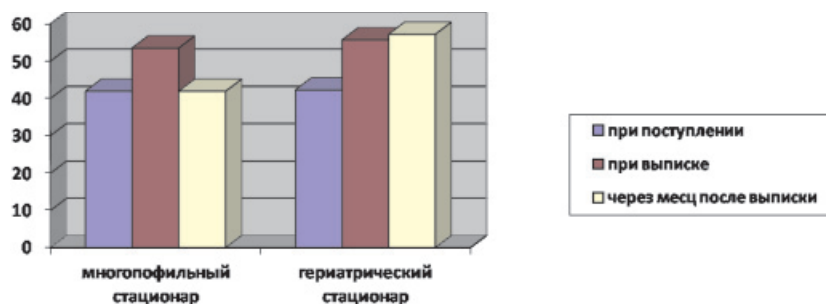


Рис. 2. Роль различных видов стационарной помощи в формировании качества жизни по шкале общего состояния здоровья

При оценке качества жизни по *шкале жизненной активности* между группами больных выявлены следующие различия. При поступлении в многопрофильный стационар снижение показателей достигало 38,9 балла, в гериатрический – 46,3 баллов. На фоне лечения отмечалась положительная динамика как в многопрофильном ($14,7 \pm 9,8$ бал-

ла), так и в гериатрическом стационарах, но в последнем случае рост показателей был более выраженным ($19,2 \pm 13,4$ балла). В постстационарном периоде отмечено снижение жизненной активности в многопрофильной больнице на $24,7 \pm 9,7$ балла, среди пациентов гериатрического стационара на $2,1 \pm 13,8$ балла (рис. 3).

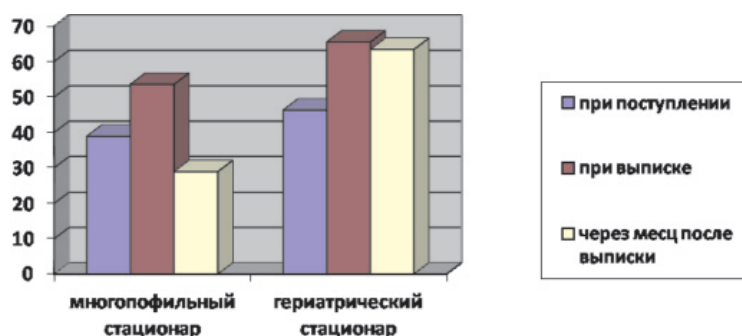


Рис. 3. Роль различных видов стационарной помощи в формировании качества жизни по критерию жизненной активности

Сравнительный анализ влияния различной стационарной помощи на *социальное функционирование* пожилых пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией выявил ряд особенностей. При поступлении социальное функционирование у пациентов было снижено в многопрофильном стационаре до 52,6 балла, в гериатрическом – до 50,6 балла. На фоне лечения по-

ложительная динамика в первом случае составила $24,8 \pm 15,6$ балла, во втором – $24,0 \pm 20,4$ балла. Однако в постстационарном периоде у пожилых пациентов многопрофильного стационара наблюдалось значительное снижение социального функционирования (на $30,7 \pm 14,2$ балл), в то время как у пациентов гериатрического стационара – всего на $0,2 \pm 19,0$ балла (рис. 4).

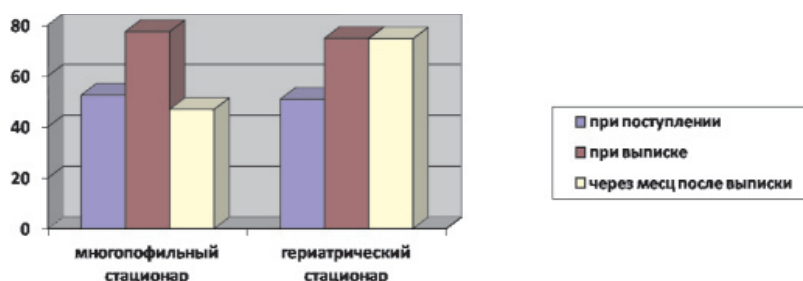


Рис. 4. Роль различных видов стационарной помощи в формировании качества жизни по критериям социального функционирования

Качество жизни по критерию *ролевого эмоционального функционирования* при поступлении в многопрофильный стационар

было снижено до 36,3 балла, в гериатрический – до 45,2 балла. При завершении курса лечения отмечалась положительная

динамика: при выписке из многопрофильной больницы рост показателей составил $35,5 \pm 19,5$ балла, из гериатрического – $33,3 \pm 29,2$ балла. В постстационарном периоде обратило на себя внимание резкое снижение ролевого эмоционального функ-

ционирования среди пациентов первой группы: показатели вернулись к исходным значениям (отрицательная динамика составила $34,4 \pm 10,1$ балла). В группе пациентов госпиталя снижение показателей отмечалось лишь на $4,3 \pm 19,2$ балл (рис. 5).

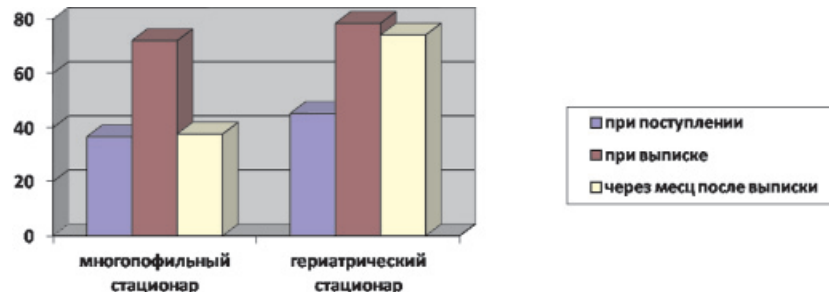


Рис. 5. Роль различных видов стационарной помощи в формировании качества жизни по критериям ролевого эмоционального функционирования

Сравнительный анализ влияния различных видов стационарной помощи на психологическое здоровье пожилых пациентов выявил ряд отличий. Отмечались более высокие исходные значения в группе гериатрического стационара 53,6 балла, в группе многопрофильного – всего 36,4 балла. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика в обеих группах. В многопрофильном стационаре рост показателей был менее выражен и составил $17,8 \pm 14,1$ балла, в гериатрическом – $21,1 \pm 17,8$ балла. В постстационарном периоде отмечалась отрицательная динамика, однако в группе многопрофильной больницы показатели снизились в большей степени (на $13,7 \pm 9,2$ балла, в то время как в гериатрическом – на $6,4 \pm 12,0$ балла).

Выводы

1. Пациенты, наблюдавшиеся до госпитализации в специализированной гериатрической поликлинике, имели более высокие значения по шкалам ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, жизненной активности. Однако значения по шкале ролевого физического функционирования были выше у пациентов, посещавших городские поликлиники.

2. На фоне стационарного лечения отмечалось достоверное улучшение качества жизни по всем критериям. На момент выписки из многопрофильного стационара выявлено увеличение показателей по всем шкалам, более выраженное на примере ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, физического и социального функционирования и общего здоровья. При выписке из гериатрического стационара наблюдается значительная положительная динамика по шкале ролевого физического функционирования, что мож-

но объяснить отсутствием необходимости физических нагрузок в условиях госпиталя.

3. Стационарная помощь в условиях специализированного гериатрического учреждении способствует не только формированию, но и поддержанию более высокого качества жизни пожилых пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2000.
2. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью // Казан. мед. журнал. – 2001. – Т. 82. – № 1. – С. 35–37.
3. Мандрыгина Е.Л. Диагностика и клинические особенности дисциркуляторной энцефалопатии у пациентов пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.00.53). – М., 2002. – 158 с.
4. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
5. Health-Related Quality of Life after Ischemic Stroke: the Impact of Pharmaceutical Interventions on Drug Therapy (Pharmaceutical Care Concept) Hohmann et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010 10:05 [hptt://www.hqlo.com/content/8/1/59](http://www.hqlo.com/content/8/1/59).

References

1. Gusev E.I., Skvortsova V.I. Ischemia of the brain [Brain ischemia]. M.: Medicine, 2000.
2. Davydov S.V. Medical aspects of quality of life in patients with hypertension. Kazan Medical Journal, 2001, no. 1.
3. Mandrygina E.L. Diagnostika i klinicheskie osobennosti discirkulatornoi entsefalopatii u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Diagnosis and clinical peculiarities of circulatory encephalopathy in geriatric patients] author's abstract for Ph.D. thesis in Medical Science (14.00.53). Moscow, 2002. 158 p.
4. Novik A.A., Ionova T.I., Kaind P. Kontseptciia issledovaniia kachestva zhizni v medicinine [Quality of life research conception in in medicine]. SPb., Elby, 1999. 140 p.
5. Health-Related Quality of Life after Ischemic Stroke: the Impact of Pharmaceutical Interventions on Drug Therapy (Pharmaceutical Care Concept) Hohmann et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010 10:05. Available at: [hptt://www.hqlo.com/content/8/1/59](http://www.hqlo.com/content/8/1/59).

Рецензенты:

Процаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «НИМЦ «Геронтология», г. Белгород;

Жернакова Н.И., д.м.н., профессор, декан медицинского факультета ФГАОУ ВПО НИУ БелГУ, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 06.09.2013.