

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция апрель 2008 года)

Издательство НЬЮДИАМЕД

Директор издательства:
Буланова В.А.
Зам. директора по рекламе:
Рихард Г.С.

Адрес редакции:

*П5446, Москва,
Коломенский пр., 4,
МТП Ньюдиамед, а/я 2
Кафедра гематологии и гериатрии
Тел./факс 8-499-782-31-09
E-mail: mtpndm@dol.ru
Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net*

*Оригинал-макет изготовлен
издательством НЬЮДИАМЕД*

Зав. редакцией: Буланова В.А.
Компьютерная верстка:
ООО «Авансед Солошино»
Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

**Том 15
12-2009
(Декабрь)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна
© Издательство НЬЮДИАМЕД*

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8
Печ. листов 8,5. Заказ
Отпечатано в ООО «Возрождение»

*Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),
Е.И. Асташкин,
Б.С. Брискин,
Р.И. Данилова,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
В.Е. Ноников,
А.Д. Пальман,
В.А. Парфенов,
Д.В. Преображенский,
Т.А. Федорова,
В.В. Цурко

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан),
Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гаеинин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (Москва),
В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),
А.Л. Хохлов (Ярославль),
В.В. Чельцов (Москва),
А.И. Яковлев (Москва),
О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство НЬЮДИАМЕД, Москва, 2009

ДОГОВОР

1. Автор ... направляет для публикации в журнале «Клиническая геронтология» статью, освещающую фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии.
2. Статья построена по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание оригинальных исследований структурировано по разделам: материал и методы, результаты, обсуждение, выводы.
3. Статья представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Переноса слов нет.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не превышает 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В статье на русском и английском языке указаны следующие данные:
 - фамилия, имя, отчество авторов (полностью),
 - место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание,
 - контактная информация для публикации (почтовый адрес, телефон, e-mail).
 - название статьи,
 - аннотация,
 - ключевые слова.
7. Автор указывает на наличие (отсутствие) конфликта интересов (наличие или отсутствие личных интересов, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов в кратком виде публикуется после статьи.
8. Автор предоставляет информацию об источниках финансирования работ, описанных в статье.
9. Материал статьи тщательно выверен автором, редакция корректуру не высылает.
10. Статистическая обработка проведена со ссылкой на рассчитываемые параметры.
11. Математические и химические формулы написаны с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
12. Рисунки представлены в электронном виде в графическом редакторе и в распечатанном виде, доступны для редактирования. К статье приложено минимальное количество рисунков. В связи с тем, что журнал публикуется в черно-белом варианте, диаграммы и графики оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов. Рисунки не содержат текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте есть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть хорошего качества.
13. К статье приложен (не приложен) список цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте даны в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы выполнен согласно требованиям ГОСТа Р 7.0.5 – 2008. Например: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертонии [Электронный ресурс] // Клиническая геронтология. 1995. № 6. С. 56–59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИАМЕД, 2007. С. 241-246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи – основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях [Электронный ресурс] // Пробл. стандарт. в здравоохран. 2006. № 6. С. 3–18. URL.: <http://www.zdrav.net/publisher/magazine/prinzdrav/archive/2006/12/>
14. Направленная в редакцию работа не послана в другие редакции и не напечатана.
15. Все статьи редакцией направляются на рецензию. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются автору. Исправленная рукопись пересылается в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендованных исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента.
16. Редакция журнала вносит стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращает статьи, а также осуществляет литературное редактирование текста.
17. Публикация статей в журнале бесплатная.
18. Высылая в адрес редакции журнала статью, автор подтверждает свое согласие с настоящими правилами, тем, что статья будет опубликована в журнале «Клиническая геронтология» и ее полнотекстовый вариант будет размещен в сети Интернет.
19. Статьи следует направлять по адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2, МТП Ньюдиамед, редакция журн. «Клиническая геронтология». E-mail: mtpndm@dol.ru



УДК 614.252.5

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ/УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В РОССИИ

Р.И. Данилова¹, Е.Ю. Голубева²

Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова

Обсуждены возможности и перспективы взаимодействия государственных и негосударственных структур в реализации геронтосоциальной политики в контексте Мадридского плана действий по проблемам старения. Рассмотрены особенности геронтосоциальной работы в социокультурном аспекте. Обоснована и разработана модель взаимодействия учреждений различного типа, связанных с предоставлением социальных услуг, направленных на повышение качества жизни людей пожилого возраста.

Ключевые слова: пожилой человек, центр социального обслуживания, волонтерский центр, социальные услуги, модель
Key words: elderly person, social service centre, voluntary centre, model

¹ Данилова Раиса Игнатьевна, д-р биологических наук, профессор, заведующая кафедрой социальной работы ПГУ им. М.В. Ломоносова. Тел.: (8182) 28-66-19, e-mail: danilova@pomorsu.ru.

² Голубева Елена Юрьевна, канд. биол. наук, декан факультета социальной работы ПГУ им. М.В. Ломоносова. Тел.: (8182) 65-44-70, prospf@pomorsu.ru.

За последние 60 лет число пожилых и старых людей в структуре населения России возросло почти втрое, а число детей, напротив, уменьшилось почти вдвое [10,11]. Постарение населения в мире отражает не только число лиц старшего возраста, но и рост их социальной значимости в обществе, их возможность влиять на общественные процессы. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы о том, как взаимодействием общественных и государственных организаций повысить роль пожилого человека в социуме, укрепить его социальное и физическое самочувствие. Демографическое старение населения будет оказывать в будущем сильное влияние на индивидуальную и общественную жизнь, преобразовать все аспекты жизни человека и общества: социальные, экономические, политические, культурные, психологические и духовные. Можно выделить ряд общих направлений в изменении социально-экономической ситуации стареющего общества, которые отмечаются в России [11,12]:

— рост демографической нагрузки на работоспособное население, изменение распределения материальных ресурсов между представителями различных поколений;

— уменьшение числа женщин репродуктивного возраста, снижение показателя рождаемости;

— повышение коллективной ответственности за обеспечение соответствующих стандартов и качество жизни пожилых и старых людей;

— изменение характера социальных отношений;

— изменения на рынке труда и др.

В связи с этим перед обществом остро встают такие вопросы: как обеспечить пожилому населению страны достойное качество жизни? Как эффективно использовать социально-экономические ресурсы страны на предоставление необходимых видов помощи и ухода за старыми людьми? Как разумно использовать потенциал пожилых людей на развитие самого пожилого населения и социума, в котором оно находится?

В научных публикациях вопросы качества жизни пожилых людей и их взаимодействие в социуме [3,4,5,12,13] недостаточно освещены, практически не обсуждаются проблемы взаимозависимости качества жизни с социокультурными потребностями, способами оценки нуждае-

мости в социальных услугах данной категории людей, возможности использования ими источников неформальной помощи и поддержки. Возможности активации жизненного потенциала пожилых людей, в том числе привлечением общественных организаций, практически не обсуждаются в научных публикациях. Все это представляется чрезвычайно актуальным и имеет научный и практический интерес.

Каждое десятилетие прожитой жизни после 67–75 лет делает человека все более зависимым от окружающих его людей и общества. Поэтому назрела необходимость разработать новые модели взаимодействия государства, пожилого человека и общества, чтобы сохранить максимально возможную независимость жизни старого человека, удовлетворить его социокультурные потребности. В настоящий период начата разработка модели взаимодействия властей, социальных учреждений и некоммерческих организаций для повышения качества жизни пожилых людей, реализации основных положений Концепции социальной политики в отношении граждан старшего поколения и внедрения рекомендации Мадридского плана действий по проблемам старения [1,2,6,7,9,13]. Предлагаемая модель социального содействия и помощи старому человеку в повседневной жизни должна опираться на основополагающие моменты:

- необходимо развивать посредничество во взаимодействии пожилого человека с окружающим обществом, содействовать сбалансированности этого взаимодействия, а также подключать пожилых людей к разным ресурсным системам;
- необходимо обеспечивать соблюдение социальных прав и льгот, полагающихся людям преклонного возраста;
- способствовать обеспечению безопасности пожилых людей;
- содействовать обеспечению информацией о возможностях лечения, реабилитации и обслуживания;
- поддерживать и расширять компетенцию, социальную дееспособность пожилого человека, возможность управления жизнью и способность решения проблем собственно пожилого клиента;

- поддерживать пожилых людей в трудных жизненных ситуациях.

Для разработки модели повышения качества жизни пожилого человека изучены социокультурные потребности пожилых граждан [2], внедрены новые технологии по оптимизации психического и физического здоровья у пожилых людей и активации жизненного потенциала пожилых людей. В исследовательских приоритетах Программы ООН (2002) в отношении лиц старших возрастов определены направления, связанные с жизненным благополучием и системой социальной и материальной поддержки пожилых граждан, организации помощи престарелым – правильно понимать свои собственные возможности и свой вклад в жизнь общества и определять способы оценки здорового старения [7]. На основании Мадридского международного плана действий по проблемам старения разработана концепция геронтосоциальной работы в России с учетом ее культурных реалий [1]. Она включает: поддержание независимости, контроль жизнедеятельности, а при необходимости – обеспечение качественного ухода через социальный патронат приемной семьи для пожилого человека.

В Концепции государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения не уделено внимания развитию геронтообразования и формированию геронтокультуры в обществе. Общественные организации, занимающиеся проблемами пожилых в содружестве с высшими учебными заведениями, вполне могут обеспечить образование данной категории населения. Геронтообразование и геронтокультура призваны сформировать новый облик старости – продуктивной, компетентной, деятельной, наполненной жизненной энергией и смыслом жизни.

Существует необходимость разработки путей взаимодействия и сотрудничества государственных структур, общественных организаций в решении проблем старшего поколения, а также предоставления комплекса профилактических мероприятий против социальной изоляции пожилых людей. Негосударственные организации в настоящее время приобрели опыт и знания не только для организации собственной деятельности, но и для оказания качественных услуг

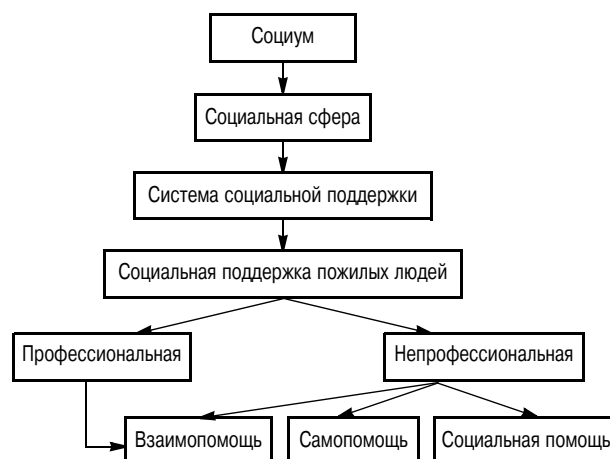


Рис. 1. Место взаимопомощи в структуре социальной поддержки пожилых людей.

той категории населения, которая является их клиентами на условиях социального партнерства, передачи полномочий от государственных организаций. Деятельность общественных организаций не только дополняет работу государственной системы социального обслуживания, но и расширяет ее специфическими группами, которые по тем или иным причинам не охвачены государственными службами.

Наиболее результативным путем, как показала международная практика, является организация само- и взаимопомощи внутри одной социальной группы. Как самопомощь, так и взаимопомощь тесно связаны с понятием здорового образа жизни пожилых людей, они способствуют продлению жизни и поддерживают активность и работоспособность в пожилом возрасте. Взаимопомощь рассматривается как микропроцесс на уровне повседневности: в малых группах, объединениях по роду занятий, дружеских кружках. Взаимопомощь осуществляется в виде добровольного взаимодействия пожилых людей, которые имеют общие потребности и проблемы, время от времени встречаются с целью поддержать друг друга, обмениваться информацией о действиях и ресурсах, полезных для решения проблем (рис. 1). В отличие от самопомощи в этом взаимодействии обычно участвуют профессиональные лидеры, и происходит оно, как правило, на территории социальных служб или общественных организаций [5,6].

Цель этой деятельности – взаимоподдержка (рис. 2).

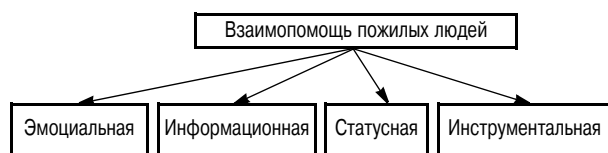


Рис. 2. Взаимопомощь как вид социальной поддержки.

В условиях России важна инструментальная поддержка (материальная помощь, услуги). Среди услуг конкретным людям присутствуют юридическая и психологическая поддержка, культурные мероприятия и досуг, коммуникационные и информационные услуги. Эмоциональная поддержка – необходимое условие принятия и эффективности других видов социальной поддержки, в конечном счете, она составляет основу взаимопомощи пожилых людей. Содержание взаимопомощи связано, с одной стороны, с общими проблемами пожилых людей (адаптация к новому статусу в изменяющемся социуме), с другой – с трудной жизненной ситуацией (утраты, инвалидность). Отличает работу групп взаимопомощи общественных организаций от работы таких же в государственных службах четкая ориентация на конкретную целевую группу, чьи интересы более полно учитываются и потребности удовлетворяются менее формально. Смысл и практическая выгода сотрудничества государственного и негосударственного секторов социального обслуживания пожилых людей усматриваются в возможности получить от общественных организаций важную, порой уникальную информацию об организациях, занимающихся социальным обслуживанием, об их сотрудниках, определенных группах клиентов; их помощи в более эффективной адресной работе с населением [8,9]. Наличие множества государственных и других типов организации по работе с пожилыми людьми усиливает их конкуренцию, способствует разнообразию и повышению качества предоставляемых услуг. В условиях значительной централизации власти в стране сформировался определенный стереотип мышления, в соответствии с которым государство рассматривается как главный защитник общественных интересов в целом и пожилых в частности. Негосударственный сектор призван стать посредником между отдельными гражда-

нами и государством, индикатором болевых точек, требующих внимания общества.

Выросшие в других социально-экономических условиях пожилые граждане России особенно нуждаются в правовом просвещении, экономическом и политическом образовании. Обучение становится особой необходимостью в осознании и защите стареющими людьми своих прав и ответственности за свою собственную судьбу. Пожилым необходимы знания, компетентность в сохранении здоровья, достижении долголетия, навыки для повседневной деятельности, занятия любимым делом, общественной работой, в помощи сверстникам и молодежи, по сохранению связей между поколениями.

Установлено, что пожилой человек в геронто-социальной работе в силу своего жизненного опыта не может быть просто клиентом геронто-социальных учреждений, а должен быть партнером социального работника по решению жизненных проблем, которые возникают у него в связи с возрастом. Тем самым решаются проблемы профилактики одиночества мобильных пожилых людей, во-вторых, повышается самооценка за счет развития гражданской ответственности за свое положение и самочувствие других пожилых в обществе (создаются группы само- и взаимопомощи) и, таким образом, появляются пути решения острейшей проблемы современного общества – социальной изоляции пожилого населения. Все это требует нового подхода к развитию специального образования в области социальной работы – геронтообразования. Специалисты в области геронто-социальной работы должны обладать знаниями как физиологических, психологических особенностей пожилого организма, систем ухода за престарелыми, так и культурологическими понятиями и категориями, чтобы понимать нравственные ценности и потребности представителей предыдущих поколений.

Развитие гражданского общества в России предполагает активное участие самого населения в управлении своей жизнью. Для этого в г. Архангельске был создан и открыт в декабре 2006 г. волонтерский центр для пожилых людей на территориальной базе Центра дневного пребывания Архангельского центра социального обслуживания (АЦСО). Это принципиально но-

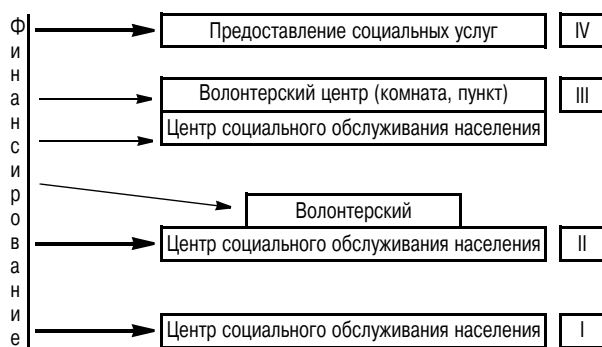


Рис. 3. Модель взаимодействия государственных учреждений социального обслуживания и негосударственных структур, направленная на повышение качества жизни пожилых людей.

вый подход к организации работы с пожилым населением, который позволяет использовать материальную базу государственных социальных учреждений и исключает потребительское отношение к предоставляемым услугам. Пожилым человек в этом Центре – не только потребитель услуг в качестве клиента АЦСО, но и помощник другим пожилым, кроме того он активный участник всех мероприятий в центре, т. е. партнер. В данной ситуации пожилым человек одновременно должен быть и экспертом предоставляемых социальных услуг. Согласно Концепции социальной политики в отношении граждан пожилого возраста, до 2015 г. в развитие системы социальной защиты населения должны быть включены как государственные учреждения, так и некоммерческие автономные организации. В связи с этим авторами была разработана модель развития социальных услуг для пожилого населения при взаимодействии различных структур (рис. 3). В соответствии с представленной моделью повышается роль некоммерческих организаций в решении социальных проблем старшего поколения. Внедрить представленную модель и успешно ее реализовать должен областной закон о негосударственном социальном обслуживании, и его необходимо принять.

Модель прошла апробацию на базе отделения дневного пребывания «Вдохновение» АЦСО и АРОО «Мосты милосердия» – волонтерский центр для пожилых людей», где совместно с руководством и персоналом социального учреждения внедряется программа обучения компью-

терной грамотности пожилых людей, персонал обучается программам по адаптивной физической культуре, организованы программы «Туризм для пожилых», «Духовные коммуникации», «Правовой институт», организация школы долгожителя. В настоящее время закончена работа по организации филиала волонтерского центра для пожилых людей «Мосты милосердия» в Исакогорском округе г. Архангельска.

Создание сети волонтерской помощи пожилым и организация ресурсного волонтерского центра позволит предотвратить социальную изоляцию, организовать досуг пожилых людей, обеспечить возможность общения пожилым людям, которые не могут выходить из квартиры, предоставить помощь «от пожилого к пожилому», тем самым снизив нагрузку на социального работника, обслуживающего данного человека. Данная деятельность помогает снять социальное напряжение среди пожилого населения и принесет значительную экономическую выгоду за счет рационального распределения социальных услуг в стационарных и нестационарных социальных учреждениях и организовать новый вид взаимодействия среди государственных и негосударственных учреждений. Социально-экономическое значение модели взаимодействия государственных и общественных организаций заключается в следующем:

- создание сети волонтерской помощи пожилым и организация ресурсного волонтерского центра позволит предотвратить социальную изоляцию пожилых, организовать их досуг, обеспечить возможность общения пожилым людям, которые не могут выходить из квартиры, предоставить помощь «от пожилого к пожилому», снизив тем самым нагрузку на социального работника, обслуживающего пожилого человека;
- передача полномочий по обслуживанию или предоставлению социальных услуг через общественные организации;
- вовлечение пожилых людей в геронтообразование через освоение компьютерных обучающих программ, способствующих преодолению социальной изоляции и недостатка информации.

Таким образом, реализация данной модели принесет значительную экономическую выгоду за счет рационального распределения социаль-

ных услуг при взаимодействии государственных и негосударственных организаций, за счет снятия социального напряжения среди пожилого населения. Это позволит соединить ресурсы гражданского общества через некоммерческие организации и государственных служб помощи в Архангельской области, дополнить и улучшить систему социальной помощи пожилым людям, укрепит общение между поколениями и реорганизует геронтосоциальную политику, поставив на первое место реализацию потребностей пожилого человека, чтобы сделать его жизнь независимой и активной, насколько это возможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова Р.И., Голубева Е.Ю. Геронтосоциальная работа в контексте российской культуры и рекомендаций Мадридского плана по проблемам старения // Успехи геронтол. 2007. № 2. С. 129-134.
2. Данилова Р.И., Голубева Е.Ю. Социокультурная модель геронтосоциальной работы по повышению качества жизни пожилого населения // Успехи геронтол. 2007. Т. 20. № 4. С. 123-127.
3. Козлова Т.З. Социальное время пенсионеров // Психология зрелости и старения. 2003. № 3. С. 126-130.
4. Краснова О.В. Социальная активность людей позднего возраста как непрерывность социализации. // Психология зрелости и старения. 2005. № 1. С. 87-101.
5. Пожилые люди: социальная политика и развитие социальных услуг / Сост. Н.С. Дегаева, В. Меновщиков, Г.В. Сабитова. М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2003. Вып. 1-4.
6. Руководство по организации волонтерской (добровольной) деятельности среди пожилых и для пожилых: организационно-методические и научно-практические подходы. Под ред. Р.И. Даниловой. Архангельск: ПГУ. 2005. 48 с.
7. Сидоренко А.В., Михайлова О.Н., Анисимов В.Н. Осуществление Мадридского международного плана действий по вопросам старения: роль научных исследований // Успехи геронтол. 2006. Т. 18. С. 15-20.
8. Социальная работа и гражданское общество: коллективная монография. Под ред. И.А. Григорьевой, В.А. Самойловой. СПб.: изд-во «Скифия-принт», 2006. 312 с.
9. Социальная работа: история и современность (региональный аспект): коллективная монография. Под ред. Р.И. Даниловой. Архангельск: Типография № 2, 2007. 289 с.
10. Старение населения Санкт-Петербурга: социально-демографические аспекты. Под ред. Г.Л. Сафаровой. СПб: Изд-во «Система». 2006. 176 с.
11. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. Учебное пособие. М.: Дашков и К, 2006. 348 с.
12. Холостова Е.И. Стратификация возраста и активное старение. Психология зрелости и старения. 2003. № 4. С. 17-25.
13. Щукина Н.П. Институт взаимопомощи в системе социальной поддержки пожилых людей. М.: Дашков и К, 2004. 412 с.
14. Walker A., Mollenkopf H. (eds). Quality of life in old age: international and multi-disciplinary perspectives. Springer, 2007. 260 p.

Поступила 20.11.2009



КАРДИАЛГИИ

4-е издание,
переработанное и дополненное

**А.И. Воробьев, Т.В. Шишкова,
И.П. Коломойцева, П.А. Воробьев**

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Книга посвящена кардиалгии — симптому очень многих болезней, в большинстве не связанных с собственно патологией сердца. В ней описаны клиника, диагностика и лечение при кардиалгии, возникающей вследствие болезней нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, некоторых поражений сердечной мышцы (при гипотиреозе и тиреотоксикозе), алкогольная и медикаментозная кардиопатия, кардиалгия при пролапсе митрального клапана. Особое внимание уделено климактерической кардиопатии — наиболее частой причине болевого синдрома, который приходится дифференцировать с синдромами коронарной недостаточности. В 4-м издании (1-е издание вышло в 1973 г., 2-е — в 1980 г, 3-е — в 1998 г.) материал существенно переработан и дополнен.

Книга рассчитана на терапевтов, кардиологов, гинекологов, психиатров и врачей других специальностей.

УДК 613.98+316.3.4(571.64)

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ, СМЕРТНОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

И.И. Ворошилова¹, Р.С. Пархоменко, В.Н. Ефанов²

*Сахалинский государственный университет**

На основе статистических данных Сахалинской области проанализирована динамика индексов ожидаемой продолжительности жизни, смертности и инвалидности пожилых и старых людей, проживающих на Сахалине, за период 2000–2008 гг. Анализ показал уменьшение первого индекса и увеличение второго и третьего, что свидетельствует о продолжающемся снижении качества жизни населения пожилого возраста, особенно мужчин, и в большей мере городского населения, чем сельского.

Ключевые слова: индикаторы, индексы, ожидаемая продолжительность жизни, смертность, инвалидность, качество жизни, пожилые лица
Key words: indicators, indexes, mortality disability, quality of a life, the elderly person

Уровень состояния здоровья населения является наиболее адекватным отражением качества жизни. В то же время любые заметные изменения условий жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья [1,2,3,6]. В конце XX в. Россия перешла к новой экономической модели в ведении хозяйства — рыночной экономике. В связи с этим в обществе произошла смена как

ориентиров, так и перспектив в экономическом и социальном благосостоянии жизни как всего населения страны, так и её индивидуумов. Несомненно, изменение благосостояния населения не могло сказаться на состоянии его здоровья, так как последнее, по мнению многих исследователей, в значительной мере зависит от социально-экономических факторов.

Многие факторы вызывают ухудшение здоровья и, по данным доклада Всемирного Банка «Рано умирать...» (2005), выделено 10 основных факторов риска для здоровья населения [9]. Уровень состояния здоровья измерить невозможно, но о нем можно судить по показателям смертности, заболеваемости, инвалидности и др. [5]. Интегральным показателем здоровья может быть ожидаемая продолжительность жизни — число лет, которое в среднем предсто-

¹ Ворошилова Ирина Ивановна, канд. мед. наук, доцент кафедры гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций. Тел. (4242) 25-85-42. E-mail: Irina_1957@bk.ru.

² Ефанов Валерий Николаевич, д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой ботаники и экологии. Тел.: (4242) 55-55-84. E-mail: yefanov@sakhalin.ru.

* Работа финансируется Министерством образования и науки.

яло бы прожить человеку из поколения родившихся, при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастная смертность останется на уровне того года, для которого вычислен показатель.

В Сахалинском регионе ожидаемая продолжительность жизни за последние 15 лет снижается, увеличивается смертность и заболеваемость населения, особенно в пожилом возрасте. Возникшая проблема требует решения: создания и внедрения эффективных технологий формирования здоровья у населения. В настоящее время достижения современной геронтологии позволяют решать задачи управления процессом старения, увеличивая период активной, полноценной, трудоспособной жизни человека, сокращая число лет старческой немощи [8]. Однако управление процессом возможно только после того, как прослежена динамика изменения уровня жизни в конкретном регионе.

Цель настоящего сообщения – анализ динамики индексов ожидаемой продолжительности жизни, смертности и инвалидности. Реализация цели необходима для разработки качественных и количественных методов управления старением пожилых и старых людей как парадигмы устойчивого развития региона.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе проанализирована динамика индексов ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), смертности и инвалидности пожилых и старых людей, проживающих на Сахалине, за период 2000–2005 гг. Основой анализа послужили статистические данные по Сахалинской области.

Расчет индексов производили по формуле Б.Б. Прохорова и соавт. [7]. При этом для построения индекса были приняты фиксированные минимальные и максимальные значения индикатора. Качественные переменные описаны абсолютной и относительной частотой (в процентах).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Индекс ожидаемой продолжительности жизни за период 2000–2005 гг. уменьшился с 0,649 до 0,593. При этом индексы ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин составили в 2000 г. 0,763 и 0,558, а в 2005 г. 0,718 и 0,491 соответственно (табл.). Судя по значениям индексов ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖМ), мужчин следует отнести к неудовлетворительной группе, так как по сравнению с ожидаемой продолжительностью жизни женщин (ОПЖЖ), у мужчин она в 1,4 раза меньше. По прогнозу ученых [7,9] уменьшение индекса ожидаемой продолжительности жизни и его переход в неудовлетворительную группу может привести через 20 лет к тому, что продолжительность жизни мужчин в регионах Дальнего Востока может снизиться до 50 лет, если реализация социально-экономического развития региона пойдет по пессимистическому сценарию.

Низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни в Сахалинской области могут быть связаны с тем, что население проживает в регионе с неблагоприятными социально-экономическими условиями в дискомфортной природной среде [3]. Однако такие явно низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни региона в пределах одной страны вызывают тре-

Индексы ожидаемой продолжительности жизни, смертности и инвалидность жителей Сахалинской области в 2000–2005 гг.

Годы	ОПЖ	ОПЖЖ	ОПЖМ	ИОС	ИСМ	ИСЖ	ИИН	Инвалидность, %*
2000	0,649	0,763	0,558	4,667	1,946	2,617	0,153	47,1
2001	0,628	0,740	0,535	4,973	2,038	2,617	0,210	52,8
2002	0,630	0,741	0,538	4,940	2,715	2,823	0,247	58,1
2003	0,606	0,728	0,503	5,106	2,162	2,833	0,189	52,6
2004	0,608	0,733	0,505	4,877	2,031	2,735	0,257	59,2
2005	0,593	0,718	0,491	5,097	2,122	2,864	0,309	61,6

Примечания. ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни, женщин – ОПЖЖ, мужчин – ОПЖМ. ИОС – индекс общей смертности. ИСМ и ИСЖ – индекс смертности мужской и женский. ИИН – индекс инвалидности.

* Процент людей, впервые признанных инвалидами.

вогу. Известно, что эти показатели зависят от многих факторов, но особенно от социально-экономических. На это указывали в конце XIX – начале XX вв. такие ученые и врачи, как А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман [10]. Поэтому резкое уменьшение ожидаемой продолжительности жизни в Сахалинской области – следствие ухудшения социально-экономических условий жизни в регионе. Переход к новым экономическим условиям в регионе (рыночной экономике) привел к тому, что большинство людей испытали шок оттого, что государство уже не работает как раньше, контролируя жизненный цикл человека от рождения до смерти. В обществе стали усиленно процветать такие социальные недуги, как нищета и бедность, вследствие чего увеличивается смертность, особенно лиц с низкой социальной активностью. Пожилые люди, в большинстве своем социально неактивные, с комплексом заболеваний, не могут полностью удовлетворять свои потребности, потому многие не хотят жить долго.

Рассматривая индексы смертности общих, мужской и женский (ИОС, ИСМ, ИСЖ), заметим, что за анализируемый период они увеличились. Так за период с 2000 г. по 2005 г. индекс общей смертности изменился с 4,667 на 5,097, т. е. увеличился на единицу. При этом индекс смертности мужчин превышает таковой женщин в возрасте 65–69 лет в 2,3–2,7, а в возрасте 70 лет и более – в 1,4–1,5 раза за исследуемый период (см. таблицу).

Рост индекса смертности связывают как с внутренними адаптационными возможностями организма, так и с внешними факторами. Этому способствуют как воздействие неблагоприятного климата и загрязнение окружающей среды в городах, так и в первую очередь низкие социальные возможности пожилых людей, ибо все они являются пенсионерами и в основном инвалидами, без возможности достаточно качественного лечения и выезда за пределы Сахалинской области, учитывая изолированное и островное положение области.

В возрасте старше трудоспособного основными причинами смерти и инвалидности являются болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, в меньшей мере –

болезни органов дыхания, пищеварения и др. В 2005 г. от болезней системы кровообращения умерли 67,7% мужчин и 73,9% женщин пожилого возраста. В 2005 г. от новообразований умерли 15,8% мужчин и 11,8% женщин, от несчастных случаев погибли 6,5% мужчин и 4,3% женщин. От болезней органов дыхания соответственно 2,8 и 1,9%, а от заболеваний органов пищеварения 4,2 и 4,3% мужчин и женщин. В 2000 г. смертность мужчин в возрасте 65–69 лет составила 70,9%, выросла до 86,2% в 2005 г. и превысила женскую смертность в 2,2 и 2,7 раза. В возрасте 70 лет и старше смертность мужчин превышена в 1,4–1,5 раза.

По оптимистическому прогнозаму социологов изменение смертности возможно, но при внедрении новых профилактических направлений: антиалкогольной политики, профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе гипертонической болезни, борьбы с курением, однако внедрение этих направлений именно в третьем возрасте существенно не изменит смертность, эти мероприятия необходимы в более раннем возрасте.

Судя по данным таблицы, индекс инвалидности среди населения старшего трудоспособного возраста увеличился и с 2000 по 2005 гг. вырос в 2 раза. В настоящее время в возрасте старше 65 лет находятся лица, родившиеся в довоенный и послевоенный период, перенесшие тяжелейшие испытания в годы войны. Все это сказывается на их здоровье. Наиболее распространенная причина инвалидности среди населения в городской и сельской местности – болезни системы кровообращения. При этом в городской местности инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, инсульт, ишемическая болезнь) ежегодно регистрируется заметно больше, чем в сельской. В 2005 г. в городе болезни системы кровообращения стали причиной инвалидности у 69% пожилых людей, впервые признанных инвалидами, и у 53,2% – в сельской местности. Весьма часто причиной инвалидности становятся новообразования (8% горожан и 7% сельчан). В сельской местности причиной инвалидности чаще бывают болезни костно-мышечной системы – 11,6% (в городе – 5,5%); болезни глаз и его придаточного аппара-

та — 6,7 и 4,9%; эндокринной системы — 4,9 и 2%; органов дыхания — 4,6 и 2,9%; травмы всех локализаций — 3,7 и 2,6% соответственно. Рост инвалидности является следствием старения населения, его тяжелого материального положения, недоступности своевременной и качественной медицинской помощи, высоких тарифов на лечение и лекарства. В 2005 г. у 102,2 тыс. человек (19,3%) населения доходы были ниже прожиточного минимума. В 2005 г. пожилые люди, имеющие необходимость обратиться в медицинское учреждение и не обратившиеся из-за невозможности оплатить медицинские услуги, составили 61,3%, из них мужчины — 12,4% и женщины — 48,9%.

Инвалидизация населения пожилого возраста является результатом многократно ухудшившегося и продолжающегося ухудшаться социально-экономического положения всего населения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, судя по динамике индексов ожидаемой продолжительности жизни (уменьшение в 1,09 раза), смертности (увеличение в 1,09 раза), инвалидности (увеличение в 2,02 раза), рассмотренной за период 2000–2005 гг., в Сахалинской области продолжает снижаться качество жизни населения пожилого возраста. Особенно заметно снизилось качество жизни мужчин. При этом качество жизни городского населения, уровень жизни которого в большей мере зависит от социально-экономических условий в обществе, ухудшилось больше, чем сельского.

Нарушение удовлетворения потребностей пожилых и старых лиц приводит к нежеланию жить долго и качественно, что требует детальной проработки всех факторов, влияющих на показатели здоровья как медико-социального, так и природно-климатического характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильчиков В.М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. 2006. № 4. С. 3-7.
2. Воробьев П.А. Болевые точки геронтологии и гериатрии // Клиническая геронтология. 2006. № 12. С. 3-6.
3. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.: ПЭР СЭ, 2005.
4. Пархоменко Р.С. Социально-экономические основы устойчивого развития региона (на примере Сахалинской области): монография. Южно-Сахалинск, 2007. С. 187-188.
5. Панфилова Е.В., Ложкина Т.Ю. Старение населения в отражении теоретического анализа: закономерности развития процесса // Клиническая геронтология. 2007. № 3. С. 63-66.
6. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. Условия жизни населения и общественное здоровье // Проблемы прогнозирования. 2003. № 3. С. 127-139.
7. Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Медико-демографическая классификация регионов России // Проблемы прогнозирования. 2006. № 5. С. 142-152.
8. Подколзин А.А., Крутько В.Н., Донцов В.И. Количественная оценка показателей смертности, старения, продолжительности жизни и биологического возраста // Профилактика старения. 1999. № 2.
9. Ревич Б.А. К оценке факторов риска смертности населения России и реальности их снижения: комментарии к докладу Всемирного Банка «Рано умирать» // Проблемы прогнозирования. 2006. № 5. С. 114-131.
10. Эрисман Ф.Ф. Введение к общедоступному руководству к предупреждению болезней и сохранению здоровья. СПб., 1902.

Поступила 19.01.2009

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

В.С. Артюшкевич¹, Л.В. Езерская²

*Государственная служба медицинских судебных экспертиз
Республики Беларусь,
ЛПУ ОТ «Минское областное патологоанатомическое бюро»*

По данным судебно-медицинских заключений и патологоанатомических исследований анализированы причины ненасильственной скоропостижной смерти лиц старших возрастных групп населения. Основной причиной смерти были болезни сердечно-сосудистой системы. Значительную долю патологии, приведшей к ненасильственной смерти, составляют заболевания органов дыхания, пищеварения, злокачественные новообразования.

*Ключевые слова: скоропостижная смерть, причина, пожилой возраст
Key: quick, death, cause, aged*

В настоящее время в Республике Беларусь, как и в других странах, нарастает число лиц пожилого и старческого возраста. Сегодня в Беларуси с численностью населения почти 10 млн. человек проживает более 2 млн. людей старше 60 лет. Постарение населения вызывает интерес не только к факторам, увеличивающим продолжительность жизни людей, но и к причинам летального исхода у лиц старших возрастных групп. Изучение ассоциированных с возрастом заболеваний, уменьшение их влияния на здоровье и жизнь людей пожилого и старческого возраста относится к одной из основных задач геронтологии. Знание структуры заболеваемости и причин летальных исходов дает возможность прогнозировать преждевременную смерть лиц

старших возрастных групп населения и людей зрелого возраста.

Проблема старения населения, в том числе в Беларуси, несмотря на большое число публикаций [2,3,4,5] по исследованию связанных с возрастом заболеваний, лечению больных, летальности лиц пожилого и старческого возраста, остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования – изучить причины и частоту летального исхода у лиц старших возрастных групп населения, умерших скоропостижно и в первые сутки пребывания в стационаре.

Смерть, закономерную в конце жизни, называют естественной, физиологической. Однако люди умирают значительно раньше от заболеваний или каких-либо внешних воздействий. Эту смерть называют преждевременной, ибо она наступает раньше физиологического предела жизни человека. Процесс перехода от жизни к смерти (умирание) происходит в течение некоторого времени. Скоропостижной называется ненасильственная смерть, когда с виду здоровый человек умирает быстро от скрыто протекающих заболеваний [6].

¹ Артюшкевич Владислав Сергеевич, государственный медицинский судебный эксперт Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь. Тел.: 265-23-04.

² Езерская Любовь Васильевна, зав. организационно-консультативным отделением Минского обл. патологоанатомического бюро. Тел.: 1390168.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании данных судебно-медицинских заключений (1800 наблюдений) Государственной службы медицинских судебных экспертиз Главного управления по г. Минску и Минской области, а также патологоанатомических исследований (200 наблюдений) ЛПУ ОТ «Минское областное патологоанатомическое бюро» проведен анализ летального исхода у лиц в возрасте 60–96 лет, умерших скоропостижно и в первые сутки госпитализации.

Для микроскопического исследования органов и тканей умерших изготавливались гистологические препараты, которые окрашивались гематоксилином и эозином, хромотропом 2В, суданом IV, по Ли. Для определения алкоголя проводилось судебно-химическое исследование крови и мочи умерших.

Среди умерших скоропостижно были мужчины (63,2%) и женщины (36,8%) в возрасте 60–70 лет – 41%, 71–80 лет – 43%, 81–90 лет – 13,9%, 91–96 лет – 2,1%.

В возрастной группе 60–70 лет преобладали мужчины (73%). Основной причиной скоропостижной смерти были болезни сердечно-сосудистой системы (82,6%), преимущественно (80%) ИБС в острой (острый, повторный инфаркт миокарда, острая коронарная и сердечно-сосудистая недостаточность) и хронической форме (атеросклеротическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз и аневризма сердца, кардиальная форма гипертонической болезни). Артериальная гипертензия (АГ) имела церебральную, ренальную и цереброкардиальную форму (12%). Кардиомиопатия наблюдалась в 3,3% случаев. Системный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, формированием и разрывом расслаивающей аневризмы аорты выявлен в 2,3% наблюдений, цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) отмечалась в 1,4% случаев, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) в 1%. Причиной её был тромбоз нижних конечностей.

Среди причин смерти, не связанных с патологией органов кровообращения, были заболевания органов дыхания, пищеварения и других систем организма. В 5,7% наблюдений причиной смерти были острая бронхопневмония и крупозная пневмония, которые протекали на фоне возрастных изменений легочной системы в сочетании с болезнями органов кровообращения, что отягощало течение болезни, приводило к быстрому развитию легочно-сердечной недостаточности и летальному исходу. Заболевания органов дыхания нередко проходили без выраженной клинической симптоматики, что затрудняло их диагностику. Больным не оказывалось адекватное лечение или они вовсе не лечились. В 77% наблюдений летальный исход наступил дома, в остальных случаях (25%) в первые часы

после поступления в лечебные учреждения. В 5% наблюдений причиной скоропостижной смерти были заболевания органов пищеварения: желудочно-кишечное кровотечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при циррозе печени; панкреонекроз, перитонит. В 4% наблюдений летальный исход обусловили злокачественные новообразования различной локализации, среди которых преобладали опухоли легких. В 3,3% наблюдений причиной смерти были гнойный энцефалит, хронический пиелонефрит, осложненный острой почечной недостаточностью.

В возрастной группе 60–70 лет женщины составили 27%, мужчины – 73%. Среди причин скоропостижной смерти первое место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы (81%). Летальный исход наступил от острой коронарной и сердечно-сосудистой недостаточности при ИБС (74,8%), кардиомиопатии (8%). Расстройство мозгового кровообращения, внутримозговые кровоизлияния отмечались при АГ (8,2%) и цереброваскулярной болезни (2,4%). Острое кровотечение наблюдалось при разрыве расслаивающей аневризмы аорты (6,6%). Летальный исход при заболеваниях органов дыхания (bronхопневмония, крупозная пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких) составил 5,7% скоропостижной смерти. Среди заболеваний органов пищеварения отмечались цирроз печени (4,5%) и язвенная болезнь желудка, осложнившаяся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и эрозированных сосудов стенки желудка. Злокачественные новообразования различной локализации, среди которых преобладало поражение женских половых органов и легких, составили 6,2%. В остальных наблюдениях (1,6%) причиной смерти были злокачественно текущий сахарный диабет, почечная недостаточность при хроническом пиелонефрите, полиорганная недостаточность. Заболевания органов дыхания, пищеварения, почек сочетались с патологией сердечно-сосудистой системы и в 72% наблюдений протекали на фоне АГ. В 90% случаев летальный исход наступил дома, на улице, в общественном транспорте и других местах до прибытия скорой медицинской помощи.

В возрастной группе 71–80 лет мужчины составили 66%, женщины – 34%. Основной причиной смерти мужчин были болезни сердечно-сосудистой системы (90%): ИБС (82%), АГ (10%), цереброваскулярная болезнь (3%). Кардиомиопатия, тромбоэмболия легочной артерии, разрыв аневризмы аорты встречались одинаково часто и составили 5%, злокачественные новообразования различной локализации – 7% случаев. Заболевания органов дыхания (острая и хроническая пневмония) отмечались в 2,3% наблюдений; панкреонекроз; острая

почечная недостаточность при хроническом пиелонефрите – 0,7%.

Скоропостижная смерть женщин 71–80 лет в большинстве случаев (84%) была обусловлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы: ИБС (83%), нарушение мозгового кровообращения (9,2%), ишемический и геморрагический инсульт при АГ, цереброваскулярном атеросклерозе (3,2%). В 4% наблюдений отмечалась тромбоэмболия легочной артерии, в 0,6% – разрыв расслаивающей аневризмы аорты, тромбоз брыжеечных артерий. В 75% случаев заболевания протекали на фоне АГ. Привели к смерти злокачественные (7%) новообразования различной локализации с генерализацией патологического процесса (7%); острая пневмония (4,5%); язвенная болезнь желудка (1,4%), осложненная кровотечением (1,4%); острая почечно-печеночная недостаточность при остром гепатите и хроническом пиелонефрите (2%); полиорганная недостаточность (1,1%).

В возрастной группе 81–90 лет 31% составили мужчины и 69% – женщины. Основной причиной скоропостижной смерти мужчин были заболевания сердечно-сосудистой системы (93%): ИБС – 80%, АГ – 17,5%; ревмокардит, порок сердца – 2,5%. В 80% ИБС протекала на фоне АГ. Привели к ненасильственной смерти острая пневмония и хроническая обструктивная болезнь легких (2,4%); заболевания органов пищеварения (геморрагический панкреонекроз) – 2,3%; злокачественные новообразования – 2,3%.

В структуре летальности женщин доминировали болезни органов кровообращения (87%): ИБС – 76%, АГ – 10,6%, тромбоэмболия легочной артерии – 5,9%, цереброваскулярная болезнь – 4,5%, тромбоз сосудов брыжейки тонкой кишки – 2,3%, разрыв аневризмы аорты – 0,7%. Привели к скоропостижной смерти острая и хроническая пневмония, туберкулез легких (5,3%); злокачественные новообразования (5%); цирроз печени, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (1,4%), язвенная болезнь желудка, осложненная острым кровотечением (1,3%).

Среди лиц, умерших скоропостижно в возрасте 91–96 лет, мужчины составили 14%, женщины – 86%. Основной причиной смерти, как и в предыдущих возрастных группах, были болезни сердечно-сосудистой системы. Причиной смерти мужчин была хроническая ИБС, которая у женщин составила 94%. В 6% наблюдений отмечалось расстройство мозгового кровообращения, внутримозговые кровоизлияния при цереброваскулярном атеросклерозе на фоне АГ. В 5,6% случаев летальный исход наступил в результате острого кровотечения при язвенной болезни желудка.

В 23% наблюдений скоропостижная смерть наступила у лиц, находившихся в алкогольном опьянении различной степени. Взаимотношение алкоголя с основной причиной смерти при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет сложный и во многом отягчающий характер, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, у которых снижены детоксикационные возможности организма. Алкоголь, воздействуя на все структурные компоненты сердца, приводит в первую очередь к нарушению гемодинамики. Первоначальное кратковременное расширение сосудов сменяется устойчивым спазмом. Алкогольная интоксикация приводит к нарушению проницаемости сосудистой стенки, отеку межклеточной ткани, периваскулярным кровоизлияниям. Отмечаются белковая и жировая дистрофии, некробиотические изменения кардиомиоцитов. Токсическое действие алкоголя на сердце проявляется как в первые часы, так и к концу первых – началу вторых суток после приема алкоголя. Алкоголь стал фактором, провоцирующим коронарную и сердечную-сосудистую недостаточность.

Скоропостижная смерть наступила дома (80%); на даче, в подъезде дома, на улице, в общественном транспорте, в СИЗО, поликлинике в ожидании приема врача, в общественной приёмной госучреждения и других местах (10%). В 10% случаях больные умирали в машине скорой медицинской помощи при транспортировке в больницу и в первые часы после поступления в лечебное учреждение.

Наступлению смерти обычно предшествовал период клинических проявлений заболевания – от нескольких минут до часов. Из анамнеза установлено, что летальный исход в большинстве случаев был связан с предшествующими физическим напряжением, психоэмоциональным стрессом. Отмечалось отрицательное влияние неблагоприятных метеорологических условий (перепад атмосферного давления и температуры внешней среды, беспокойный геомагнитный фон).

В медицинских картах амбулаторных больных имелись одно- и многократные записи участкового врача. В соответствии с диагнозом назначалось симптоматическое лечение. В отдельных случаях отмечалось активное посещение больного на дому участковым врачом. В медицинских картах не было записей врача, свидетельствующих о диспансерном обследовании больных, которые во многих случаях занимались самолечением, не обращаясь за медицинской помощью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основной причиной (87%) летального исхода у лиц, умерших скоропостижно, были болезни сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ, кар-

диомиопатия, аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии, цереброваскулярная болезнь).

Отмечено различие в летальности мужчин и женщин в зависимости от возраста. В возрастной группе 60–80 лет преобладали мужчины: 60–70 лет – 73%, 71–80 лет – 66%. Среди умерших в возрасте старше 80 лет преобладали женщины: 81–90 лет – 69%, 91–96 лет – 86%.

По данным патологоанатомических вскрытий, причиной летального исхода у лиц пожилого и старческого возраста в первые сутки госпитализации в 76,7% наблюдений были болезни сердечно-сосудистой системы: острый инфаркт миокарда (14,6%), острая коронарная недостаточность (9,2%), постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз (23,3%); геморрагический инсульт (19%) и ишемический инфаркт мозга (10,2%), аневризма аорты (9,1%), ревматический порок сердца (0,7%). Тромбоэмболия легочной артерии отмечалась при ИБС (7,8%) и тромбофлебите нижних конечностей (1,1%).

Патология органов пищеварения составила 15,8%, из них тромбоз брыжеечных артерий на фоне атеросклероза – 46,6%, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – 19%, желудочно-кишечное кровотечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 12%; острый панкреатит – 19%; острый прободной холецистит – 3,4% хроническая обструктивная болезнь легких – 3,6%; хроническая почечная недостаточность – 2,7%, обусловленная заболеваниями почек (60%) и сахарным диабетом (40%); злокачественные новообразования – 1,9%.

Проведен анализ недиагностированных смертельных осложнений у больных, находившихся на стационарном лечении. Умерших в возрасте 60–70 лет – 41,1%, 71–80 лет – 48,2%, 81–90 лет – 10,7%. Не диагностированы тромбоэмболия легочной артерии – 39,3%, пневмония – 23,3%, язвенное кровотечение – 10,7%, перитонит – 8,9%, гемоперикард при остром инфаркте миокарда – 7,1%. В 10,8% наблюдениях не установлены пиелонефроз, острая почечная недостаточность, гнойный медиастенит, менингит, гепаторенальный синдром.

Причина недиагностированных смертельных осложнений – тяжесть состояния больных, кратковременное пребывание их в стационаре, недостаточное обследование больных.

По данным судебно-медицинских и патологоанатомических исследований, основной причиной летального исхода у лиц старших возрастных групп, скончавшихся скоропостижно и в первые сутки пребывания в стационарах больниц, являются болезни сердечно-сосудистой системы.

Значительную долю ненасильственной смерти, не связанной с патологией органов кровообращения, составляют заболевания органов дыхания, пищеварения, злокачественные новообразования.

ВЫВОДЫ

Характер ненасильственной преждевременной смерти в значительной мере определяет демографическую ситуацию в старших возрастных группах населения.

Профилактика преждевременной скоропостижной смерти лиц пожилого и старческого возраста должна включать диспансеризацию больных, основной целью которой является диагностика и лечение заболеваний, представляющих риск для здоровья и жизни людей с учетом их возраста и пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов Б.Э., Ковальчук П.Н. Долголетие – достижение человеческой цивилизации. Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной Дню пожилых людей «О совершенствовании геронтологической помощи в Республике». Минск, 2008. С. 6-9.
2. Артюшкевич В.С., Сытый В.П. Причины скоропостижной, ненасильственной смерти среди лиц пожилого и старческого возраста. Материалы XII Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Место геронтологии и гериатрии в современной медицине». Минск, 2007. С. 15-17.
3. Артюшкевич В.С., Езерская Л.В. Скоропостижная и больничная смерть в первые сутки госпитализации среди лиц пожилого возраста. Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «О совершенствовании геронтологической помощи в республике». Минск, 2008. С. 13-16.
4. Власова-Рязанская Е.В. Современные аспекты реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Там же. С. 33-35.
5. Сытый В.П. Старческое сердце: формирование, диагностика, лечение. Материалы XII Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Место геронтологии и гериатрии в современной медицине». Минск, 2007. С. 104-105.
6. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина. Руководство. Смоленск, 1998. 800 с.

Поступила 20.10.2009

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ЗАНЯТИЙ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

М.А. Савенко¹, Д.Н. Гаврилов, И.Н. Хохлов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

На основе 10-летнего исследования и наблюдения за 168 лицами пожилого и старческого возраста изучены особенности их морфофункционального состояния и уровень здоровья, что позволило разработать компьютерную систему «Фактор» для тестирования, оценки и выдачи рекомендаций. Разработана и апробирована программа занятий оздоровительной физической культурой с людьми пожилого возраста. Действенной формой организации этих занятий могут быть консультационно-методические центры.

Ключевые слова: активное долголетие, люди пожилого возраста, формы организации занятий
Keywords: active longevity, senior people, forms of training organizing

Экономические и культурные изменения в обществе стали причиной глубоких социально-психологических последствий в современной жизни, и особенно среди людей пожилого возраста. Поэтому большое значение имеет внедрение физической культуры в режим жизни людей пожилого возраста: целенаправленные оздоровительные мероприятия позволяют долгие годы поддерживать высокую физическую работоспособность.

Активное долголетие человека — основная проблема современной геронтологии. Одним из важнейших вариантов ее решения считают регулярную физическую активность, рационально спланированную по направленности и применяемым средствам [1].

В связи с возрастным регрессом функций и систем организма важны комплексные исследования резервных возможностей организма в пожилом возрасте и на основе их данных формирование методик дозирования физической на-

грузки, наиболее действенных с минимальным риском негативных последствий.

Попытка создания эффективных, физиологически обоснованных двигательных режимов для различных возрастных периодов значительно затруднена, так как многие механизмы двигательных изменений при старении остаются невыясненными. Необходима строгая индивидуализация программ по укреплению здоровья, что будет способствовать повышению оздоровительной эффективности занятий физическими упражнениями.

Для пожилого человека физическая активность в виде направленных физических упражнений — составная часть общего гигиенического режима. Она имеет такое же значение, как отдых и рациональное питание.

По данным многих авторов [2,3], высокая двигательная активность является фактором, замедляющим старение.

В теории и практике физической культуры достаточно подробно разработан вопрос организации и проведения занятий с различными категориями населения: дошкольниками, школьниками, студентами и т. д. Исключение составляет старшая возрастная группа, в которой

¹ Савенко Марина Анатольевна, канд. мед. наук, доцент Санкт-Петербургского научно-исследовательского института физической культуры. Тел.: 8(812) 375-85-50. E-mail: savenko@bk.ru.

закономерности и особенности проведения занятий только обозначены.

Очевидно, что эффективность программ занятий физической культурой необходимо определять, оценивая двигательную подготовленность занимающихся, их функциональное состояние и уровень физического здоровья.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 168 человек, проживающие в Санкт-Петербурге и занимающиеся в оздоровительных группах, в возрасте 58–82 лет, из них 44 мужчины и 124 женщины.

В исследовании применялись традиционные методы: анкетирование, антропометрические измерения, тестирование, методы математической статистики.

Была разработана компьютерная система «Фактор» для тестирования, оценки и выдачи рекомендаций. Система состоит из 6 блоков и предназначена для оценки морфофункциональных показателей, двигательной подготовленности, психоэмоционального напряжения, типа телосложения, биологического возраста, анализа отдельных параметров и физического состояния людей пожилого возраста по 30 показателям. Система позволяет оценить исходный уровень физического состояния обследуемого и выдать индивидуальные рекомендации по режиму, кратности, интенсивности и продолжительности физкультурных занятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Программа занятий с пожилыми людьми включает теоретическую часть, комплекс суставной и дыхательной гимнастики, использование ритмопластики, средств закаливания и оздоровительного воздействия природных факторов, мышечной релаксации и традиционных средств — ходьбу, бег, гимнастические упражнения, подвижные игры.

Теоретическая часть: мировоззренческие вопросы, вопросы гигиены и самоконтроля, закаливания, рационального сбалансированного питания и др. Особенностью занятий является мониторинг состояния физического здоровья с использованием компьютерной системы «ФАКТОР» и постоянный врачебный контроль. Основа занятий — нормирование физической нагрузки, ее оптимальной индивидуальной величины. В соответствии с уровнем физического состояния режим занятий может предусматривать интенсивность нагрузки по частоте сердечных сокращений в пределах 60–70% от максимальной. Кратность занятий в недельном цикле — 3–4 раза, продолжительность одного занятия 30 мин — час.

Наиболее сложным является оптимальное сочетание используемых средств оздоровительной физической тренировки. Предпочтение отдается упражнениям аэробной направленности, затем упражнениям силового характера и упражнениям на гибкость, дыхательной гимнастике.

Актуальна и проблема создания устойчивой мотивации к занятиям физическими упражнениями оздоровительной направленности и освоение специальных знаний по основам здорового образа жизни.

Исследование проводили в течение 10 лет. За это время произошли следующие изменения: увеличилась жизненная емкость легких, нормализовалось артериальное давление, снизилась частота сердечных сокращений в покое, что свидетельствует об увеличении адаптационных возможностей. Показатели гибкости, координации и выносливости улучшились незначительно. Повысился уровень общей физической подготовленности.

ВЫВОДЫ

Проведенные исследования позволили изучить особенности морфофункционального состояния и уровень здоровья людей пожилого возраста, регулярно занимающихся физической культурой. На основе полученных данных разработан алгоритм нормирования физической нагрузки на занятиях оздоровительной направленности по исходному уровню физического состояния. Это позволило обосновать рациональный двигательный режим занятий оздоровительной физической культурой для людей пожилого возраста, базирующийся на индивидуальных особенностях, состоянии здоровья, уровне физического состояния. Предлагаемый двигательный режим предусматривает контроль переносимости физической нагрузки с помощью усовершенствованной компьютерной системы. Разработана и апробирована программа занятий оздоровительной физической культурой с людьми пожилого возраста.

В качестве действенной формы организации занятий предложено создавать консультационно-методические центры. Эта форма организации занятий подтвердила свою эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М.: Медицина, 1979. С. 30-32.
2. Задиорский В.М. Кибернетика, математика, спорт. М.: ФиС, 1985. С. 24-29.
3. Чеботарев Д.Ф. Геронтология и гериатрия. М.: Знание, 1989. С. 8-19.

Поступила 08.07.2009

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАСПОРТНОГО И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т.В. Рябчикова, Л.А. Егорова¹, Е.А. Кузьмичева

Ивановская государственная медицинская академия Росздрава

Изучен паспортный и биологический возраст у 100 лиц 20–70 лет. По данным исследования, несоответствие биологического и паспортного возраста оказалось во всех возрастных группах. У молодых лиц (20–40 лет) биологический возраст опережает паспортный. У лиц 41–70 лет биологический возраст меньше паспортного, а биологический возраст женщин меньше, чем таковой у мужчин во всех возрастных группах. Ухудшают показатель биологического возраста повышенная масса тела, сниженный индекс физической активности, курение.

Ключевые слова: возраст паспортный и биологический
Key words: passport age, biological age

Биологический возраст – это степень истинного старения, уровень жизнеспособности и общего здоровья организма. Биологический возраст – модельное понятие, определяемое как соответствие индивидуального морфофункционального уровня некоторой среднестатистической норме данной популяции, отражающее неравномерность развития, зрелости и старения различных физиологических систем и темп возрастных изменений адаптационных возможностей организма [1].

Биологический возраст определяется как совокупность показателей индивида по сравнению с соответствующими показателями здоровых людей этого же возраста, данной эпохи, народности, географических и экономических условий существования [3].

Показатель биологического возраста необходим для наиболее полной оценки состояния здоровья населения, уточнения риска болезней, а

также для полноценного планирования и проведения мероприятий по их вторичной профилактике.

Большинство исследований и публикаций о тенденции биологического возраста – зарубежные, но переносить эти данные на российскую популяцию нецелесообразно. Публикаций по данному вопросу, касающихся российских граждан, недостаточно, а в Ивановской области подобные исследования не проводились совсем.

Показатель биологического возраста, безусловно, влияет на развитие, течение, исход заболеваний, его необходимо учитывать при комплексной оценке состояния здоровья человека и для рациональной программы ведения пациента.

Цель настоящего исследования – определить биологический возраст обследуемых лиц и сравнить его с паспортным возрастом.

Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи:

1. Дать медико-социальную характеристику лиц, включенных в исследование.

2. Определить биологический возраст обследуемых лиц.

¹ Егорова Лариса Александровна, д-р мед. наук, профессор кафедры сестринского дела. Тел.: (4932) 379-24-44. E-mail: Egorova-ossn@yandex.ru.

3. Сопоставить паспортный и биологический возраст обследуемых лиц.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на базе федерального государственного учреждения санаторий «Плес».

В исследование вошли 100 человек, среди них 50 мужчин и 50 женщин в возрасте 20–70 лет. Обследуемые были разделены на 5 групп по возрастному критерию: 1-я группа – лица 20–30 лет; 2-я – лица 31–40 лет; 3-я – лица 41–50 лет; 4-я – лица 51–60 лет; 5-я – лица 61–70 лет.

Критерии включения: лица 4-й группы диспансерного учета, согласно приказу МЗ Российской Федерации № 109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», т. е. здоровые лица, находящиеся в производственном контакте с больными туберкулезом. По данным медицинской документации и опросу, эти лица за последний год не отмечали у себя каких-либо заболеваний и не обращались за медицинской помощью.

Использованные методы исследования: анкетирование, клинические исследования.

Клинические исследования: определение роста, массы тела, индекса массы тела, измерение АД, частоты пульса, вычисление пульсовой разницы, пробы Штанге, Ромберга № 3, оценка здоровья по аналоговой шкале субъективной оценки здоровья по 10-балльной системе.

Каждому исследуемому определяли индекс физического состояния (ИФС) и вычисляли биологический возраст. Индекс физического состояния рассчитывался по формуле, в которую входят частота пульса, АД, возраст календарный, масса тела, рост:

$$\begin{aligned} \text{ИФС} = & 700 - 3 \cdot \text{ЧПульса} - 0,833 \cdot \text{АДс} - \\ & - 1,666 \cdot \text{АДд} - 2,7 \cdot \text{возраст календарный} + \\ & + 0,28 \cdot \text{масса}/350 - 2,6 \cdot \text{возраст календарный} + \\ & + 0,21 \cdot \text{рост} \end{aligned}$$

Оценка проводилась по следующим критериям: ИФС < 0,375 – низкий; ИФС = 0,376–0,525 – ниже среднего; ИФС = 0,526–0,675 – средний; ИФС = 0,676–0,825 – выше среднего; ИФС > 0,826 – высокий.

Показатель биологического возраста вычислялся по формулам [2]:

$$\text{БВмуж.} = 26,985 + 0,215 \cdot \text{АДс} - 0,149 \cdot \text{ПШ} - 0,151 \cdot \text{ПР} + 0,723 \cdot \text{СОЗ},$$

$$\text{БВжен.} = 1,46 + 0,415 \cdot \text{АДпульсовое} - 0,140 \cdot \text{ПР} + 0,248 \cdot \text{Масса тела} + 0,694 \cdot \text{СОЗ},$$

где Чпульса – частота пульса, АДс – АД систолическое, АДд – АД диастолическое, ПШ – проба Штанге (в секундах), ПР – проба Ромберга № 3 (в секундах), СОЗ – субъективная оценка здоровья (в баллах 0–10).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Медико-социальная характеристика исследуемых групп: около 95% исследуемых проживают в крупных городах и областных центрах. Из 100 исследуемых 66% живут в хороших жилищно-бытовых условиях, более 50% из них имеют среднее специальное образование, 50% замужем или женаты. Примерно 55% всех исследуемых подвержены влиянию вредных привычек (курение).

Индекс физического состояния в среднем у женщин выше, чем у мужчин, и относится к средним показателям, в то время как у мужчин он средний и ниже среднего. Следует отметить, что у женщин до 40 лет (1-я и 2-я группа) этот индекс выше среднего, а у мужчин данная градация встречается только в 1-й группе. Показатели индекса у мужчин к 5-й группе, т. е. к 60 годам, резко падает и относится к низким показателям, а индекс у женщин плавно с высокого переходит на средний и держится на этом уровне (табл. 1).

При анализе субъективной оценки здоровья большинство исследуемых (85 человек) оценили свое здоровье на 9–6 баллов, 14 человек – менее 6 баллов, максимальную оценку (10 баллов) дал один исследуемый (рис. 1).

В результате проведенных исследований и вычислений биологического возраста мы получили следующие данные: в 1-й группе биологический возраст – $40,6 \pm 8,1$ года, во 2-й –

Таблица 1

Индекс физического состояния исследуемых лиц

Группа	Женщины	Мужчины
1-я	$0,726 \pm 0,031$	$0,731 \pm 0,015$
2-я	$0,751 \pm 0,044$	$0,629 \pm 0,029$
3-я	$0,576 \pm 0,027$	$0,568 \pm 0,022$
4-я	$0,430 \pm 0,040$	$0,568 \pm 0,043$
5-я	$0,482 \pm 0,048$	$0,371 \pm 0,041$

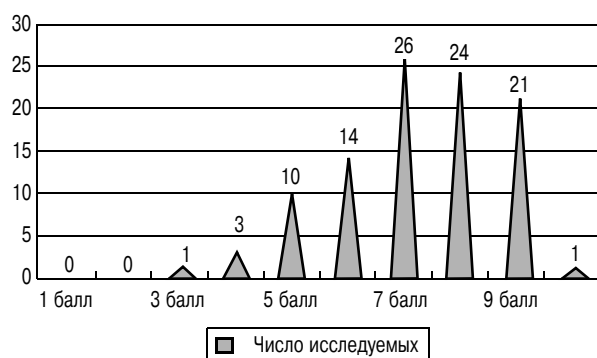


Рис. 1. Субъективная оценка здоровья исследуемых лиц по 10-балльной шкале.

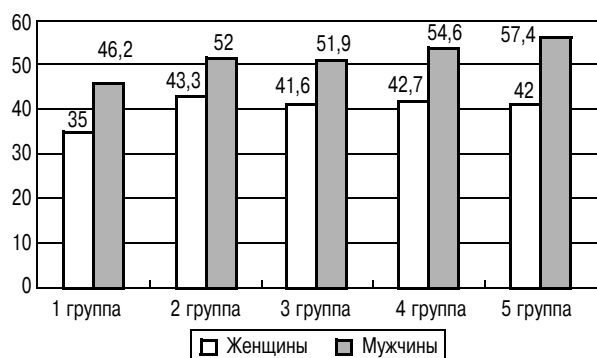


Рис. 2. Биологический возраст женщин и мужчин в разных возрастных группах.

47,7 ± 7,9, в 3-й – 46,8 ± 7,4, в 4-й группе – 48,6 ± 6,7, в 5-й – 49,7 ± 9,7 года.

Таким образом, у молодых лиц в возрасте до 40 лет биологический возраст превышает паспортный в 1-й группе на 15,6 года, во 2-й – на 12,8 года. У лиц 40–60 лет (3-я и 4-я группы) значимой разницы биологического и паспортного возраста не отмечено. В группе лиц старше 60 лет биологический возраст достоверно ниже, чем паспортный (на 14,9 года).

При анализе биологического и паспортного возраста у мужчин и женщин следует отметить, что биологический возраст у мужчин значимо больше, чем у женщин во всех возрастных группах (рис. 2).

Основываясь на данных литературы, мы сочли возможным выяснить влияние отдельных факторов на биологический возраст человека. Среди них мы выделили: семейное положение, курение, индекс массы тела, пульс, АД, показатели пробы Ромберга, индекс физического состояния.

Биологический возраст лиц, которые находятся в законном браке, несколько ниже, чем у лиц разведенных, вдов(цов) и тех, кто никогда не состоял в браке (рис. 3).

При анализе взаимосвязи курения и биологического возраста мы получили, что у курящих он был выше в каждой возрастной группе, чем у некурящих (рис. 4).

При корреляционном анализе биологического возраста с индексом массы тела мы установили среднюю прямую связь ($r = 0,36$, $p < 0,05$), т. е. чем больше индекс массы тела, тем больше биологический возраст человека (табл. 2).

В нашем исследовании мы не отметили взаимосвязи между частотой пульса, уровнем АД и биологическим возрастом человека. Вероятно, это связано с тем, что уровень систолического АД в среднем был $125,3 \pm 1,4$, а диастолического – $77,1 \pm 0,8$ мм рт. ст., частота пульса не превышала $68,3 \pm 0,4$ удара в минуту (см. табл. 2).

Данные пробы Ромберга оказались в обратной корреляции с биологическим возрастом человека, т. е., чем выше показатели пробы, тем меньше биологический возраст ($r = -0,32$, $p < 0,05$). И у мужчин, и у женщин показатели

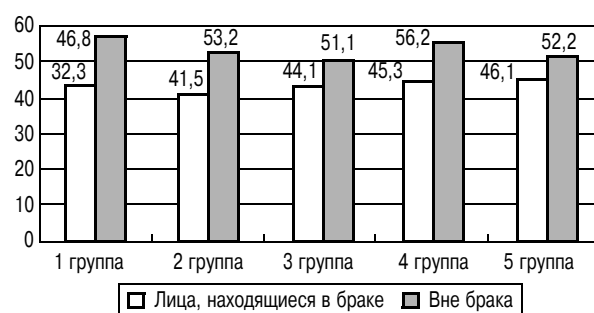


Рис. 3. Биологический возраст лиц, находящихся в законном браке, и вне брака.

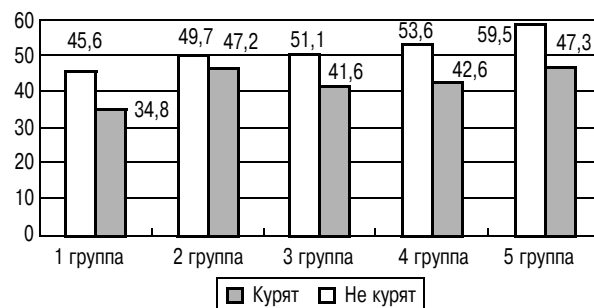


Рис. 4. Биологический возраст курящих и некурящих лиц.

Таблица 2

Влияние различных факторов на биологический возраст

Фактор	Коэффициент корреляции, r	Достоверность, p
Индекс массы тела	0,36	<0,05
Пульс	0,04	>0,05
Артериальное давление	0,03	>0,05
Проба Ромберга № 3	-0,32	<0,05
Индекс физического состояния:		
5-й группы	-0,5	<0,05
1—4-й группы	0,03	>0,05

пробы Ромберга стабильно уменьшаются к 5-й группе, т. е. к возрасту 60–70 лет, а биологический возраст к 60–70 годам увеличивается (см. табл. 2).

Взаимосвязь между индексом физического состояния и биологическим возрастом прослеживается только в старшей возрастной группе ($r = -0,5$, $p < 0,05$, средняя, обратная), т. е. чем выше индекс физического состояния, тем меньше биологический возраст человека. У лиц до 60 лет мы не отметили корреляции этих показателей.

ВЫВОДЫ

1. Несоответствие биологического и паспортного возраста практически во всех возрастных группах.
2. У молодых лиц (20–40 лет) биологический возраст опережает паспортный.

3. У лиц старшего возраста (41–70 лет) биологический возраст меньше паспортного.

4. В целом биологический возраст женщин меньше, чем у мужчин во всех возрастных группах.

5. Биологический возраст больше соответствует паспортному у лиц, находящихся в браке, некурящих.

6. Факторами, ухудшающими показатель биологического возраста, могут быть повышенная масса тела, сниженный индекс физического состояния, курение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Важным компонентом в комплексной оценке состояния здоровья населения является определение биологического возраста.

2. Необходимо изменить модифицируемые факторы, ухудшающие показатели биологического возраста, например курение, повышенную массу тела, физическую активность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерова Л.М. Методы определения биологического возраста по умственной и физической работоспособности. Пермь: Пермская государственная медицинская академия, 2000. 61 с.
2. Гусев В.В. Возвращение в молодость // <http://molodie.by.ru>.
3. Чеботарев Д.Ф., Минц А.Я. Показатели функционального состояния нервной системы в определении биологического возраста и введении поправки в его вычисление // Геронтология и гериатрия: Ежегодник. Биологический возраст. Наследственность и старение. Киев, 1984. 62-66.

Поступила 15.10.2009

УДК 614.2 364

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В УХОДЕ/ОБСЛУЖИВАНИИ КАК КЛЮЧЕВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ПЛАНИРОВАНИИ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Е.Ю. Голубева¹, Р.И. Данилова²

*Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
г. Архангельск*

Обсуждены кросс-культурные, научно-теоретические подходы к качеству ухода/обслуживания, измерению и повышению его эффективности у пожилых людей в системе социальных услуг. Рассмотрены составные части европейского менеджмента процесса ухода/обслуживания. Обосновано применение комплексной оценки нуждаемости пожилого человека в уходе/обслуживании в соответствии с его потребностями как ключевой составляющей рационального планирования ухода. Подчеркнута роль пожилого клиента как активного участника в системе менеджмента ухода/обслуживания.

Ключевые слова: пожилой человек, социальные услуги, качество, менеджмент ухода/обслуживания, оценка клиента
Key words: elderly person, social services, quality, care management, client evaluation

Проблема совершенствования ухода/обслуживания пожилых людей имеет большой резонанс в последние 15 лет в психологической и социологической литературе (О.В. Краснова, Г.А. Миннигалева и др.). Особого внимания

заслуживают труды специалистов, ориентирующихся на междисциплинарный, комплексный анализ проблемы (И.Н. Бондаренко, Е.И. Холостова, С.Г. Максимова и др.)

Для оценки эффективности работы учреждений социального обслуживания населения необходимы унифицированные критерии, в соответствии с которыми можно сравнивать результаты деятельности [5]. Основанием для выделения этих показателей должны послужить федеральные и региональные стандарты социальных услуг. Изучение зарубежных стратегий в

¹ Голубева Елена Юрьевна, канд. биол. наук, декан фак-та социальной работы. Тел.\факс: (8182) 65-44-70. E-mail: prospa@pomorsu.ru.

² Данилова Раиса Игнатьевна, д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой социальной работы. Тел.\факс: (8182) 28-66-19. E-mail: danilova@pomorsu.ru.

управлении качеством обслуживания пожилых людей весьма актуально и практически значимо, в том числе с точки зрения пожилого клиента как потребителя услуг, что является ключевым в системах менеджмента ухода/обслуживания за рубежом, а в России это малоисследованная область.

В данное время за рубежом широко обсуждаются темы сертификации, высокие стандарты качества, управление качеством продукции, в том числе качеством социального сервиса. Этой проблеме посвящают свои работы зарубежные исследователи [15,18,20,21,22,23], которые ориентированы на стратегию организации и оценку качества социальных услуг пожилому населению. В России же недостаточная разработанность стандартов по порядку и условиям предоставления социальных услуг, стандартов услуг по категориям населения, по оснащенности учреждений и требований к персоналу пока не позволяет в полной мере говорить об эффективной системе оценки социального ухода/обслуживания на всех уровнях [3].

Спрос граждан пожилого возраста на социальные услуги отличается устойчивостью. По имеющимся наблюдениям, структура спроса на социальные услуги постепенно изменяется, все более востребованными становятся дорогостоящие услуги по постоянному постороннему уходу на дому, социально-медицинские услуги и услуги сиделок [1]. Формируется устойчиво нарастающая потребность и спрос на профессиональные социальные и социально-медицинские услуги по реабилитации и социальной адаптации, что, в свою очередь, предъявляет все большие требования к профессионализму кадрового состава учреждений социального обслуживания населения.

Наличие групп населения, готовых оплачивать дополнительные социальные услуги для своих пожилых родственников, обязывает социальные службы менять подход к менеджменту социального ухода/обслуживания, улучшать кадровые и материально-технические возможности, пересматривать стиль взаимоотношений с получателями социальных услуг. Сегодня взаимосвязь при предоставлении социальных услуг имеет линейную структуру (клиент – социальный работник – заведующий отделением – ру-

ководитель учреждения, предоставляющего социальные услуги, – руководитель вышестоящего органа социальной защиты населения), а правоотношения фактически строятся на уровне физическое лицо (клиент) – юридическое лицо (учреждение). В случае спора или конфликтных ситуаций такая правовая конструкция может затруднить пожилому человеку поиск приемлемого для него решения. На региональном и муниципальном уровне предстоит наращивать одновременно количественные и качественные показатели социального обслуживания, полнее учитывать дифференциацию доходов потребителей различного вида услуг, принимать меры по созданию рынка социальных услуг.

Высокое качество социального ухода/обслуживания подразумевает предоставление гражданам качественных социальных и социально-медицинских услуг, соответствующих их функциональным возможностям и индивидуальным потребностям. В связи с тем, что высокий уровень качества социального обслуживания является приоритетной целью, именно нуждаемость и интересы пожилых людей должны определять стратегию планирования и развития сферы социального обслуживания. Оценке качества обслуживания посвящены единичные работы О.В. Красновой (2002, 2007), Е.В. Филатовой (2003), И.Н. Бондаренко (2003), Т.В. Ковегиной (2008).

В настоящее время в нашей стране определение нуждаемости пожилых людей исходит из того, что социальный сервис может предложить, это связано со многими причинами, главные из них – ограниченность социально-экономических ресурсов и нормативно-правовые. В европейских странах используется новый подход: процесс оценки начинается с самого индивида как пользователя [7,19,20] и с определения услуг, необходимых для него, чтобы сделать его жизнь независимой настолько, насколько это возможно. Данный подход определяется в соответствии с Принципами ООН (1991), Венским (1982), Мадридскими планами действий по проблемам старения (2002). Данная стратегия привлекает самого пользователя (пожилого клиента) как активного участника, и тех, кто оказывает ему формальную и неформальную помощь.

При оказании ухода/обслуживания пожилому человеку в европейских странах особое значение имеют:

- оценка нуждаемости человека в уходе/обслуживании, чтобы точно знать, какую помощь и в каком объеме ему предоставить;
- источники финансирования;
- взаимоотношения и взаимответственность неправительственных и правительственных учреждений в организации ухода/обслуживания;
- профилактика старения, дающая возможность людям пожилого возраста жить независимо настолько, насколько это возможно;
- качество предоставляемых услуг, регулирование этих процессов, проведение инспекций и др.

Менеджмент ухода/обслуживания как процесс включает оценку, план, осуществление и мониторинг обслуживания, специально приспособленного к индивидуальным потребностям пожилого человека.

Важность оценки заключается в том, что это первая ключевая стадия в процессе, который ведет к вмешательству, имеющему цель улучшить жизненную ситуацию старого человека или его функционирование [4,7,11].

Процесс оценки. Оценка функциональных возможностей пожилого человека, его способности к самообслуживанию – важный фактор социальной практики, на которой базируются дальнейшее вмешательство и организация эффективного ухода/обслуживания, соответствующего потребностям. То, что получают в результате пользователи, зависит от качества оценки. Ограниченная, поверхностная оценка потребителя услуг ведет к неадекватным финансово-экономическим затратам и неудовлетворенности пожилого клиента уходом/обслуживанием. В последние годы зарубежные авторы [14,16,17,20] делают акцент на интегративной оценке нуждаемости, позволяющей всесторонне планировать уход за пожилым клиентом.

В первую очередь, оценка – это процесс, причем динамический, элементы которого значительно влияют на качество дальнейшего результата. Общая цель оценки – определить лучшее оказание услуг индивиду, исходя из его потребностей и нужд. Однако полная и всеобъ-

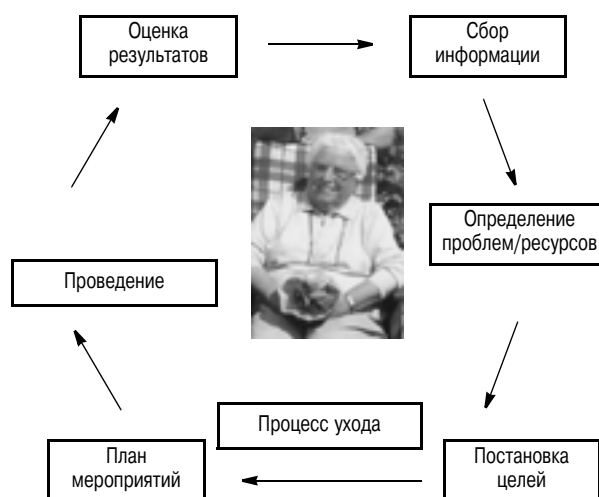


Рис. 1. Компоненты процесса ухода/обслуживания.

емлющая оценка достаточно редка на практике [4,7,10]. Процесс оценки можно представить следующим образом (рис. 1).

Помещение пожилого клиента в центре планирования услуг – основная ценность в качественном усовершенствовании и оценке в зарубежных стратегиях менеджмента ухода/обслуживания, это не только продукт, но и процесс, в который вовлекается клиент.

На оценку влияют: знания, умения, профессиональные представления, ценностные ориентации.

Оценка включает: подготовку, сбор информации, определение методик, суммирование полученных данных, выработку гипотезы, планирование предоставления услуг. После этого проводится вмешательство, после чего снова оценка (скорее, переоценка), которая начинается с определения и т. д. Таким образом, этот процесс циклический.

Специалисты по менеджменту ухода/обслуживания должны основываться на следующих принципах:

- обеспечивать ясное руководство, инструкции и схемы для качественной оценки;
- добиваться мультидисциплинарной оценки всех видов ухода/обслуживания и уровней предоставления услуг/сервиса;
- признавать, что всеобъемлющая оценка должна быть частью планирования и структурированного подхода к развитию сервиса и услуг для лиц преклонного возраста.

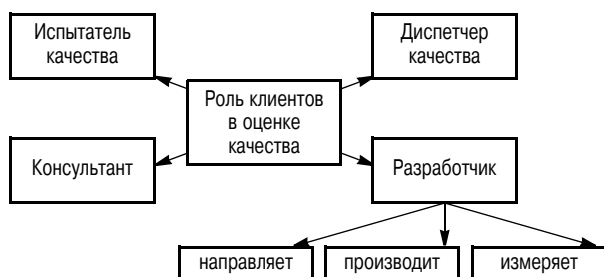


Рис. 2. Роль клиентов в оценке качества ухода/обслуживания.

Доступность и качество социальных услуг в учреждениях могут быть достигнуты, если услуги отвечают общественной потребности, индивидуальной нуждаемости и ожиданиям клиентов. В итоге именно пожилые люди как потребители социальных услуг могут ответить на вопрос, насколько последние доступны и качественны.

В стратегии зарубежного менеджмента подчеркивается, что клиенты должны быть представлены во многих ролях при оценке качества ухода/обслуживания, а именно (рис.2) [19]:

- Клиент как испытывающий качество в его собственной жизненной ситуации. Традиционный способ измерения — спросить, удовлетворен ли клиент предоставленным видом ухода/обслуживания.
- Клиент как диспетчер качества ухода за ним. Необходимо анализировать жалобы клиента, на основе которых возможно корректировать уход.
- Клиент как консультант относительно качества.
- Клиент как разработчик качества.
- Клиент как участник повышения качества ухода за ним.
- Клиент как партнер в уходе/обслуживании.
- Клиент как измеритель качества ухода за ним.

По литературным данным, в России в настоящее время нуждаемость пожилых людей в уходе/обслуживании базируется не на функциональной оценке способностей их организма, а на нормативно-правовых положениях о предоставлении услуг, согласно законодательству (федеральный закон «О социальном обслуживании населения», 1995). Европейский подход с при-

влечением и активным участием самого пользователя, его формальных и неформальных помощников более результативен. «Пользователь индивидуального ухода/обслуживания с его согласия и любые помощники должны быть вовлечены в оценку и менеджмент ухода. Клиенты должны чувствовать, что процесс направлен на достижение соответствия их потребностям. Если пользователь не способен активно принимать участие, должна быть оказана помощь по его вовлечению в выбор уровня ухода/обслуживания» (Department of Health and Social Security, 1990, пункт 3.16) [19].

Таким образом, помещение клиента в центр планирования услуг — основная ценность в качественном усовершенствовании и оценке в зарубежных стратегиях ухода/обслуживания пожилых лиц. Уход является процессом, который вовлекает клиента, а услуги должны в полной мере отражать его потребности и предпочтения. Оценка нуждаемости в видах и объеме услуг — важная часть планирования и структурированного подхода к развитию сервиса и услуг для пожилых людей, а оказание достаточных по объему и качественных социальных услуг требует усовершенствования российского менеджмента ухода/обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко И.Н. Некоторые вопросы управления качеством социального обслуживания граждан пожилого возраста. Под ред. Кареловой Г.Н. // Социальная работа для пожилых людей: профессионализм, партнерство, ответственность. Саратов. 2002. С. 66-72.
2. Бондаренко И.Н., Краснова О.В. Инновационные идеи в социальном обслуживании пожилых людей // Психология зрелости и старения. 2003. № 3. С. 87-126.
3. Быковская Л.И. Оценка качества социальных услуг в системе социальной работы как объективная необходимость. Перспективы развития и актуальные проблемы социальной работы в условиях модернизации российского общества. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием: Сб.: ГОУ ВПО КГМА. Киров, 2007. С. 68-73.
4. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. 2005. № 9. С. 48-52.
5. Данилова Р.И., Голубева Е.Ю. Геронтосоциальная работа в контексте российской культуры и рекомендаций Мадридского плана по проблемам старения // Успехи геронтологии. 2007. Т. 20. № 2. С. 129-134.

6. Ковегина Т.В. Оценка эффективности работы отделений социального обслуживания на дому // Работник социальной службы. 2008. № 5. С. 34-47.
7. Краснова О.В. Руководство по оказанию социально-психологической помощи старым людям. М.: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002. 208 с.
8. Максимова С.Г. Особенности функционирования и развития системы социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста // Социальное обслуживание. 2008. № 2. С. 5-24.
9. Миннигалева Г.И. Социальная политика в отношении пожилых людей в России и за рубежом // Психология зрелости и старения. 2004. № 1. С. 111-125.
10. Семакова В.Г., Голубева Е.Ю. Зарубежные модели стандартизации обслуживания и качество социальных услуг для пожилых людей // Бюллетень СГМУ. 2007. № 1. С. 146-147.
11. Социальная работа: история и современность (региональный аспект): коллективная монография. Под ред. Р.И. Даниловой. Архангельск: Правда Севера, 2007. 289 с.
12. Филатова Е.В. Исследование качества обслуживания в домах-интернатах // Психология зрелости и старения. 2003. №2 (22). С. 101-111.
13. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Уч. пособие. 4-е изд. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006. 348 с.
14. Bjorkgren M. Case-mix Classification and Efficiency Measurement in Long-Term Care of the Elderly, Edited by Stakes: Stakes. 2002. Vol. 124. 244 p.
15. Gosztonyi G. Thoughts about standardization and quality management. Ed. by Gathy V. Introducing quality standards in elderly care. Budapest, 2000. P. 23-25.
16. Katz S., Stround M.W. Functional assessment in geriatrics. A review of progress and directions // JAGS. 1989. Vol. 37. P. 267-271.
17. Morris J.N., Fries B.E., Morris S.A. Scaling ADLs within the MDS // Journal of Gerontology: Medical Sciences. 1999. Vol. 54A. № 11. P. 546-553.
18. Talyigas C. Standardization of care for the elderly. Ed. by Gathy V. Introducing quality standards in elderly care. Budapest, 2000. P. 6-11.
19. Vaarama M., Kautto M. Social protection for elderly in Finland. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy saarijarvi. 1999. P. 84.
20. Vaarama M., Pieper R. Managing Integrated Care for Older Persons. Finland. 2005. P. 285
21. Vaarama M., Pieper R., Sixsmith A. (eds). Care-Related Quality of Life in Old Age. Springer. 2008. 338 p.
22. Walker A., Mollenkopf H. (eds). Quality of life in old age: international and multi-disciplinary perspectives. Springer. 2007. 260 p.
23. Wallrafen-Dreisow H., Weigel R. Selbstbewertungen nach dem europäischen Qualitätsmodell verbessern die Ergebnisqualität im Sinne des PQsG // Altenheim. 2002. № 9. P. 18-22.
24. Wetzel U. Das Pflegequalitätsgesetz (PQsG) // Kuratorium Deutsche Alterhilfe Pro Alter. 2002. № 2. P. 58-60.

Поступила 20.11.2009



ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3-е издание дополненное, с приложениями

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Это издание в 2 раза больше по объему предыдущего

Монография – размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях его развития. Впервые представлен академический анализ систем лекарственного обеспечения в США, странах Западной и Восточной Европы в сравнение с отечественной системой. Подробно изложена методология фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований, моделирования, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов. **Большой раздел посвящен проведению клинико-экономического анализа в медицинской организации, созданию больничного формуляра, стандартов, расчета стоимости медицинских услуг и обоснования тарифов на медицинскую помощь.**

Книга адресована главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

М.: Издательство «Ньюдиамед», 2008 г.: 778 с., ISBN 978-5-88107-065-6, формат 60×90/16, твердый переплет, цена 1200 руб., цена с почтовыми услугами 1400 руб. (цена включает НДС 10%).

Адрес: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед»

Тел./факс: 8-499-782-31-09, 8-495-609-13-57

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.rspor.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net

АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ

Е.И. Бурцева¹

ГУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН, Москва

Проанализированы данные многочисленных исследований по вакцинопрофилактике гриппа пожилых людей, в том числе в Российской Федерации, вакцинами различного типа – отечественными и импортными, живыми и инактивированными. Подтверждена высокая эффективность вакцинации пожилых лиц против гриппа в снижении инфицирования и заболевания, госпитализации по поводу гриппа и пневмонии, развития осложнений и в снижении летальности.

Ключевые слова: грипп, пожилой возраст, вакцинация
Key words: aged, influenza, vaccination

На протяжении всего периода времени с начала открытия вирусной природы гриппозной инфекции одним из важных и приоритетных направлений исследования ученых многих стран мира была и остается вакцинопрофилактика, стратегия и тактика которой во многом определяется особенностями циркуляции вирусов гриппа.

В последние годы существенно изменился эпидемический процесс, для которого стали характерными: длительная циркуляция антигенно-родственных вариантов вирусов гриппа А(Н1N1), А(Н3N2) и В; разная степень активности и скорость их эволюционной изменчивости; увеличение доли населения с высоким иммунитетом к ним; неравнозначность эпидемий по этиологическому фактору и интенсивности на разных территориях нашей страны и мира в целом [7,11,16].

Восприимчивость людей к вирусам гриппа следует признать абсолютной. По мнению ряда исследователей, риск заболевания во многом определяется возрастом пациента, статусом его здоровья, с одной стороны, типом возбудителя и предшествующими контактами с антигенно-подобными штаммами вирусов гриппа – с другой.

В период эпидемии гриппозную инфекцию переносят около 5–15% населения мира, при этом ежегодно регистрируют до 500 тыс. случаев летального исхода, причиной которого являются тяжелые осложнения болезни [20].

Проявления гриппозной инфекции могут быть самыми различными – от бессимптомных форм до клинически выраженных респираторных заболеваний, нередко с последующим развитием осложнений, в том числе первичной вирусной и вторичной вирусно-бактериальной пневмонии. Заболеваемость ОРВИ и гриппом среди детей в несколько раз выше, чем у взрослых. Наиболее высокие показатели во время эпидемии гриппа приходятся на детей от 3 до 6 лет и школьников; они же являются основными источниками распространения гриппоз-

¹ Бурцева Елена Ивановна, д-р мед. наук, руководитель лаборатории экологии и эпидемиологии гриппа. Тел.: 8(499) 190-30-46; 8-916-157-48-14. E-mail: elena_burceva@mail.ru.

ной инфекции в детских коллективах и семьях. Грипп является причиной избыточной смертности людей с разной хронической соматической патологией (в том числе пожилого возраста): 104–870 на 100 тыс. населения, и 2 – у клинически здоровых лиц [14].

Спектр осложнений после перенесенной гриппозной инфекции достаточно широк и охватывает практически все органы и системы: со стороны респираторной системы – острый бронхит (20–30%), круп (5–15% у госпитализированных), острый средний отит (35% среди госпитализированных детей); первичная (2–5%) и вторичная пневмонии (4% – среди госпитализированных пожилых людей); со стороны сердечно-сосудистой системы – сердечная недостаточность, миокардит, перикардит, кровоизлияние в сердечную мышцу и другие органы; неврологические осложнения – вирусный энцефалит, энцефаломиелит; а также почечные, гастроинтестинальные, офтальмологические.

Как уже упоминалось выше, наиболее часто болеют дети, но в то же время большая частота летальных исходов от перенесенной инфекции или ее осложнений приходится на возрастные группы 65–74 лет (25 на 100 тыс. населения) и старше 75 лет (73,1 на 100 тыс. населения). Кроме того, специалистами ряда стран четко доказана корреляция между подъемом заболеваемости гриппом и увеличением числа так называемой избыточной смертности в периоды не только пандемий гриппа, но и ежегодных эпидемий [6].

Экономический ущерб одного случая гриппа амбулаторных пациентов составляет 469,4 руб. – у детей и 639,3 руб. – у взрослых. Среди госпитализированных пациентов стоимость одного случая возрастает в несколько раз и составляет 2471 руб. у детей и 2876 руб. – у взрослых.

С учетом особенностей эпидемического процесса тактика вакцинопрофилактики гриппа в России была изменена. Раньше вакцинации подлежали, в основном, здоровые люди средних лет, активно работающие на предприятиях страны. В настоящее время определены группы населения, которые в первую очередь подлежат вакцинации – группы высокого риска инфицирования и заболевания (дошкольники детских дошкольных учреждений, школьники, медицинские

работники, воинский контингент, работники транспорта и др.) и группы высокого риска неблагоприятных последствий перенесенной гриппозной инфекции (пожилые люди; лица с хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющие ОРВИ, дети дошкольного возраста) [15].

В России, как ни в одной стране мира, спектр гриппозных вакцин представлен достаточно широко и включает живую (ЖГВ, Микроген, Россия) и инактивированные (ИГВ) гриппозные вакцины [8]. Инактивированные гриппозные вакцины различаются по форме производства и содержанию вирусных белков. Среди них: цельновирioнного типа – ГрипповакTM (НИИВС, Россия); расщепленного типа – БегривакTM (Chiron Bering, Германия), ВаксигрипTM (Sanofi Pasteur, Франция) и ФлюариксTM (Glaxo Smith Kline, Великобритания); субъединичного типа – Агрипал S1TM (Италия) и ИнфлювакTM (Solvey Pharma, Нидерланды); полимерсубъединичного типа – ГрипполTM (Микроген, Россия) и Гриппол+TM (Петровакс, Россия) [2,3,5,12,13]. Все гриппозные вакцины содержат 3 актуальных штамма – А(Н1N1), А(Н3N2) и В, состав которых пересматривается экспертами ВОЗ ежегодно. Так, например, в сезоне 2007–2008 гг. были рекомендованы А/Соломоновы острова/3/2006 (Н1N1), А/Висконсин/67/2005 (Н3N2) и В/Малайзия/2506/2004 (линии В/Виктория-подобные). Согласно изменениям антигенных свойств вирусов, определенных по итогам последнего сезона, эксперты ВОЗ провели замену всех 3 штаммов и для сезона 2008–2009 гг. рекомендовали новые штаммы, среди которых – А/Брисбен/59/2007 (Н1N1), А/Брисбен/10/2007 (Н3N2) и В/Флорида/4/2006 (линии В/Ямагата-подобные) [20].

Практически все страны мира, за исключением России и США, имеют опыт применения только инактивированных гриппозных вакцин во всех возрастных группах, включая детей с 6-месячного возраста. Исследования последних лет показали, что трехвалентные ИВ при однократной иммунизации детей 3 лет и старше, подростков и взрослых 18–35 лет более активно стимулируют выработку гуморальных антител по сравнению с возрастными группами детей до 3 лет и лицами пожилого возраста. Некоторые

отличия получены и у лиц с разным уровнем анамнестических антител перед вакцинацией. Защитная эффективность от гриппозной инфекции также была более выраженной у подростков и лиц молодого возраста (80–100%), имела средние показатели для здоровых лиц в возрасте 30–60 лет (70–90%) и была несколько ниже у лиц пожилого возраста (50–70%). Однако у лиц пожилого возраста подтверждена эффективность вакцинации по снижению показателей госпитализации при гриппе и пневмонии на 30–70% и снижение смертности на 80%.

Вакцинация против гриппа определяет высокий экономический эффект. Один рубль, вложенный в прививки, дает 3–6, а по некоторым данным, — до 25 руб. экономии за счет сокращения затрат на лечение, оплату больничных листов и др. [14,16].

Эффективность вакцинопрофилактики зависит от многих факторов и, в первую очередь, от соответствия вакцинных штаммов эпидемическим вирусам, возрастных особенностей прививаемых контингентов, статуса их здоровья. Многими исследованиями эффективность была подтверждена по таким показателям, как снижение заболеваемости (39–68%), развития пневмонии (35–66%), госпитализации (28–65%) и смертности (56–75%). В последние годы показана эффективность и безопасность вакцинации против гриппа больных лейкозом, реципиентов трансплантатов, а также больных бронхиальной астмой детей [19].

В 2007 г. Правительством нашей страны принят приоритетный Национальный проект в сфере здравоохранения «Здоровье», предусматривающий обязательную вакцинацию детей, посещающих дошкольные и школьные учреждения, медицинских работников, взрослых старше 60 лет и др. В сезоне 2007–2008 гг. в рамках этого проекта было привито 31,21 млн человек из групп риска, или 22% населения РФ.

Как уже упоминалось выше, в нашей стране накоплен большой опыт вакцинопрофилактики гриппа в разных возрастных группах. Последующими примерами ряда контролируемых эпидемиологических наблюдений хотелось бы еще раз подчеркнуть социально-экономическую эф-

фективность вакцинопрофилактики гриппа у лиц пожилого возраста.

И первое, на что необходимо обратить внимание, это выбор типа препарата и оптимальной схемы в тактике вакцинации против гриппа. Под эгидой ВОЗ в рамках российско-американского сотрудничества по программе, согласованной с Минздравом РФ и Комитетом социальной защиты населения Москвы, в сезоне 1995–1996 гг. было организовано и проведено контролируемое наблюдение по сравнительному изучению прививочных свойств и защитной эффективности отечественной живой вакцины и инактивированной вакцины расщепленного типа (Флюшилд™, США) при их применении по 5 схемам у пожилых людей: вакцинация и ревакцинация (через 4 недели) живой вакциной, однократная вакцинация инактивированной вакциной, одномоментная вакцинация живой и инактивированной вакциной, вакцинация инактивированной вакциной и ревакцинация живой вакциной, одномоментная вакцинация живой и инактивированной вакциной и ревакцинация живой вакциной [2]. Результаты изучения иммуногенных свойств вакцин определили более выраженный иммунный ответ ко всем 3 вакцинным штаммам при вакцинации инактивированной вакциной по сравнению с живой. В то же время введение вакцин по схемам их комбинированного применения не выявило статистически значимых различий в выраженности иммунного ответа при сравнении с привитыми одной инактивированной вакциной.

Анализ структуры поствакцинального иммунитета также подтвердил различие сравниваемых групп в характере иммунного ответа. В группе привитых живыми вакцинами только 6% из их числа ответили диагностическим приростом ко всем 3 вакцинным вирусам, 15% — к двум и большинство из них (29%) — к одному из штаммов. Среди групп, привитых по схемам с использованием инактивированных вакцин, лица, не ответившие на вакцинацию, составили только 3–11%, при этом большинство пожилых людей положительно реагировали на вакцинацию.

Получены положительные результаты защитной эффективности обеих вакцин. Лиц с защитным титром антител после вакцинации было

достоверно больше (48–79%) при сравнении с группой контроля (7–51%), за исключением показателей к В-вирусному антигену у привитых живой вакциной ($p > 0,05$). В условиях полного совпадения по антигенным свойствам вакцинных и эпидемических штаммов снижение заболеваемости ОРВИ и гриппом регистрировали у привитых живой вакциной в 1,5 раза ($p > 0,05$), инактивированной – в 2,1 раза ($p < 0,05$) и разными схемами живой и инактивированной – в 2,7 раза ($p < 0,05$). Результаты, полученные при серологической коррекции заболеваний, показали, что риск заражения был более выраженным у лиц, не имевших прироста специфических анти-НА после вакцинации. Анализ данных инфицированности сравниваемых групп выявил достоверные различия по сравнению с группой контроля: она была в 2,6 раза ниже у привитых живой вакциной ($p < 0,05$); в 3,5 раза – инактивированной ($p < 0,05$) и в 3,8 раза – при комбинированных схемах вакцинации ($p < 0,05$).

Цель другого исследования заключалась в сравнительной оценке эффективности разных типов инактивированной вакцины у лиц пожилого возраста [4].

Вакцинопрофилактика гриппа была проведена по программе, согласованной с Минздравом РФ и Комитетом социальной защиты населения Москвы, среди лиц 65 лет и старше в сезоне 1999–2000 гг. В группы наблюдения были включены лица, имевшие в анамнезе хронические заболевания сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной и мочевыделительной систем. В исследование были включены инактивированные вакцины расщепленного типа (Бегривак™, Ваксигрип™, Флюарикс™), субъединичного типа (Инфлювак™) и полимерсубъединичного типа (Гриппол™).

Как показали наши данные, хронические соматические заболевания пациентов наблюдаемых групп существенно не влияли на иммунную активность этих вакцин, которые обеспечили выработку высокого уровня гуморальных антител к обоим поверхностным белкам вакцинных штаммов (58–89%).

У небольшого числа привитых в возрасте 85 лет и старше, большинство которых были серонегативными (1–6% в зависимости от группы

наблюдения), не было никакой динамики специфических антител. Углубленное изучение их иммунного статуса совместно с сотрудниками ГНЦ – Института иммунологии Минздрава РФ, показало, что для данной группы лиц характерны значительные изменения показателей иммунитета, среди которых – ослабленный пролиферативный ответ лимфоцитов на фитогемагглютинины; сниженное содержание CD4+ Т-лимфоцитов, несущих IL-2-рецепторы; повышенное содержание незрелых CD3+, CD4+, CD8+ Т-клеток; повышенная экспрессия HLADR на Т-клетках и NK-клетках; повышенное содержание CD56-Т-клеток. Таким образом, можно предположить, что для данной категории лиц формирование специфических антител в ответ на вакцинацию полностью определялось особенностями их возраста и иммунного статуса.

Данные исследования подтвердили эффективность инактивированных вакцин как расщепленного, так и субъединичного типа для лиц пожилого возраста, при этом эффективность гриппозных вакцин во многом определялась уровнем поствакцинального иммунитета и широтой спектра индуцируемого ответа. Случаи заболеваний гриппом и ОРВИ были зарегистрированы в коллективе, при этом в контрольной группе показатель составил 21,1%. Достоверная разница была только в группах привитых вакцинами Ваксигрип™ (15,6%) и Инфлювак™ (14,4%). В то же время анализ уровня инфицированности групп сравнения показал, что в контрольной группе при 20% инфицированности ее снижение отличалось для каждого из препаратов в 1,3–2,7 раза.

Большой опыт вакцинопрофилактики с применением субъединичной вакцины Инфлювак™ в различных возрастных группах, массовой вакцинации детей, а также лиц с аллергическими заболеваниями накоплен и в нашей стране [18]. В статье А.В. Слободенюк с соавт. (2002) представлены данные оценки эффективности вакцины при вакцинации 170 лиц в возрасте 60 лет и старше, контрольную группу составили 226 человек [17]. В результате проведенных исследований достоверно установлена высокая иммунная активность вакцины, при этом средняя геометрических титров (СГТ) антител к вакцинным штаммам у незащищенных лиц увели-

чилась в 15,3 раза к вирусу гриппа А(Н1N1), в 6,8 раза – к вирусу гриппа А(Н3N2) и в 4,6 раза – к вирусу гриппа В. У лиц, имевших протективные уровни антител (1 : 40 и выше), также регистрировали достоверное увеличение кратности прироста средней геометрических титров антител в пределах 2,1–2,8 раза. В результате проведенной вакцинации доля лиц с протективным уровнем антител увеличилась с 5,8 до 62,1% к вирусу гриппа А(Н1N1), с 46,6 до 89,3% – к вирусу гриппа А(Н3N2) и с 24,3 до 86,4% – к вирусу гриппа В. Изучение защитной эффективности вакцинопрофилактики показало, что привитые болели ОРВИ в 3,5 раза (коэффициент эффективности 71%) и обращались по поводу обострения хронических заболеваний в 1,6 раза (коэффициент эффективности 36,8%) реже, чем непривитые.

В заключение еще раз хотелось бы подчеркнуть, что у пожилых людей, с широким спектром хронических соматических заболеваний в анамнезе, высок риск постгриппозных осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. В ходе оценки вакцинопрофилактики гриппа в этой возрастной группе как отечественными, так и зарубежными исследователями подтверждена высокая эффективность вакцинации пожилых лиц против гриппа в снижении показателей инфицирования и заболевания, госпитализации по поводу гриппа и пневмонии, развития осложнений и летальности. При этом однократная вакцинация обеспечивала высокий протекторный иммунитет к циркулировавшим в период эпидемии штаммам вирусов гриппа А и В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекзентеев Р.Р. Экономическая эффективность вакцинопрофилактики гриппа в России // *Вакцинация*. 1998. № 1. С. 10.
2. Бурцева Е.И., Слепушкин А.Н., Беляев А.Л. и др. Выбор оптимальных схем в тактике вакцинации против гриппа пожилых людей // *Журн. микробиол.* 1998. № 4. С. 40-45.
3. Бурцева Е.И., Слепушкин А.Н., Беляев А.Л. и др. Гриппол – эффективный препарат для иммунизации лиц пожилого возраста против гриппа // *Иммунология*. 2000. № 2. С. 39-42.

4. Бурцева Е.И., Слепушкин А.Н., Власова Л.Н. и др. Сравнительное изучение реактогенности и иммуногенности инактивированных гриппозных вакцин у лиц пожилого возраста // *Микробиология*. 2000. № 5. С. 40-45.
5. Гендон Ю.З. Инактивированная расщепленная гриппозная вакцина Ваксигрип // *Вакцинация*. 2000. № 11. (5). С. 3-11.
6. Гендон Ю.З. Вакцинация против гриппа снижает риск осложнений и смертности при сердечно-сосудистой патологии // *Вакцинация. Информационный бюллетень*. 2008. № 1–2 (52). С. 4-5.
7. Грипп. Руководство для врачей. Под ред. Г.И. Карпухина. СПб.: Гиппократ, 2001.
8. Ерофеева М.К., Кузнецов О.К., Мигунов А.И. Сравнительная характеристика гриппозных вакцин, разрешённых к применению в России // *Terra Medica*. 2000. Vol. 3. P. 12-14.
9. Ерофеева М.К. Профилактика гриппа и других респираторных заболеваний в группах риска // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2001.
10. Маринич И.Г., Тимошенко О.Ф., Игнатъева Г.С. и др. Летальность от гриппа, острых респираторных заболеваний и острой пневмонии в Санкт-Петербурге // *Вакцинация*. 1999. № 5. С. 4-5.
11. Маринич И.Г., Карпова Л.С. Особенности эпидемического процесса при гриппе и ОРЗ в городах России и Санкт-Петербурге в 1969-2003 гг. // *Сб. научн. трудов Межд. научн. конф. «Актуальные вирусные инфекции – теоретические и практические аспекты»*. СПб., 2004. С. 17.
12. Никольшин А.А. Сравнительная характеристика современных гриппозных вакцин // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
13. Панфилова Л.В., Лусс Л.В., Иванова А.С., Некрасов А.В., Слепушкин А.Н., Беляев А.Л., Бурцева Е.И. и др. Результаты вакцинации лиц пожилого и старческого возраста гриппозной трехвалентной полимерсубъединичной жидкой вакциной Гриппол // *Аллергология*. 1999. № 4. С. 19-21.
14. Семенов Б.Ф. Аргументы в пользу ежегодной вакцинации групп риска против гриппа // *Вакцинация*. - 2001. № 5 (17). С. 2.
15. Слепушкин А.Н., Бурцева Е.И., Беляев А.Л. и др. Тактика вакцинопрофилактики гриппа на современном этапе. // *Вопр. вирусол.* 1996. № 1. С. 34-36.
16. Слепушкин А.Н., Львов Д.К., Беляев А.Л., Бурцева Е.И. и др. Эпидемиологические особенности гриппа последних лет. // *Вопр. вирусол.* 1998. № 3. С. 141-148.
17. Слободенюк А.В., Пальгина Е.С., Романенко В.В. и др. Эффективность вакцины Инфлювак при вакцинации лиц пожилого возраста. // *Сборник статей к 80-летию ЦГСН в Свердловской области*, Екатеринбург, 2002.
18. Современные подходы к профилактике гриппа // *Сборник статей «Инфлювак - субъединичная вакцина третьего поколения»*. М., 2008. 48 с.
19. Таточенко В.К. Почему необходимо прививать лиц с хронической патологией. // *Вакцинация*. 2000. № 12 (6). С. 4-5.
20. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en>.

Поступила 18.11.2009

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 614.2-614-08

**ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЯХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ
СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ**

М.В. Доютова¹, Н.К. Гусева

Нижегородская государственная медицинская академия

Разработан организационно-методический подход к формированию муниципальной системы медико-социальной рееадаптации лиц старшей возрастной группы на основе изучения социальных проблем, обусловленных их здоровьем. Повышение уровня социальной адаптации этих лиц связано с развитием медико-социальной помощи, медико-социального патронажа и паллиативной терапии с высокой интеграцией медицинского, социального, психологического и духовного взаимодействия, а также с укреплением медицинских и социальных служб.

Ключевые слова: старение населения, социальные проблемы, медико-социальная помощь
Keywords: aging of population, social problems, medico-social care

Актуальность проблемы медико-социальной адаптации пожилых возрастает в связи с демографическим старением населения во всех экономически развитых странах мира. В Российской Федерации лица старшей возрастной группы в структуре населения в 2007 г. составляли 23,4%, а по прогнозам ООН к 2050 г. достигнут 33%. Возрастные изменения, старение человека – это реальный, чрезвычайно сложный процесс, ставящий перед обществом, человеком, наукой комплекс важных проблем. Важнейшей из них является проблема биосоциальной адаптации пожилых людей, оптимальное разрешение которой позволит минимизировать негативные по-

следствия изменений социальной и семейной роли пожилого человека вследствие прекращения им трудовой деятельности и выхода на пенсию, снижения социального, экономического и семейного статуса, заболеваний и возрастных психологических и психических особенностей. Социальная и психологическая дезадаптация характерна для 74,8% лиц старшей возрастной группы [1,2].

Мероприятия по социальной рееадаптации пожилых должны быть максимально приближены к ним и осуществляться на муниципальном уровне.

С целью разработки организационно-методического подхода к формированию муниципальной системы медико-социальной рееадаптации лиц старшей возрастной группы в учреждениях различной ведомственной принадлежности на-

¹ Доютова Марина Владиславовна, тел.: +7 (831) 229-65-73, +7 (831) 419-80-69.

ми исследованы: 1) социальные проблемы, связанные со здоровьем лиц старшей возрастной группы, как причина обращаемости в муниципальное амбулаторно-поликлиническое учреждение, на основе МКБ-10, XXI класс «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»; 2) уровень социальной адаптации лиц старшей возрастной группы в учреждениях медико-социального обслуживания г. Нижний Новгород; 3) система организации медико-социальной рееадаптации лиц старшей возрастной группы в учреждениях органов здравоохранения и социальной защиты населения на муниципальном уровне; 4) прогрессивные формы медико-социальной рееадаптации лиц старшей возрастной группы.

В соответствии с данными литературы использована технология организации мероприятий по повышению уровня социальной адаптации, включающая:

1) оценку уровня социальной адаптации лиц старшей возрастной группы в условиях различных микросоциумов — семья, учреждения здравоохранения и социальной защиты населения;

2) дифференцированный подход к организации мероприятий по медико-социальной рееадаптации различных контингентов лиц старшей возрастной группы с учетом их состояния здоровья, образа жизни, уровня социальной адаптации;

3) комплексное воздействие на индивида с целью повышения его медицинской, социальной активности и психологической зрелости, включающее диспансеризацию, терапию средой, занятостью, социокультурное воздействие, методы индивидуальной, групповой и семейной психотерапии;

4) последовательное комплексное и целенаправленное воздействие на образ жизни лиц старшей возрастной группы с целью его коррекции и адаптации к медицинскому и социальному статусу индивида.

Исследование этого контингента лиц, проживающих на конкретных административных территориях, по уровню их социальной адаптации, состоянию здоровья и семейному статусу (наличие родственников, осуществляющих уход) показало, что можно выделить 4 группы со специфическими потребностями, удовлетворение ко-

торых требует различной формы организации мероприятий по рееадаптации.

1. Лица старшей возрастной группы, живут самостоятельно (в семье или без семьи), с удовлетворительным здоровьем, обслуживаются медицинскими учреждениями амбулаторного типа.

Наиболее часто (98,1%) они имеют средний уровень социальной адаптации из-за медико-социальных последствий болезни (II группа инвалидности у 75,1% лиц) и социально-психологических факторов (неадекватное восприятие старости и своей личности 80% лиц). В структуре их потребностей ведущее место занимает необходимость медицинской помощи и реабилитации (99,2%), социальной рееадаптации (98,4%), в том числе социально-психологической адаптации (82,8%), повышении медицинской активности (82,2%), социальной реинтеграции (76,3%).

Неспособность амбулаторно-поликлинического учреждения в настоящее время решать социальные проблемы, связанные со здоровьем, у данного контингента пациентов, обуславливает потребность в помощи социальных служб.

Организационный эксперимент по медико-социальной рееадаптации с использованием базы Муниципального центра социального обслуживания населения дал высокий медико-социальный эффект:

— субъективное улучшение состояния здоровья отмечено у всех пациентов, в том числе значительное у $34,87 \pm 3,4\%$, умеренное у $47,37 \pm 4,0\%$;

— существенная динамика восстановления нарушенных функций организма — у $26,42 \pm 3,8\%$ лиц; повысился уровень социальной адаптации у $31,2 \pm 3,8\%$ лиц, стал высоким уровень социальной адаптации у $39,07 \pm 4\%$ лиц.

На эффективность мероприятий по медико-социальной рееадаптации данного контингента оказывают влияние:

1. Система формирования поступления больных в центр для медико-социальной рееадаптации, которая учитывает уровень их социальной адаптации, семейные условия, выраженность медико-социальных последствий болезней и возрастных изменений, дифференцируя нуждающихся в рееадаптации на дому и в условиях стационара.

2. Качество оценки социальной адаптации пожилых и престарелых лиц и структуры их потребностей в реабилитационных мероприятиях для определения цели, задач и методов реабилитации, что требует экспертного подхода с участием специалистов бюро медико-социальной экспертизы и клинических экспертных комиссий и постоянного контроля эффективности проводимых мероприятий с помощью мониторинга показателей продуктивной деятельности, медицинской активности и самосознания.

3. Качество организации реабилитации лиц старшей возрастной группы на учрежденческом уровне с использованием предложенной методики формирования групп, программ и маршрутов реабилитации пациентов. В рационально сформированных группах пациентов, прошедших медико-социальную реабилитацию по маршрутам, обеспечивающим комплексность и этапность мероприятий, ограничение жизнедеятельности снизилось в 3,2 раза (темп снижения — $40,7 \pm 5,8\%$ и $12,5 \pm 7,1\%$, $t = 2,2$, $p < 0,05$), уровень социальной адаптации повысился в 2,1 раза ($36,2 \pm 5,7\%$ и $16,8 \pm 7,3\%$, $t = 2,0$, $p < 0,05$).

2. Лица, проживающие в доме-интернате для ветеранов и инвалидов.

У лиц, проживающих в доме-интернате, уровень социальной адаптации более низкий, чем таковой у лиц, обратившихся в муниципальную поликлинику (увеличивается число лиц с низким уровнем социальной адаптации в 2,6 раза — до $64,8 \pm 3,3\%$, $t = 10,0$, $p > 0,01$, средний уровень у $30,1 \pm 2,1\%$) из-за более выраженных медико-социальных последствий болезней (увеличивается число лиц с I группой инвалидности в 2,5 раза — до $53,9 \pm 3,1\%$, $t = 8,5$, $p < 0,05$) из-за увеличения в 2 раза числа лиц с последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения в виде гемипареза и афазии ($p < 0,01$); в 3,3 раза — с сосудистой деменцией ($p < 0,05$); в 1,6 раза — с заболеваниями органов движения и последствием травм ($p < 0,05$); в 3 раза — с заболеваниями органов зрения ($p < 0,05$).

У данного контингента высока потребность в медицинской помощи ($95,2 \pm 1,6\%$), социально-психологической реабилитации ($95,4 \pm 1,4\%$), более всего в оптимизации продуктивной и до-

судовой деятельности (96%), медицинской активности ($95,4\%$), в развитии навыков общения ($95,4\%$) и повышении уровня самосознания (96%).

Мероприятия по медико-социальной реабилитации в домах-интернатах должны быть направлены, в основном, на коррекцию образа жизни и повышение качества жизни пациентов, включать терапию средой, занятостью, психотерапию, социокультурное воздействие, медицинскую реабилитацию, они могут дать умеренный медико-социальный эффект.

3. Лица, проживающие дома, периодически госпитализируемые на койки сестринского ухода.

У всех этих лиц низкий уровень социальной адаптации и выраженные медико-социальные последствия болезней (инвалидов I группы среди них $85,3\%$), в том числе последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения ($56,2 \pm 3,1\%$), сосудистая, сенильная деменция ($89,2 \pm 2\%$), заболевания органов движения, последствия травм ($28,2 \pm 3,1\%$).

В структуре потребности этих больных преобладает коррекция навыков самообслуживания (прием пищи и соблюдение правил личной гигиены), передвижения, пользование техническими средствами реабилитации, средовой ориентации, приема лекарственных средств, расширение двигательного режима, организация содержательного досуга, обеспечение постоянного постороннего ухода и социально-психологической помощи, специфической для больных с ментальными нарушениями.

Повышение уровня социальной адаптации данного контингента лиц старшей возрастной группы возможно путем организации в отделениях сестринского ухода мероприятий, направленных на коррекцию самообслуживания, общения и самосознания с помощью медицинских, социально-психологических и социально-средовых воздействий, которые будут давать незначительный медико-социальный эффект — снижение потребности в посторонней помощи.

4. Лица, живущие дома, incurable больные в терминальной стадии болезни.

У данной группы лиц низкий уровень социальной адаптации, они нуждаются в услугах социального патронажа, в лечении в палате пал-

лиативной терапии. Организационный эксперимент по обеспечению данного контингента паллиативной помощью показал, что большинство больных и инвалидов палаты паллиативной терапии страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии тяжелой декомпенсации (73,9%). Преобладали больные с резко выраженным респираторно-кардиальным (90%) и болевым (75%) синдромами, выраженным двигательным расстройством (72%). У всех больных были выраженные ограничения жизнедеятельности и нарушения социально-психологического статуса, резко выраженные неадекватные мировоззренческие установки в виде нарушения адаптации к предстоящему исходу болезни (85%), большинство с умеренно выраженной семейной дезадаптацией (72 + 3,4%).

Таким образом, эта группа пациентов нуждалась в интенсивной медицинской, социально-психологической и духовной помощи. Для эффективного оказания им паллиативной помощи были проведены мероприятия по повышению профессиональной подготовки медицинских и социальных работников и привлечению психологов и представителей религиозных конфессий.

Полученные результаты подтверждают эффективность паллиативной терапии на базе специализированной палаты муниципальной больницы. Медицинский эффект выражался в снижении интенсивности болевого синдрома и функциональных расстройств (на 35,3 + 5,7%). Социально-психологический эффект отразился в снижении ограничений жизнедеятельности (снижение на 15,9 + 4,3%), повышении адаптации к исходу заболевания (на 29,9 + 3,2%), сни-

жении семейной дезадаптации (на 58,4 + 2,6%). Повышение уровня социальной адаптации до среднего отмечалось у 75% лиц старшего возраста.

Мероприятия по социальной реадaptации инкурабельных больных целесообразно проводить в форме социального патронажа работниками муниципального центра социального обслуживания населения, который обеспечивает догоспитальный, госпитальный и постгоспитальный период паллиативной помощи, создавая необходимый уровень социально-психологической защиты пациента и его семьи, повышая эффективность паллиативной помощи.

Таким образом, исследование показало, что повышение уровня социальной адаптации лиц старшей возрастной группы связано с развитием медико-социальной помощи, особенно амбулаторных форм, медико-социального патронажа и паллиативной терапии, предполагающих высокий уровень интеграции медицинского, социального, психологического и духовного воздействия, укрепление медицинских и социальных служб и повышение их роли в духовном развитии общества и формировании социальной политики государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицин Ю.П. Психологическая медицина. М.: Медицина, 2004. 148 с.
2. Щепин О.П., Кунева И.А., Щепин В.О., Какорина Е.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. М.: Медицина, издательство «Шико», 2007. 360 с.

Поступила 04.09.2009

ПАЦИЕНТЫ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ПЕРЕДЕЛКИНО»: ОТНОШЕНИЕ К СТАРЕНИЮ, СМЕРТИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ И ОПТИМИЗМ

И.В. Сакоренко¹, В.А. Костенко, В.И. Донцов, Г.М. Цурикова,
Т.И. Грекова

*Геронтологический центр «Переделкино», Москва,
Московский государственный медицинский стоматологический университет*

Изучен аспект отношения 65 пациентов геронтологического центра к старению, смерти, их удовлетворенность жизнью в целом. Установлено, что в молодости большинство проживающих в геронтологическом центре редко размышляли о смерти, а на фоне старения 33% из них стали задумываться о ней. Положительно относятся к старению респонденты не часто, отрицательно – в 47,7% случаев. Обследуемые охарактеризовали себя как оптимистов в 32,3% случаев. Именно оптимисты более удовлетворены жизнью и менее склонны к размышлению о смерти и отрицательной стороне старения.

Ключевые слова: отношение к старению и смерти, удовлетворенность жизнью, оптимизм, экзистенциальная тревога
Key words: attitude to aging and death, life satisfaction, optimism, existential fear

В геронтологических центрах и домах-интернатах смерть проживающих – неизбежное и систематическое явление. В то же время отношение к нему пациентов подробно не изучено. Многие авторы указывают, что люди вообще испытывают много тревоги и страха, касающихся смерти и старости, что ухудшает качество жизни [2,3,6,10].

Представляет интерес изучить особенности отношения к смерти и старению пожилых людей, проживающих в геронтологических центрах. По некоторым данным, оптимистичное отношение к старости продлевает жизнь [5,6]. Поэтому целесообразно изучить те личностные

качества, которые способствуют оптимальному отношению к экзистенциальным вопросам.

Цель работы – изучить отношение к смерти, старению у пациентов центра, сопоставив его с удовлетворенностью жизнью.

Геронтологический центр «Переделкино» – первое федеральное государственное учреждение Минздравсоцразвития стационарного социального обслуживания, оказывает социально-медицинские услуги лицам старших возрастных групп.

В учреждении созданы комфортные условия для проживания, но тем не менее около 12,5% проживающих уходят из жизни ежегодно. Когда проживающие видят смерть, задумываются и о своей.

Обследовано 65 пациентов, которые постоянно жили в Переделкино в среднем ($M \pm m$) $6 \pm 0,55$ года. Возраст в среднем ($M \pm m$)

¹ Сакоренко И.В. Геронтологический центр «Переделкино». Тел.: +7 (495) 435-02-88. E-mail.: info@peredelkino-ac.ru.

81,4 ± 0,9 года, 48 женщин, 12 долгожителей. В исследование не включали людей с тяжелым обострением хронических заболеваний и психическими отклонениями, включая деменцию.

Использовали метод интервьюирования пациентов по специально разработанной нами анкете. Опрос проводили на фоне нормального и удовлетворительного состояния пожилых людей специально обученными интервьюерами, которые учитывали особенности реакции пожилых людей при ответах на вопросы. Принималась во внимание и их быстрая утомляемость, четко разъяснялась суть задаваемых вопросов. Изучали отношение пожилых людей к старению, их оптимизм, депрессивность, частоту мыслей о смерти и удовлетворенность жизнью.

Вопросы и пояснения к ним формулировали следующих образом:

1. Как Вы относитесь к старению вообще и собственному в частности?

Из предложенных вариантов ответа ответ «отрицательно» отмечали, если пожилой человек ругал старость и считал ее источником неудобства и проблем. Ответ «нейтрально», когда пенсионеры сообщали, что относятся к старению без выраженных отрицательных эмоций. Ответ «положительно», если пациенты позитивно принимали старость, видели в ней много плюсов и считали ее счастливой для себя.

2. Как часто вы думали о смерти раньше, когда были молоды?

Предлагались варианты ответов. Под понятием «часто» подразумевались мысли о смерти почти каждый день и чаще. Под ответом «редко» имелась в виду частота мыслей — примерно один или несколько раз в недели/месяцы. Формулировка «почти никогда» отмечалась интервьюером, если пациенты отрицали, что они вообще когда-либо всерьез задумывались на тему смерти.

3. Как часто вы думали о смерти в последнее время?

Выбор ответов был аналогичным вышепредставленному. В понятие «последнее время» включались последние годы и месяцы жизни.

4. Вы скорее оптимист или пессимист?

Пациенты относили себя к пессимистам и оптимистам по собственному усмотрению. Определяют оптимизм и пессимизм по специально разработанным шкалам и тестам. Однако в связи с быстрой утомляемостью пожилых людей мы использовали простую самооценку. Если пожилые люди затруднялись с самоопределением, то ин-

тервьюер пояснял: оптимисты — это люди, придерживающиеся в целом положительных ожиданий в жизни, тогда как пессимисты ожидают от жизни худшего. Данный критерий считали определяющей чертой, как рекомендуется [5,6].

5. Склонны ли Вы к депрессивным реакциям?

При ответе пациентов просили учесть: бывало ли у них депрессивное состояние и часто ли наблюдается плохое настроение, нежелание жить. Склонность к депрессивным реакциям констатировали при положительном ответе, наличии сведений о депрессии со слов родственников и по данным медицинской документации. Мы не ставили целью диагностировать депрессивный синдром. Информация по этому вопросу была своеобразной шкалой лжи для вопроса об оптимизме и пессимизме.

6. Удовлетворены ли Вы жизнью в настоящее время?

Ответ давался по двум вариантам: «Да и скорее да» или «Нет и скорее нет».

Анализировали особенности ответов в общей группе пациентов, а также в возрастно-половых группах.

Статистические показатели рассчитывали с помощью пакета Excel 7.0. Характер и степень связи различных показателей определяли в помощью коэффициента корреляции Пирсона и критерия χ^2 . Достоверными считали отличия при $p \leq 0,05$.

Как следует из табл. 1, нейтрально, без отрицательных эмоций относились к старению около 50% пожилых людей. Положительное восприятие старости встречалось достоверно реже, чем отрицательное и нейтральное вместе — у 92,3% обследуемых.

Положительное отношение выражалось фразой: «Я счастлив, что дожил до старости», «Мне уже не грозит умереть молодым» и др.

Таблица 1

Отношение к старению в разных возрастно-половых группах обследованных (%)

Отношение к старению	Группа				
	общая n = 65	жен- щины n = 48	муж- чины n = 17	пожи- лые n = 53	долго- жители n = 12
Отрицательное	47,7	45,8	41,2	47,1	50,0
Нейтральное	44,6	43,7	58,8	7,6	41,7
Положительное	7,7	10,5	0,0	45,3	8,3

Достоверной разницы в восприятии старости между мужчинами и женщинами, долгожителями и недолгожителями не выявлено.

В молодости (в прошлом) 52,3% пожилых людей почти никогда не думали о смерти, остальные задумывались редко. Часто размышляющих на данную тему в молодом возрасте не было. По некоторым данным, считается, что здоровым молодым людям не свойственны частые мысли о смерти [3,6]. Очевидно, в нашем исследовании не оказалось небольшого процента людей, в молодости озадаченных мыслью о смерти.

Однако в пожилом возрасте уже около 33% пациентов часто думали о смерти. Почти никогда не размышляющие на данную тему составили 9,2% — по сравнению с таковыми в молодости почти в 5 раз меньше.

Как следует из табл. 2, 32,3% пациентов считали себя оптимистами, а остальные — пессимистами. По данным К. Муздыбаева, но в более молодой группе, оптимистом был каждый 2-й человек [5]. Возможно, возраст наших пациентов (старше 80 лет) и состояние здоровья негативно влияли на их жизнеощущение. Хотя оптимизм и пессимизм — во многом врожденные характеристики, на их распространенность влияют социальные условия, качество жизни и другие факторы [5,6].

Среди стариков-оптимистов отмечалась склонность к депрессии в прошлом лишь у 4,7%, а у пессимистов примерно в 5 раз чаще. Расположенность к депрессивной реакции отмечали у себя в последнее время 81,8% пессимистов. Причем данный показатель у них оказался значительно более высоким, чем у оптимистов. Складывается впечатление, что чем больше оптимизма, тем меньше склонность к депрессивной реакции.

Иными словами, депрессивный спад настроения переживали и оптимисты, и пессимисты, но пессимисты почти в 20 раз чаще. Вероятно, оптимисты реже переживают эпизоды депрессии или они меньше помнят о пережитых стрессах в прошлом, что отмечают другие авторы [1,4,6]. По данным исследователей клиники Мейо, более 30 лет изучавших пожилых пациентов, у оптимистов и продолжительность жизни больше — на 19% [11].

Удовлетворены жизнью в целом в общей совокупности пожилых людей около 32,3% (см. табл. 2). Такой низкий процент обусловлен тем,

что в общей группе оказалось лишь 29,2% оптимистов, а большинство были пессимистами. В группе оптимистов удовлетворенность жизнью отметили более 66% респондентов. Аналогичные данные приводят К. Муздыбаев и другие авторы, но у более молодых групп обследованных [5,6].

Таким образом, нами выявлены значимые различия по удовлетворенности жизнью в целом ($p \leq 0,005$) между группами оптимистов и пессимистов.

По частоте мыслей о смерти у пессимистов и оптимистов также имелись достоверные отличия (см. табл. 2). Оптимисты ни в молодости, ни в пожилом возрасте не склонны часто размышлять о смерти. Пессимисты уже в молодости в 3 раза чаще периодически задумывались о смерти. На момент опроса около 50% пессимистов признаются, что мыслям о смерти они предаются каждый день или почти постоянно. В пожилом возрасте около 33% оптимистов редко думают о смерти. В то же время у всех без исключения пессимистов мысли о смерти не только редки, но и часты.

Таблица 2
Склонность к депрессии, удовлетворенность жизнью и частота мыслей о смерти у обследуемых

Показатели	Общая группа n = 65	Оптимисты n = 21	Пессимисты n = 44
Склонность к депрессии, %			
в прошлом	16,9	4,7	20,5
в настоящее время	55,4	0,0*	81,8
Удовлетворенность жизнью в целом, %			
удовлетворены	27,7	71,3*	6,8
не удовлетворены	72,3	28,6	93,2
Мысли о смерти, %			
почти никогда	52,3 — п; 9,2 — н	80,9 — п; 33,3 — н	36,4 — п; 0,0 — н
редко	47,7 — п; 63,1 — н	19,1 — п; 66,7 — н	63,6 — п; 52,3 — н
часто	0 — п; 27,7 — н	0,0 — п; 0,0 — н	0,0 — п; 47,7 — н
Отношение к старению, %			
отрицательное	47,7	0,0	70,5
нейтральное	46,6	9,6	22,7
положительное	7,7	90,4	6,8

Примечание. *Различия достоверны по отмеченному показателю между группами пессимистов и оптимистов, п — в прошлом — в молодости; н — в настоящее время

Очевидно, у пессимистов более низкий потенциал по преодолению тяжелых размышлений о смерти. Многие авторы полагают, что пессимистам труднее совладать с жизненными трудностями вообще [5,6,9]. В геронтологическом центре «Переделкино» пессимисты реже ходят на прогулки, склонны к затворничеству, ограничению общения.

Отмечены значимые различия по отношению к старению в группе оптимистов и пессимистов (см. табл. 2). Около 66% опрошенных, считающих себя пессимистами, отрицательно относились к старению и не усматривали в нем ничего хорошего. В группе оптимистов ни один из респондентов негативно не воспринимал старение. 90,4% оптимистов позитивно принимали старость, видели в ней много плюсов и для себя считали ее счастливой. Иногда они высказывались: «Я счастлив, что судьба дала мне длинную жизнь», «В геронтологическом центре я попал в рай на земле».

Между пожилыми и долгожителями, мужчинами и женщинами при данной численности обследуемых не обнаружено значимых различий по числу оптимистов, отношению к старению, удовлетворенности жизнью и частоте мыслей о смерти. Возможно, это связано с небольшим числом мужчин и долгожителей в исследовании.

Таким образом, наше исследование показало, что пожилых людей, считающих себя оптимистами, меньше, чем пессимистов. Однако именно оптимисты легче принимают старение, больше удовлетворены жизнью в целом и меньше предаются нелегким мыслям о смерти.

Очевидно, пессимистам более свойственна экзистенциальная тревога, а оптимисты стремятся проживать каждый день осознанно, полноценно и с большим «мужеством быть» [4,8]. Оптимизм и пессимизм — не просто умонастроение личности, они — разнонаправленная ориентация в мире, они влияют на многое, в том числе на мысли о смерти.

Казалось бы, навязчивые мысли о смерти и пессимизм — личное дело каждого. Однако они могут отравлять жизнь. По нашим данным, они способствуют «уничтожению» удовлетворения жизнью, что обосновывает необходимость психотерапии.

Целесообразно у всех поступающих в геронтологический центр проводить опрос на оптимизм, подобно нашему. Психотерапия особенно показана пессимистам.

Современная поведенческая и когнитивная психотерапия рекомендует освобождение от час-

тых непродуктивных мыслей о смерти [2,3,6]. Как пожилым людям, так и работникам социальных учреждений желательно вырабатывать оптимальное отношение к неизбежности смерти. Важно стремиться к оптимистическому восприятию старости и жизни в целом. Оптимизм хорош тем, что помогает легче принять старение, смерть, переживать стресс. Он повышает удовлетворенность жизнью в целом. Подобный подход к жизни предлагали еще древние мыслители-стоики. Их эмпирические воззрения находят подтверждение в нашем исследовании и данных литературы [4,6,9,10].

Таким образом, 32,3% пожилых и старых людей считают себя оптимистами, а 71,7% — пессимистами. Оптимисты более удовлетворены жизнью, адекватно принимают старение и менее склонны думать о смерти. Положительно относятся к старению 7,7% проживающих в геронтологическом центре, отрицательно — 47,7%.

В молодости большинство респондентов редко размышляли о смерти, а в старости — 27,7% часто предаются мыслям о ней.

Представляется целесообразной психотерапия пожилых и старых людей, в первую очередь склонных к пессимизму.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев П.А., Власова А.В. Депрессия в пожилом возрасте // *Клин. геронтол.* 2007. № 3. С. 22-33.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегральная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // *Московский психотерапевтический журнал.* 1996. № 3. С. 112-140.
3. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Руководство по системной поведенческой психотерапии. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2006. 576 с.
4. Леонтьев Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней бороться // *Московский психотерапевтический журнал.* 2003. № 2. С. 107-119.
5. Муздыбаев К. Оптимизм и пессимизм личности // *Социологические исследования.* 2003. № 12. С. 87-96.
6. Селигман М. Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006. 368 с.
7. Синельников А.Б., Костенко В.А., Донцов В.И., Грекова Т.И. Продолжительность жизни в элитном геронтологическом центре «Переделкино» // *Клин. геронтол.* 2008. № 5. С. 45-48.
8. Тиллих П. Избранное. Теология культуры. М.: Прогресс, 1995. 480 с.
9. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
10. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 2004. 576 с.
11. Matura T., Colligan R., Malinchoc M., Offord K. Optimism vs. Pessimism: survival rate among medical patients over 30-years period // *Mayo Clinic Proceedings.* 2007. № 75. P. 140-143.

Поступила 22.05.2009

К ПРОБЛЕМЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Н.Ю. Натальская¹, А.В. Меринов, И.А. Федотов

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Рассмотрены вопросы психологии и психопатологии старения, аспекты деонтологии в гериатрии. Особое внимание уделено обучению пациентов приверженности лечению, мерам реабилитационной направленности: реактивации, ресоциализации реинтеграции пожилых пациентов, а также паллиативной помощи им.

Ключевые слова: деонтология, психология и психопатология старения
Key words: deontology, ageing psychology and psychopathology

«Врач — сам лекарство... и в своем поведении должен быть освобожден от побочных действий»

(М. Балинт, 1955)

Каждый век ставит перед обществом свои проблемы, от решения которых зависит перспектива социального развития. Демографическая ситуация начала XXI в. ознаменована общемировой тенденцией к увеличению в популяции числа лиц пожилого и старческого возраста. Следовательно, продление их не только «биологической», но и «социальной» жизни — неоспоримый глобальный приоритет в области социальной политики. Одну из ведущих ролей в решении этой проблемы должны сыграть мероприятия медицинской направленности, т. е. гериатрия, в которой, в связи с трудностями межперсонального профессионального общения из-за большого числа пациентов с плохим прогнозом и др., особенно актуальными являются вопросы деонтологии. Однако в обществе и, что более опасно, в медицинской среде широко распространен принцип эйджизма (от англ. to age — стареть), в рамках которого старение рассмат-

ривают как процесс неумолимого нарастания дефицитарности, что позволяет любое проявление соматического или психического недуга у пожилых и старых пациентов «списывать на возраст» и, уповая на неизбежность и близость летального исхода, не проводить активных терапевтических мероприятий [1]. Однако этот подход методологически неверен и прогностически непродуктивен, так как давно установлено, что старение происходит асинхронно, календарный возраст может значительно опережать биологический, а пожилой пациент с жалобами — это прежде всего больной человек, у которого есть конкретное заболевание, требующее лечения и полноценной реабилитации. В свете этих обстоятельств именно деонтология как научно обоснованная «философия медицинского процесса» должна быть первоосновой работы с пациентами в гериатрии. Помимо того, медицинская деонтология практически неотделима от психотерапии, потому также является важной составляющей организации лечения и реабилитации пациентов старших возрастных групп.

¹ Натальская Н. Ю. Тел.: (4912)98-40-67. E-mail: support@izgmu.ru.

Любое старение сопровождается когнитивным снижением (и в первую очередь утратой способности к освоению новых навыков и ослаблением памяти), а также изменениями личностных черт. Причем наиболее часто происходит «шаржирование» (заострение) черт личности (например, если человек был экономным, то в старости становится жадным — симптом Плюшкина) и формирование лабильности эмоциональных реакций (пожилой человек может реагировать слезами и выраженной депрессивной реакцией даже на самые незначительные невзгоды). Однако, зачастую, окружающими эти инволюционные изменения характера ошибочно рассматриваются как проявления излишней капризности, мнительности, истероидности, что ведет, в свою очередь, к неверной тактике поведения как родственников, так и медицинских работников. Особенно сильно ситуация социально-психологической дезадаптации усугубляется после выхода человека на пенсию — в этот период обрываются дружеские и профессиональные связи, происходит социальная сепарация детей, а в связи с соматическими недугами человек уже редко выходит из своего дома, сужает круг интересов. Все это заостряет внимание на собственном здоровье — формируется так называемая пенсионная болезнь. При обращении такого пациента к врачу бывает очень сложно установить продуктивный контакт, так как он эгоистичен и недоверчив, к лечению относится либо предвзято скептически, не веря в его эффективность, либо, в связи с ипохондрическим настроением, требует от врача множества ненужных процедур и обследований. Для врача в этой ситуации важно занять правильную позицию в общении с пациентом. Так модель «врач — руководитель, пациент — подчиненный» не всегда бывает эффективной и может препятствовать лечебному процессу. Порою следует принимать модель «партнерства», предоставляя пациенту в доступной форме информацию о его состоянии и предлагая совместно с врачом решать вопрос о назначении того или иного способа лечения. При этом беседы с пациентом должны продолжаться не более 5–7 мин, так как пожилые люди не могут удерживать внимание более длительно. Речь врача должна быть громкой, медленной и внятной. Всегда следует

выслушивать пациента, это определяет для него уровень вчувствования врача в его проблемы, а значит, и уровень доверия.

Особую роль в гериатрической деонтологии играет обучение пациента с целью выработать приверженность лечению (терапевтический комплаенс): в конечном итоге действует не та таблетка, которую указал в листе назначений врач, а та, которую пациент принял внутрь. А чтобы эти два препарата совпадали, необходима информированность пациента о проводимом лечении, его заинтересованность и доверие. Этой цели можно достичь только в исходе обучения, причем значительная роль в этом принадлежит среднему медицинскому персоналу — он проводит у постели больного большее время. Необходимо также помнить, что в какой-то момент больной будет выписан из стационара на амбулаторное лечение, когда от того, как научили его контролировать и модифицировать с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств свое состояние, будет зависеть эффективность лечения и продолжительность жизни. Рациональность данного подхода подмечена очень давно — древняя китайская мудрость гласит: «Дай человеку рыбу — и накормишь его один раз. Научи человека ловить рыбу — и он будет сыт всю жизнь».

Наряду с медикаментозным лечением и обучением, важную роль в достижении приемлемого качества жизни пожилого пациента играют мероприятия реабилитационной направленности, которые должны проводиться на всех этапах оказания медико-социальной помощи. В современном понимании медицинская реабилитация включает: реактивацию (создание пациенту предпосылок для максимально активного образа жизни в рамках его соматических возможностей), ресоциализацию (предоставление пациенту возможности занимать активную социальную позицию, участвовать в жизни общества) и реинтеграцию (создание коллективов одновозрастных людей, объединенных общими интересами). Особенно важным аспектом реабилитации является реинтеграция, в идеологической основе которой лежит групповая психотерапия. Люди со сходными проблемами всегда более эффективно решают их в кругу понимающих и сочувствующих ровесников. Это позволяет им

структурировать время, наполнив свою жизнь интересным и полезным общением. Этот же принцип необходимо соблюдать и в стационаре при размещении больных. Не допустимо класть в одну палату агонирующих, терминальных и вновь поступивших больных. Надо стремиться размещать больных в соответствии с возрастом, уровнем образования и характером болезни.

Отдельную проблему деонтологии составляет паллиативная помощь, при оказании которой врач чаще встречается с вопросами деонтологического круга. С мыслью о неизбежности смерти человек сталкивается уже в очень раннем возрасте, а потому вопрос о смысле жизни при неминувности ее окончания является для человека эссенциальным на протяжении всего жизненного пути. Если в молодом и среднем возрасте хорошо работают сублиматорные механизмы защиты («я должен жить, чтобы вырастить детей, чтобы построить дом для внуков, чтобы написать книгу всей своей жизни для потомков» и др.), то в старости человек уже лишается «иллюзий бессмертия», которые помогали ему жить раньше, и все более ясно осознает близость окончания жизненного пути, особенно при тяжелом соматическом недуге [2]. Врач при общении с умирающим больным никогда не должен лишать его последней надежды на выздоровление — этим он может отнять у него возможность наиболее полноценно прожить последнее отпущенное на его век время. Врачу следует всегда говорить при прощании: «До завтра», «До следующей недели», эти слова вселяют уверенность в завтрашнем дне.

Человек радикально меняет психологию и осмысление окружающего мира, лицом к лицу сталкиваясь со смертью. Это переосмысление проходит ряд стадий [3]. На первой стадии возникает отрицание, при котором человек не желает верить в то, что он может умереть, находя этому всевозможные доказательства. Потом постепенно возникает гнев и возмущение: человек негодует, проклинает всех окружающих, в том числе и врачей, отказываясь от лечения. Постепенно гнев сменяется попыткой «торга со смертью», когда человек старается выпросить у высших сил еще хотя бы несколько лет жизни. Когда и эта иллюзия исчезает, то человек впадает в депрессию и апатию, пытаясь отыскать

причину в своих грехах, обвиняя себя, т. е. перенося ответственность за свое состояние с окружающих на себя самого. Эта стадия обычно самая продолжительная. На конечном этапе человек уже чувствует себя усталым, желает уснуть (умереть) и отдохнуть от тягот мирского существования — примиряется и принимает неизбежность смерти. Если пациент прошел через этот психологический катарсис, то принимает смерть уже спокойно, достойно, как должное. Важно, чтобы вместе с больным через все эти метаморфозы мировосприятия прошли и родственники, чтобы для них уход из жизни близкого человека не был неожиданностью, чтобы они заранее были к этому готовы и приняли бы его достойно. Иначе потеря близкого человека станет сильной психической травмой и приведет к формированию посттравматического стрессового расстройства (PTSD). Врачу важно понимать механизмы естественного течения психологического предсмертного катарсиса и помогать своим пациентам не только благополучно жить, но и достойно умирать, когда этот исход уже неизбежен.

В современных условиях, когда происходит дезорганизация социального института традиционной многопоколенной семьи, выполнение задач социального обеспечения пожилых и старых граждан все больше ложится на лечебно-профилактические учреждения. А для наиболее полноценного решения этих проблем необходимы не только лечебные и реабилитационные мероприятия, но и создание особой гериатрически адаптированной среды с психологической поддержкой и социальной реинтеграцией престарелых пациентов. Идеологической же и методологической основой для этого должна стать медицинская деонтология, спроецированная в область гериатрических проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б. Деонтология в гериатрии // Клиническая гериатрия. 2004. № 7.
2. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2004.
3. Шустов Д. И. Учебное пособие по медицинской психологии. Рязань: Пресса, 1996.

Поступила 03.02.2009

ОТЧЕТ

О проведении XIV Международной научно-практической конференции
«Пожилой больной. Качество жизни»

1–2 октября 2009 года в Москве состоялась очередная XIV Международная научно–практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ», приуроченная к празднованию Дня пожилого человека. Организаторами конференции выступило Научное медицинское общество геронтологов и гериатров.

В подготовке научной программы конференции участвовали члены постоянно действующего оргкомитета: заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова профессор П.А. Воробьев (председатель Оргкомитета), Е.И. Асташкин (ММА им. И.М. Сеченова), Л.М. Балашова (РГМУ, Москва), В.А. Буланова (издательство «Ньюдиамед»), М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова), Л.Д. Гриншпун, Е.В. Исакова (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), Н.Н. Камынина (ММА им. И.М. Сеченова), Ю.В. Конев (МГМСУ, Москва), С.В. Котов (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), Л.Б. Лазебник (Институт гастроэнтерологии РАМН, В.А. Насонова, (Институт ревматологии РАМН, Москва), Н.И. Некрасова (ММА им. И.М. Сеченова), А.П. Нестеров (РГМУ, Москва), В.Е. Ноников (ГУЗ УДП, Москва), П.Н. Олейников (РМАПО, Москва), И.В. Островская (ММА им. И.М. Сеченова), В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова), Д.В. Преображенский (ММА им. И.М. Сеченова), А.В. Покровский (Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва), Е.О. Саксонова (РГМУ, Москва), А.И. Шатихин (ММА им. И.М. Сеченова), В.В. Цурко (ММА им. И.М. Сеченова).

В работе Конференции приняли участие 470 человек. В составе участников руководители и врачи госпиталей для ветеранов войн, пансионатов, врачи больниц, поликлиник. Значительная часть участников была представлена преподавателями, научными сотрудниками и студентами медицинских и социальных ВУЗов, НИИ, медицинских колледжей. Однако отмечалась недостаточная активность со стороны органов социальной защиты Москвы и регионов.

С другой стороны, год от года увеличивается число представителей общественных и благотворительных организаций, чья деятельность направлена на помощь пожилым и старым людям.

Широко была представлена география участников: страны дальнего зарубежья – США, Бразилия, ближнее зарубежье – Украина, Беларусь, Молдова, Казахстан. Российская Федерация была представлена участниками, прибывшими на конференцию из 45 субъектов, в том числе из таких отдаленных, как Южно-Сахалинский, Приморский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Республика Саха (Якутия) и другие.

Пленарное заседание открыла академик В.А. Насонова, посвятившая свое выступление 300-летию со дня рождения У. Гебердена (геберденовские узелки при остеоартрозе как диагностический признак болезни). Профессор кафедры геронтологии и гериатрии Московского государственного медико-стоматологического университета Ю.В. Конев подробно осветил одну из важнейших проблем гериатрии – полиморбидность (Полиморбидность у пожилых: проблемы и противоречия). С проблемными докладами, касающимися лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых и обеспеченностью лекарственными препаратами, выступили А.В. Быков (Формирование приверженности лечению артериальной гипертензии) и профессор ММА им. И.М. Сеченова М.Г. Глезер (Позиции бета-адреноблокаторов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов)

После пленарного заседания состоялся симпозиум «Эталон приверженности лечению артериальной гипертензии» (М.Г. Глезер, Д.В. Небиридзе) при спонсорской поддержке фирмы Берлин-Хеми.

В течение двух дней конференции были проведены следующие секционные заседания:

- Патология сердечно-сосудистой системы у пожилых (М.Г. Глезер, Д.В. Преображенский)

- Избранные вопросы ревматологии в гериатрии (В.А. Насонова, А.В. Глазунов)
- Гематология пожилого возраста (П.А. Воробьев, Е.Ю. Васильева)
- Проблемы гастроэнтерологии в пожилом и старческом возрасте (Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев)
- Полиморбидность сердечно-сосудистой патологии в гериатрии (В.В. Цурко, И.А. Скрипникова)
- Офтальмологическая патология в старших возрастных группах (А.П. Нестеров, Е.О. Саксонова, Л.М. Балашова)
- Патология органов дыхания у пожилых (В.Е. Ноников)
- Сестринское дело в гериатрии (Н.Н. Камынина, И.В. Островская)
- Ангиологические проблемы в пожилом возрасте (А.В. Покровский, А.В. Чупин)
- Неврологические проблемы в пожилом возрасте (В.А. Парфенов, С.В. Котов, Е.В. Исакова)
- Социальная геронтология и медико-социальная помощь гражданам старшего поколения (И.Н. Бондаренко, Р.И. Данилова)
- Фундаментальные аспекты старения (А.И. Девев, А.В. Халывкин)
- Цереброваскулярная патология в пожилом возрасте (В.А. Парфенов, С.В. Котов, Е.В. Исакова)
- Терапевтические и хирургические аспекты заболеваний органов пищеварения у пожилых (А.И. Шатихин, П.Н. Олейников, В.М. Махов)
- Фундаментальные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом возрасте (Е.И. Асташкин, Ю.В. Конев)

Всего было запланировано 113 докладов, в том числе 7 стендовых. Тезисы опубликованы в 9-м номере журнала «Клиническая геронтология». Информационная поддержка: Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Клиническая фармакология и фармакоэкономика», «Медицинская сестра», газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов».

Таким образом, на прошедшей XIV конференции «Пожилой больной. Качество жизни», приуроченной к празднованию Дня пожилого человека, традиционно были представлены основные направления геронтологии: фундамен-

тальная геронтология и профилактика старения, клиническая геронтология или гериатрия и социальная геронтология, включающая социологические аспекты, организацию социальной защиты граждан старшего поколения, проблемы сестринского дела. Участники конференции очередной раз встретились, чтобы обсудить острые и неоднозначные проблемы геронтологии и гериатрии, поделиться опытом. Формы представления информации, включающие лекции, научные сообщения, дискуссии, клинические разборы, стендовые доклады предоставляли возможность геронтологам и гериатрам непосредственно активно участвовать в научной программе мероприятия.

Хотелось бы, чтобы к проблемам геронтологии и гериатрии не оставались равнодушными люди, чья практическая деятельность только начинается и в чьих руках находится будущее отечественной геронтологии – молодые врачи, исследователи, студенты, социальные работники, медицинские сестры. Поэтому мы призываем всех – участников конференции, членов оргкомитета – приглашать на нашу конференцию студентов, учащихся медицинских колледжей, училищ.

Оргкомитет благодарит всех участников за помощь в подготовке и проведении XIV Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни».

Отдельная благодарность главным спонсорам конференции фирмам Берлин-Хеми/Менарини Фарма ГмбХ Германия, Новартис Фарма, спонсору – Фармацевтическому заводу «Эгис», фирмам – участникам конференции: Галена Фарма, Лаборатории Сервье, НПФ «Материя Медика Холдинг», Никомед Дистрибушн Сентэ, ПИК-ФАРМА, Рош-Москва, САНДОЗ, Солвей Фарма.

Проведение XV Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» планируется также в Сокольниках, в гостинице Холидей Инн 30 сентября – 1 октября 2010 г. Информационное сообщение будет размещено на страницах нашего журнала и на страницах других периодических печатных изданий – постоянных информационных спонсоров нашей конференции.

*Ответственный секретарь
Н.И. Некрасова*

**Тезисы XIV Международной
научно-практической конференции
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
(Окончание)**

**РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ЛИНИИ КЛЕТОК
ПИГМЕНТНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЕТЧАТКИ ЧЕЛОВЕКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ПОЖИЛЫХ КРОЛИКАХ,
ИЗУЧЕНИЕ СРОКОВ ИХ ВЫЖИВАНИЯ
(предварительное сообщение)**

**Л.М. Балашова, М.А. Лагарькова, С.Л. Киселев, И.А. Попов, Н.А. Скворцова,
Е.О. Саксонова, К.Е. Кунтышева**

*Российский государственный медицинский университет,
Институт общей генетики им. Вавилова РАН,
Международный научно-практический центр пролиферации тканей, Москва*

Необходимость введения клеток пигментного эпителия сетчатки определяется значительными их дистрофическими изменениями в центральной области сетчатки у пожилых больных.

Последнее время большое внимание уделяется развитию клеточных технологий. Однако очень ограниченное число технологий сегодня применяется в клинической практике. Основными препятствиями, ограничивающими их практическое применение, является отсутствие стандартизированных источников клеточного материала и стандартизированных методов получения клеток желаемого типа. Одной из возможностей для преодоления этих ограничений является использование стабильных линий эмбриональных стволовых клеток (ЭСК) человека. Линии ЭСК человека получают из невоплощенных в процессе экстракорпорального оплодотворения бластоцист. Линии ЭСК могут неограниченно долго и без изменения свойств поддерживаться в культуре, а при использовании определенных методов контролируемой дифференцировки давать клетки желаемого фенотипа. Таким образом, на основе стандартизированных линий ЭСК возможна разработка стандартных протоколов направленной клеточной дифференцировки. Ранее нами были получены и охарактеризованы линии ЭСК человека. Было показано, что при определенных условиях ЭСК человека можно дифференцировать в нейрональные производные, клетки глии, кардиомиоциты, кератиноциты, эндотелиоциты и др. типы клеток. При определенных условиях нейрональной дифференцировки ЭСК человека начинают стабильно формировать структуры, которые по своей морфологии и молекулярным характеристикам напоминают зачатки глаза. В многослойной структуре были обнаружены такие маркеры как RPE 65, рековерин, фосдуцин, кристаллины и другие. Для выяснения функциональных возможностей полученных клеточных культур были проведены эксперименты на животных.

На данном этапе исследования основной целью была разработка адекватной модели, которая бы позволила провести функциональные тесты, в данном случае – выяснить сроки выживания стабильной линии клеток пигментного эпителия сетчатки, полученного из эмбриональных стволовых клеток, после введения их взвеси через задний отдел глаза (через разрез склеры в супрахориоидальное пространство с поверхностным надрезом хориоидеи).

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 12 кроликов (24 глаза). 6-ти кроликам в зону предварительной крио- и лазеркоагуляции (по стандартным методикам, зоны расположены рядом друг с другом) на следующие сутки в 7–8 мм от лимба транссклерально через разрез 1,5–2,0 мм в супрахориоидальное пространство с предварительным надрезом хориоидеи вводился 0,1 мл раствора, содержащего клетки пигментного эпителия сетчатки.

Крио- и лазеркоагуляция были необходимы для формирования зон бескровного проникновения внутрь глаза с повышенным содержанием биологически активных веществ и формирования «площадок» без собственного пигментного эпителия, куда бы могли, вероятно, «прийти» и «сесть» имплантированные клетки. Кроме того, в этих зонах происходит локальная транссудативная отслойка сетчатки, что облегчает клеткам проникновение в субретинальное пространство.

Клиническое наблюдение проводилось в течение 14 дней. За полчаса до операции производились инстилляцией 1 капли 0,25% левомицетина и 1 капли диклофенака, производилась внутримышечная инъекция 0,3 мл гентамицина. В послеоперационном периоде в течение всего срока наблюдения инстиллировали 0,25% раствор левомицетина и 0,1% дексаметазона, в течение 5 дней внутримышечно – 0,2–0,3 мл гентамицина.

Наличие в тканях глаза дифференцированных производных ЭСК человека детектировали на тонких срезах с помощью специфических антител к ядру клеток человека (human nuclear antigen). 6-ти контрольным кроликам (в 12 глазах) производили лазеркоагуляцию сетчатки и трансконъюнктивальную криокоагуляцию сетчатки без введения клеток пигментного эпителия сетчатки. Общее обезболивание: рометар 2% из расчета 0,2 мл/кг внутримышечно, реланиум 1,0 внутримышечно, при необходимости – ингаляционный эфирный наркоз. Местное обезболивание: официальный раствор инокана – по 1 капле 2 раза через 3–5 минут.

Кролики (по два) в опыте и контроле выводились из эксперимента через 3, 5 и 14 дней путем внутривенного введения (в ушную вену) 3,0 мл 0,25% водного раствора галоперидола.

В результате проведенных работ было показано, что дифференцированные производные ЭСК человека обнаруживаются в местах введения в тканях хориоидеи и сетчатки на протяжении как минимум 14 дней после введения.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных исследований разработана модель для дальнейшего изучения возможности применения дифференцированных производных линий ЭСК человека для терапии заболеваний сетчатки глаза, доказана возможность выживания в тканях глаза стабильной линии имплантированных клеток пигментного эпителия сетчатки в течение срока наблюдения.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА МИТОРЕТИН НА ТКАНИ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ГЛАЗА ПРИ ЛАЗЕРНОМ ОЖОГЕ СЕТЧАТКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ПОЖИЛЫХ КРОЛИКАХ

Л.М. Балашова, В.П. Скулачев, А.П. Нестеров, Н.А. Скворцова, И.А. Попов, И.А. Спивак, В.А. Намиот, Е.О. Саксонова, Т.Г. Панкрушева, Л.Е. Теплинская, А.В. Балашов

*Российский государственный медицинский университет,
Международный научно-практический центр пролиферации тканей,
Московский государственный университет*

В лечении многих заболеваний глаз, сопровождающихся нарушениями обмена веществ и ишемическими процессами, применяется лазеркоагуляция сетчатки. В некоторых случаях послеоперационный период сопровождается осложнениями, в том числе трансудативными и пролиферативными. Применение антиоксидантов необходимо с целью нормализации обменных процессов после перенесенного вмешательства.

Препарат Миторетин состоит из 3-х химически связанных между собой частей – собственно антиоксиданта, положительного иона и гидрофобной оболочки. Благодаря наличию иона молекула может растворяться в воде и втягиваться под действием электрического поля, присутствующего на мембране митохондрий, внутрь этих митохондрий, где свободные радикалы наиболее интенсивно генерируются. Наличие гидрофобной оболочки позволяет молекуле проникнуть сквозь мембраны (определяет его свойство – жирорастворимость). Препарат синтезирован большим коллективом сотрудников в лаборатории В.П. Скулачева, МГУ.

Целью работы явилось изучение воздействия препарата Миторетин на оболочки заднего отдела глаза при лазерном ожоге сетчатки.

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 12 пожилых кроликов (24 глаза), которым в обоих глазах в верхнее-наружном квадранте выше ДЗН производилось нанесение лазерных ожогов сетчатки с помощью аргонового лазера мощностью 200–250 мВт, диаметром 50 мкм при времени воздействия 0,2 сек, количеством 30–35.

В день нанесения лазерных ожогов и в последующие дни вплоть до выведения из эксперимента в оба глаза шести опытным кроликам проводились инстилляции препарата Миторетин по 1 капле 3 раза в день. Шести контрольным животным инстилляций не проводилось. При лазерной операции использовалось общее обезболивание: рометар 2% из расчета 0,2 мл/кг, реланиум 1,0 мл. Препараты вводились внутримышечно.

Оценка результатов лечения проводилась с помощью биомикроскопии, прямой и обратной офтальмоскопии с широким зрачком и оптической когерентной томографии (ОСТ). Кроликов выводили из эксперимента путем внутривенного введения в ушную вену 3,0 мл 0,25% водного раствора галоперидола через 5 дней (2 кролика – 4 глаза – опытных, 2 кролика – 4 глаза – контрольных), через 14 дней (2 кролика – 4 глаза – опытных, 2 кролика – 4 глаза – контрольных) и через 1 месяц (2 кролика – 4 глаза – опытных, 2 кролика – 4 глаза – контрольных). Все глаза энуклеировались для проведения морфологических исследований. Парафиновые срезы выполнены толщиной 5–7 мкм, окрашены гематаксилин-эозином.

Результаты исследования. При офтальмоскопии глазного дна с широким зрачком не определено достоверного различия по клиническим признакам (по размеру коагулятов, четкости границ, выраженности пигментации) между опытными и контрольными глазами. При оптической когерентной томографии (прижизненной морфометрии) также не определено статистически достоверного различия во всех сроках наблюдения между лазеркоагулятами опытных и контрольных глаз.

При морфологическом исследовании через 5 дней в контрольных и опытных глазах в области лазеркоагулятов сетчатки определена деструкция рецепторного аппарата светочувствительных нейронов, наружного сетчатого слоя, апоптоз ганглионарных клеток, отек сетчатки. Определялись тромбированные «старые» сосуды, новообразованные – в стекловидном теле и в области выхода зрительного нерва. Через 14 дней в контрольных и опытных глазах выявлялась также явная дезорганизация всех слоев сетчатки, но с сохранением межнейронных связей, массовая гибель ганглионарных клеток, отек сетчатки (особенно – рецепторного аппарата). Тромбирование кровеносных сосудов вследствие лазеркоагуляции приводит к их значительной перестройке, происходило депонирование и застой крови. Определялись активно функционирующие новообразованные сосуды с эритроцитами в просвете, которые часто расположены атипично. Некоторые из них врастали в стекловидное тело. Нарушение целостности сосудистой стенки в условиях эксперимента приводило к локальным кровоизлияниям в сетчатую оболочку. Через 30 дней в опытных и контрольных глазах в области лазеркоагуляции сетчатки определялось отсутствие рецепторного аппарата и межнейронных связей, дезорганизация клеток. Отек тканей значительно менее выражен.

В переднем отделе в конъюнктиве и перилимбальной области во всех сроках наблюдения определялась лейкоцитарная инфильтрация, менее выраженная в опытных глазах. Клинически значительной воспалительной реакции не наблюдалось.

Заключение. Нет достоверного отличия при клинико-морфологическом исследовании и по данным оптической когерентной томографии в состоянии заднего отдела глаза и непосредственно в области лазеркоагуляции сетчатки в опыте и контроле. Отмечалась меньшая лейкоцитарная инфильтрация при морфологическом исследовании переднего отдела глаза (конъюнктивы и прилежащих к роговице зонах) во всех сроках наблюдения в опыте по сравнению с контролем, что доказывает противовоспалительное действие препарата Миторетин.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА МИТОРЕТИН НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ГЕМОФТАЛЬМ

Л.М. Балашова, В.П. Скулачев, А.П. Нестеров, Н.А. Скворцова, И.А. Попов, И.А. Спивак, И.А. Ильясова, Е.О. Саксонова, Т.Г. Панкрушева, Л.Е. Теплинская, В.А. Намиот, А.В. Балашов

*Российский государственный медицинский университет,
Международный научно-практический центр пролиферации тканей,
Московский государственный университет*

Гемофтальм является грозным осложнением таких заболеваний как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, травма глаза, отслойка сетчатки, нередко встречающихся у пожилых людей. В комплексе лечения данных осложнений входят антиоксиданты, применяемые с целью нормализации обменных процессов в тканях глаза.

Препарат Миторетин – дериват SKQ и представляет из себя композит, состоящий из 3-х частей – антиоксиданта, катиона и пентана в качестве линкера (защитной оболочки). Это водорастворимый и жирорастворимый препарат.

Целью исследования явилось изучение воздействия препарата Миторетин на экспериментальный гемофтальм.

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 6 пожилых кроликов (12 глаз), которым в стекловидное тело в оба глаза вводился 0,1 мл аутокрови, взятой из ушной вены. Прокол инъекционной иглой проводился в 6–7 мм от лимба с продвижением по направлению к заднему полюсу глаза. Проводились инстилляций препарата Миторетин по 1 капле 3 раза в день в правые опытные глаза кроликов с целью рассасывания экспериментального гемофтальма.

Использовалось общее обезболивание при операции: рометар 2% из расчета 0,2 мл/кг внутримышечно и реланиум – 1,0 мл внутримышечно. Местное обезболивание – официальный раствор инокаина – по 1 капле 2 раза через 3–5 минут.

Проводилось клиническое исследование (биомикроскопия переднего отдела глаза и стекловидного тела, офтальмоскопия глазного дна с широким зрачком), ультразвуковое В-сканирование и морфологическое исследование удаленных глаз.

Кроликов выводили из эксперимента путем внутривенного введения в ушную вену 3,0 мл 0,25% водного раствора галоперидола. Животные выводились из эксперимента по одному (2 глаза – опытный и контрольный) через 12 часов, 5, 7, 14 и 30 суток. Все глаза энуклеировались для проведения морфологических исследований. Парафиновые срезы выполнены толщиной 5–7 мкм, окрашены гематоксилином-эозином.

Результаты исследования. Клинически при биомикроскопии стекловидного тела и офтальмоскопии глазного дна определялось почти полное рассасывание гемофтальма в 5 из 6 опытных правых глазах уже через 12 часов после введения аутокрови в стекловидное тело, в одном глазу кровоизлияние в стекловидное тело значительно уменьшилось. В 5 из 6 контрольных левых глазах гемофтальм сохранился и только в одном значительно рассосался. Через 3–4 дня в двух опытных глазах произошел рецидив кровоизлияния в стекловидное тело, вероятно, связанный с появлением новообразованных сосудов в зоне прокола, близкой к нижней мышце глаза. Рассасывание рецидива кровоизлияния происходило гораздо медленнее, чем первичного, через 30 дней выявлены диффузные и пленчатые помутнения в стекловидном теле. Результаты были подтверждены данными ультразвукового исследования.

При морфологическом исследовании опытного глаза на следующий день после введения аутокрови в стекловидное тело определялась диффузная лейкоцитарная инфильтрация конъюнктивы в области повреждения, состояние тканей роговой оболочки и радужки близка к норме. В области, близкой к зрительному нерву, имелись многочисленные мелкие кровеносные капилляры, прорастающие в стекловидное тело (новообразованные сосуды). Сетчатая оболочка в неповрежденных иглой зонах имела сохранный цитоархитектонику. В контрольных глазах через 5 дней выявлялось существенное отличие в переднем отделе глаза. В рыхлой волокнистой соединительной ткани имелось диффузное скопление лейкоцитов, преимущественно – гранулоцитов, моноцитов, встречались малые лимфоциты. Стенки некоторых сосудов повреждены, в результате наблюдалось кровоизлияние. Межклеточное вещество значительно отекает. Ткани роговицы частично отечны. Сосудистая оболочка сохранена. В области, близкой к зрительному нерву, мелкие кровенаполненные кровеносные капилляры. Слоистость сетчатки сохранена. Изменения значительно более выражены, чем в опыте.

Через 5 и 7 дней в конъюнктиве кроме лейкоцитарной инфильтрации и значительного отека определялись расширенные и запустевшие сосуды. В центральной оптической зоне роговицы значительный отек. Передний эпителий утолщен и состоит из 10–12 слоев эпителиоцитов. Строма утолщена, местами разволокнена, апоптоз фиброцитов, нарушение слоистости. Задний эпителий сохранен. Изменения более выражены в контрольных глазах. Радужка и сосудистая оболочка сохранены, сосуды местами тромбированы. В области, близкой к зрительному нерву, и на поверхности сетчатки многочисленные мелкие новообразованные капилляры. В опытном глазу наблюдалось сохранение архитектоники сетчатки, незначительный отек, межнейрональные связи сохранены. В контрольном глазу в области, близкой к зрительному нерву и на периферии определялся обширный отек слоев сетчатки, деструкция рецепторного аппарата.

Через 14 дней также определялась разница в лейкоцитарной инфильтрации конъюнктивы контрольного и опытного глаза. В опытном глазу лейкоцитарная инфильтрация незначительная. Встречались запустевшие сосуды. Слоистость эпителия нарушена, наблюдались деструктивные изменения. Увеличено количество слоев эпителия роговицы. Строма имела тенденцию к расслоению. Поверхностные клетки гипертрофированы. В теле радужки – многочисленные мелкие запустевшие сосуды с единичными эритроцитами в просвете. В сетчатке слой ганглионарных клеток сохранен. Рецепторный аппарат значительно отекает, участками разрушен. Межнейрональные связи локально нарушены. Состояние намного лучше, чем в контроле, где сетчатка отечна, нейрональные контакты деструктурированы, определялось кровоизлияние в стекловидное тело. В сосудистой оболочке наблюдались тромбированные сосуды. На периферии сетчатки рецепторный аппарат опытного глаза сохранен, в отличие от контрольного. В области ДЗН в контрольных и опытных глазах – многочисленные новообразованные сосуды с форменными элементами внутри.

Через 30 дней сохранялась разница между морфологией опытного и парного глаза.

Заключение. При использовании Миторетина для лечения экспериментального гемофтальма выявлено, что происходит быстрое его рассасывание уже через 12 часов после начала лечения. Однако в связи с появлением новообразованных сосудов может произойти рецидив кровоизлияния в стекловидное тело. Во всех сроках наблюдения изменения более выражены в контрольных глазах, как в переднем отделе глаза (воспалительного характера), так и в области сетчатки (отечного и деструктивного характера).

Таким образом, отмечено противовоспалительное и рассасывающее действие препарата Миторетин.

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВВЕДЕНИЯ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ КЛЕТОК ПИГМЕНТНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЕТЧАТКИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ ОТДЕЛ ГЛАЗА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА У ПОЖИЛЫХ КРОЛИКОВ

Л.М. Балашова, И.А. Спивак, И.А. Попов, Н.А. Скворцова, Л.Е. Теплинская, К.Е. Кунтышева

*Российский государственный медицинский университет,
Международный научно-практический центр пролиферации тканей, Москва*

В процессе прогрессирования заболеваний сетчатки, особенно в пожилом возрасте, происходят дистрофические изменения и на сегодняшний день не существует медикаментозных средств, позволяющих восстановить фоторецепторный нейроэпителий и пигментный эпителий сетчатки. Одним из принципиально новых подходов к терапии заболевания может служить трансплантация этих клеток. Однако многие методы введения клеточных культур или монослоя являются травматичными. Наименее травматичны – введение в супрахориоидальное пространство и в толщу сосудистой оболочки ближе к сетчатке через «задний» доступ – разрез склеры длиной 1–2 мм. Анатомическое строение сосудистой оболочки допускает свободную миграцию подобных клеток, которые могут двигаться активно и значительно менять свою конфигурацию. Но необходимо обеспечить следующие условия: создание активных зон с выделением биологически активных веществ (например, при крио- или лазеркоагуляции), куда будут двигаться клетки; образование «площадки», куда могут «сесть» мигрирующие клетки (вокруг очага коагуляции, где сохранена сосудистая оболочка, но произошла деструкция собственных клеток пигментного эпителия сетчатки; при дистрофии сетчатки – в зоны дистрофических изменений); снижение геморрагической активности сосудистой оболочки глаза в месте введения (например, при криокоагуляции или лазерной циклокоагуляции сетчатки).

Целью данной работы являлась разработка методики бескровного проникновения в супрахориоидальное пространство и интрахориоидально по направлению к сетчатке.

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 12 кроликов (24 глаза). Шести кроликам (в двенадцать глаз) в верхне-наружном квадранте в 7–8 мм от лимба производилась трансконъюнктивальная криокоагуляция хориоидеи и сетчатки наконечником, диаметром 2,5–4,0 мм с помощью жидкого азота при температуре –180 градусов по Цельсию. Интенсивность считалась достаточной при образовании зоны заморзания вокруг наконечника 1,0 мм. Правые глаза удалялись для проведения морфологических исследований на следующий день, через 5, 7, 10 и 14 дней после криокоагуляции. Окраска гематоксилином-эозином при толщине парафинового среза 5–7 мкм. На левых глазах в 7–8 мм от лимба проводилась отработка техники хирургического вмешательства с оценкой геморрагической активности хориоидеи в те же сроки.

Шести кроликам в правые глаза проведено нанесение лазерных ожогов сетчатки с помощью аргонного лазера мощностью 200–250 мВт, диаметром 50 мкм, при времени воздействия 0,2 сек, количеством 38–40. Левые глаза оставались контрольными. Кролики выводились из эксперимента также на следующий день, через 5, 7, 10 и 14 дней для проведения морфологических исследований удаленных глаз.

Общее обезболивание: рометар 2% из расчета 0,2 мл/кг в/м, реланиум 1,0 мл в/м, при необходимости – ингаляционный эфирный наркоз. Местное обезболивание: официальный раствор инокаина – по 1 капле 2 раза через 3–5 минут. Животных выводили из эксперимента путем в/в введения в ушную вену 3,0 мл 0,25% водного раствора галоперидола.

При проведении трансконъюнктивальной криокоагуляции сетчатки производилась оценка в 3-х балльной системе степени отека, выраженности гиперемии места введения, количества петехиальных кровоизлияний конъюнктивы в месте воздействия, четкости контуров криокоагулятов, на левых глазах – кровоточивости сосудистой оболочки в месте разреза. Операция производилась на следующий день, 3, 5, 7, 10 и 14 сутки после криокоагуляции.

На правых глазах с лазеркоагуляцией сетчатки оценивалась степень их выраженности, четкость границ и степень пигментации.

Производилась биомикроскопия и прямая и обратная офтальмоскопия глазного дна с широким зрачком.

Результаты исследования. При оценке трансконъюнктивальной криокоагуляции сетчатки было выявлено, что отек тканей уменьшался уже на третий день и практически не определялся на 5–7 день после операции, гиперемия места введения отсутствовала на 3–5 сутки, количество петехиальных кровоизлияний значительно уменьшалось к 3-му дню и не определялось на 5-ый день, ступенчатость контуров практически отсутствовала на 5–7 день.

На левых глазах при проведении разреза склеры и сосудистой оболочки выявлялась следующая закономерность: на следующий день после криокоагуляции кровоточивость практически отсутствовала, на 3–5 день была несколько более выражена и уменьшалась к 7–14 дню, что позволило прийти к заключению о возможности хирургического вмешательства уже на следующий день после трансконъюнктивальной криокоагуляции сетчатки.

При лазеркоагуляции четкость границ с умеренной пигментацией появлялась к 5–7 дню после воздействия.

При морфологическом исследовании в глазу, удаленном на следующий день после криокоагуляции, в области повреждения определялась деструкция сетчатой оболочки, выраженный отек, нарушение межнейрональных связей, гибель клеток ганглионарного слоя, наблюдаются локальные кровоизлияния в слой палочек и колбочек. Наблюдался незначительный отек ДЗН, локальный внутрисосудистый тромбоз. В стекловидном теле мелкие, не более 2–3 в поле зрения, кровеносные новообразованные сосуды. Сосудистая оболочка с тромбированными сосудами и мелкими новообразованными некровенаполненными, кровоизлияния в хориоидею. Определяется единичная сохранность клеток пигментного эпителия, ядра которых имеют явления гипертрофии. В зонах, близких к криокоагуляции – нарушение пласта пигментного эпителия сетчатки, ядра которых гипертрофичны. В зонах, близких к криокоагуляции – нарушение пласта пигментного эпителия сетчатки и локальное отслоение клеток. В области вне коагуляции – сохранение пигментного эпителия как моно-слоя, отек клеток, частичное отслоение.

Через 5 дней выявлялись также выраженные нарушения во всех слоях сетчатки, пигментном эпителии и сосудистой оболочке. Новообразованные сосуды уже функционируют (в просвете определяются форменные элементы – эритроциты).

Через 7 дней наблюдается частичное восстановление стенок кровеносных сосудов, их кровенаполняемости. Отек сетчатки немного менее выражен, но деструкция сохраняется. Единичные клетки пигментного эпителия сохранены, на значительных участках в области криокоагулята пигментный эпителий отсутствует.

Через 10 дней новообразованные сосуды активно функционируют, но сохраняется деструкция кровеносных сосудов хориоидеи. Отмечается ревазуляризация в области зубчатого края в области криокоагулята, в хориоидею видны разрушенные сосуды и вновь образованные, определяются сохраненные местами клетки пигментного эпителия с явлениями гипертрофии, причем мелкие сосуды, прилежащие к пигментному эпителию, тромбированы. В сетчатке наблюдается частичное восстановление межнейрональных связей, тенденция к нормализации архитектоники, слоистости.

Через 14 дней продолжается новообразование сосудов, несколько уменьшается отек. Обращает на себя внимание наличие локальных участков отсутствия клеток пигментного эпителия даже в зонах, далеких от криокоагуляции (то есть существует «платформа» для имплантации клеток пигментного эпителия сетчатки). На периферии в зоне криокоагуляции и близкой к ней клетки пигментного эпителия отделены от мембраны, слоистость эпителия нарушена.

Морфология лазеркоагулятов сетчатки соответствовала описанной в других многочисленных экспериментах. Изменения клеток пигментного эпителия напоминала таковые при криокоагуляции. Также определялись участки – «платформы» для имплантированных клеток пигментного эпителия сетчатки.

Заключение. Структура сосудистой оболочки и ее мембран не является препятствием для продвижения имплантированных клеток пигментного эпителия сетчатки. Вероятно, клетки будут двигаться к области с повышенным содержанием биологически активных веществ после крио- и лазеркоагуляции. Наилучшие условия для проведения разреза и имплантации клеток с наименьшей геморрагической активностью – следующий день после криокоагуляции. В области пигментного эпителия сетчатки имеются зоны его отсутствия – «платформы» – для имплантации новых клеток пигментного эпителия, начиная со следующего дня после воздействия до 14 дня (последний срок наблюдения).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИРЕТИН, ВИМАКОН, ВИСКЛЕРОН И ВИЛЕНЗИН В ОФТАЛЬМОЛОГИИ (предварительное сообщение)

Л.М. Балашова, Н.С. Учаева, А.В. Наговицин

*Российский государственный медицинский университет,
Международный научно-практический центр пролиферации тканей, Москва*

Препараты виретин, вимакон, висклерон и вилензин сделаны на основе нанотехнологий из тканей глаз молодых бычков и являются регуляторными низкомолекулярными пептидами, построенными из остатков аминокислот, нормализующих обменные процессы в тканях глаза.

Целью исследования явилось изучение воздействия препаратов виретин, вимакон, висклерон и вилензин на ткани глаза в эксперименте на кроликах.

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 14 кроликов (28 глаз). 3-м кроликам (в 6 глаз) производились инстилляции по 1 капле 3 раза в день виретина, 3-м (в 6 глаз) – вимакона, 3-м – (в 6 глаз) – висклерона, 3-м (в 6 глаз) – виленина в течение 2-х месяцев. 2 кролика (4 глаза) оставались контрольными.

Производилось клиническое наблюдение (биомикроскопия переднего, среднего отделов глаза и передних отделов стекловидного тела с узким и широким зрачком, прямая и обратная офтальмоскопия глазного дна с широким зрачком) и электронная микроскопия кусочков тканей удаленных глаз.

Результаты исследования. При наблюдении за кроликами в течение 2-х месяцев не выявлено патологических изменений в тканях глаза при использовании биомикроскопии с узким и широким зрачком, прямой и обратной офтальмоскопии с широким зрачком. Проводится электронная микроскопия кусочков тканей удаленных глаз.

Заключение. При клиническом исследовании не определено токсического воздействия или каких-либо других изменений в глазах всех кроликов. Данные электронной микроскопии помогут подтвердить или опровергнуть этот вывод.

УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР»

А.В. Будневский, В.Т. Бурлачук, А.В. Разворотнев

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

В настоящее время актуальным представляется создание регистров больных бронхиальной астмой (БА), которые позволят оптимизировать управление лечебно-диагностическим процессом при данном заболевании, повысить не только клиническую эффективность терапии, снизить финансовое бремя БА на здравоохранение и общество в целом.

Цель работы – повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных БА различной степени тяжести на основе динамического контроля с использованием компьютерного регистра. Для достижения данной цели была создана и зарегистрирована компьютерная программа – «Регистр больных бронхиальной астмой (Pulmoreg)». Pulmoreg может использоваться на ЭВМ: IBM/PC совместимый – ПК. Язык: Borland Delphi, технология доступа к данным ADO. СУБД: Microsoft Access. Операционная система: Windows NT/XP/Vista/7. Объем программы: 1,6 Мб.

Основными ее возможностями является учет динамики, привязка к месту жительства и ЛПУ, настройка на социально-демографический состав населения, регистрация, наблюдение, снятие с диспансерного учета (ввод, корректировка, контроль данных). Программа проводит анализ стоимости амбулаторного и стационарного лечения, вызовов скорой медицинской помощи, формирование отчетов за любой анализируемый период, ввод новых показателей как непосредственно в Pulmoreg, так и в файл рассылки. Программа ориентирована на ведение базы в «центре» (Департамент здравоохранения) и «на местах» (уровень врача ЛПУ, зав. отделением, зам. главного врача по КЭР). В ЛПУ ведение регистра возможно как за счет анализа данных, находящихся в файле рассылки, так и за счет использования возможностей непосредственно компьютерной программы – информационной системы.

Внедрение Регистра открывает возможность для сбора и оперативной обработки беспрецедентного объема информации о больных БА. Программное обеспечение Регистра позволит быстро пополнять данные о пациентах: их количестве, степени тяжести БА и эффективности лечения, а также о потребности больных в лекарственных средствах. Получение реальной, непредвзятой картины о лечении БА в России в динамике, его результатах с позиций системного подхода будет способствовать определению путей оптимизации лечения БА в России

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ
У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

А.В. Будневский, М.Ю. Каверзина, В.Т. Бурлачук, Н.А. Мухина

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Цель работы – исследование клинического течения ишемической болезни сердца у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с субклиническим гипотиреозом на основе системного подхода для повышения эффективности терапии сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. В исследование включено 106 больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) II–III ФК в возрасте от 60 до 75 лет, у которых на приеме у эндокринолога был подтвержден диагноз субклинического гипотиреоза (СКГ). Все пациенты прошли традиционное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Для проведения системного анализа клинического течения ИБС применили корреляционный, дисперсионный, канонический корреляционный, многофакторный регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение. Использование корреляционного и дисперсионного анализа позволило установить взаимосвязь между уровнем ТТГ и возрастом пациентов, количеством госпитализаций в стационар, уровнем общего холестерина сыворотки, индексом атерогенности (ИА), индексом курящего человека, индексом депрессии (ИД); уровнем Т4 св. и ИА, ОХС, ИД. Использование канонического корреляционного анализа позволило найти максимальные связи между группами факторов, имеющих совместное распределение. Количественно выражена связь между уровнем ТТГ, Т4 св. и медико-экономическими и лабораторными показателями. В результате регрессионного анализа установлены статистические зависимости средних значений уровня ТТГ, Т4 св., ИД, ИА, ОХС. Построены прогностические модели, позволяющие предсказывать количество госпитализаций больных ИБС, ССН, уровень ОХС и ИА.

Выводы. Использование многомерного статистического анализа позволило выявить тесную связь между показателями тиреоидного гомеостаза и клиническим течением ИБС, ССН, построить прогностические модели клинического течения ИБС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ
В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

М.Н. Дадашева, Л.А. Подрезова, Л.А. Смирнова, Э.Ш. Рашидова, Т.И. Вишнякова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. По данным ВОЗ инсульт ежегодно поражает от 5,6 до 6,6 миллионов человек и уносит 4,6 миллионов жизней. Последствия инсульта усугубляют социально-бытовую дезадаптацию, снижают качество жизни особенно больных пожилого возраста. Несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия следует отметить их низкую эффективность, обусловленную недостаточностью специализированных отделений и квалифицированных кадров, а также отсутствием стандартов патогенетически оправданного лечения.

Цель. Изучение эффективности нейрореабилитационной терапии в резидуальном периоде у пожилых больных, перенесших острый инсульт.

Материалы и методы. Нами обследовано 50 больных с инсультом (м – 24, ж – 26). Средний возраст составил 71,1 лет. Использовали Европейскую шкалу инсульта, краткую шкалу оценки психического статуса, шкалу самооценки Спилберга и Гамильтона.

Результаты. Обследование выявило двигательные нарушения в виде гемипареза, координаторных и чувствительных нарушений, когнитивные расстройства – в виде преддементных нарушений и деменции легкой степени. Имевшиеся стойкие артралгии и цефалгии можно было объяснить наличием маскированной депрессии. Данная группа больных получала комплексную терапию, назначались нейротропные и психофармакологические средства. Использовались триметилгидразиния пропионат (милдронат) внутривенно капельно по 5,0 № 10 или внутримышечно по 5,0 № 10 с последующим пероральным приемом. При выраженных когнитивных расстройствах – длительно гопантеновая кислота (пантогам-актив) по 1 капсуле 2 раза в день, ипидакрин (аксамон) по 20 мг 3 раза в день. При неглубоких аффективных нарушениях больным назначался гомеопатический препарат тентен по 1–2 таблетки до 6 раз в день, небензодиазепиновый транквилизатор эфализумаб (афобазол) по 1 таблетке 3 раза в день, при умеренно выраженных депрессивных расстройствах наиболее безопасным у пожилых больных был препарат из группы СИОЗС пароксетин (паксил) по 20 мг в день 3–6 месяцев.

Выводы: анализ проведенной комплексной нейрореабилитационной терапии у пожилых больных показал ее эффективность с возможностью значительного улучшения их качества жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ СЕЛЕНА НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Р.М. Заславская, Г.В. Лилица

Городская клиническая больница № 60, Москва

Целью работы являлась сравнительная оценка результатов лечения препаратами селена (селен-активом (СА) и «Защитный формулой» (ЗФ)) на фоне комплексной терапии (КТ) и только КТ на клиническую симптоматику, показатели гемодинамики и окислительного стресса (ОС), а также морфофункциональные нарушения у пожилых больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и сердечной недостаточностью (СН).

Материал и методы. Обследовано 65 больных ИБС, прогрессирующей или стабильной стенокардией II–III ФК, ПИКС и СН II–III ФК по классификации NYHA. Среди них было 32 мужчины и 33 женщины. Средний возраст составил $69,5 \pm 2,4$ лет. Все больные были разделены на 3 рандомизированные группы по 22 человека в основных группах (ОГ) и 21 пациент в контрольной группе (КГ). Больные первой, контрольной группы (КГ) получали только КТ, включающую нитраты, β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты и мочегонные препараты. Пациентам второй (основной группы) (ОГ) на фоне той же КТ было назначен СА (производство завод экопитания «Диод», Москва) по 2 таб. 2 раза в день, третьей ОГ – «Защитную формулу» (производство «Nature Sunshine Products Inc», США) по 2 капсулы 2 раза в день. Всем больным до и после лечения проводили общеклинические обследования, ЭхоКГ, ЭКГ-мониторирование по Холтеру, а также показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) (малоновый диальдегид-МДА) и антиоксидантной защиты (АОЗ) (супероксиддисмутаза-СОД, каталаза, глутатион-GSH, глутатион-пероксидазау-GSH-P, глутатион-редуктазау-GSH-R) в эритроцитах.

Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствует, что наилучший клинический, антиангинальный и антиишемический эффекты были выражены в ОГ. Улучшение клинической симптоматики сопровождалось более ранним наступлением стойкого клинического эффекта в группах, принимавших селен-актив (СА) и «Защитную формулу» (ЗФ) на $6,1 \pm 0,7$ и $5,5 \pm 0,8$ сутки соответственно, тогда как в КГ – на $7,5 \pm 1,6$ сутки. Снижение количества ангинозных болей (КАБ), их продолжительности и потребности в нитроглицерине в большей степени отмечается в группе, принимавшей ЗФ (на 99,9%). В группе, принимавшей СА, снижение этих показателей произошло на 90%, 96% и 97% соответственно, а в КГ – на 88%, 86% и 93% соответственно. Увеличение толерантности к физической нагрузке (ТФН) в большей степени произошло в группах, принимавших СА и ЗФ – на 114 м и 107 м соответственно, КГ – на 52 м. Положительная динамика 6-минутного теста ходьбой (6МТХ) более выражена в группе лиц, принимавших ЗФ, который увеличился на 73 м. В группе больных, принимавших СА, и в КГ этот показатель увеличился на 56 м и 66 м соответственно. Динамика вышеперечисленных показателей во всех группах была достоверной. Сравнительный анализ морфофункциональных параметров свидетельствует, что наилучший эффект отмечается в группе больных, получавших СА на фоне КТ. Это проявилось достоверным снижением конечного диастолического размера (КДР), конечного систолического размера (КСР), конечного систолического объема (КСО) на 1,6%, 3% и 5,8% соответственно. В результате динамики указанных параметров произошло значимое увеличение укорочения передне-заднего размера (УПЗР) на 6,1%. Динамика фракции выброса (ФВ) имела лишь тенденцию к достоверности, и ее увеличение составило 3,8%. В группе лиц, принимавших ЗФ, достоверно снизились только КСР и КСО на 2,3% и 5,5% соответственно. Сравнительная оценка эффективности проводимой терапии исследуемых групп в отношении влияния на баланс системы окислителей/антиоксиданты свидетельствует о преимуществе назначения СА в сочетании с КТ по сравнению с комбинацией КТ и ЗФ и только КТ в КГ.

Закключение. Терапия препаратами селена на фоне ТТ у больных ИБС, ПИКС более эффективна по сравнению с ТТ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

А.И. Михальский¹, Ю.А. Родионов²

¹ *Институт проблем управления РАН,*

² *Московский государственный институт радиотехники, электроники и автоматики*

На примере данных масштабного исследования состояния здоровья лиц старше 65 лет, проводившегося в США в 1982, 1984, 1989, 1994 и 1999 гг. (исследование NLTS) и обследования датских близнецов старше 75 лет в 1995, 1997, 1999 и 2001 гг. (исследование LSADT) показана применимость методов статистического анализа для оценки динамики изменения распространенности инвалидизации среди пожилого населения, выяснения роли гериатрических служб в борьбе с распространением инвалидизации пожилых, прогнозирования ожидаемого уровня инвалидизации пожилого населения и оценки степени наследования инвалидизации в пожилом возрасте.

Инвалидизация определялась как хроническая (свыше 90 дней) неспособность человека самостоятельно выполнять хотя бы одно из шести действий, необходимых в повседневной жизни: самостоятельно питаться, самостоятельно вставать или ложиться в постель, перемещаться по помещению, одеваться, принимать ванну, пользоваться туалетом.

Показано, что в старших возрастах вероятность инвалидизации и выживания в состоянии инвалидизации выше для женщин, чем для мужчин. Вероятность реабилитации от инвалидизации различается между полами статистически незначимо. Не обнаружены временные тренды вероятности переходов в состоянии инвалидизации, реабилитации, смерти будучи инвалидизированным, как для женщин, так и для мужчин пожилого возраста. Результаты анализа подтвердили факт снижения во времени распространенности инвалидизации в США как среди женщин, так и среди мужчин старше 65 лет при большей распространенности инвалидизации среди женщин, однако результаты моделирования при гипотезе о неизменных вероятностях переходов между различными состояниями инвалидизации позволяют интерпретировать этот феномен снижения распространенности инвалидизации среди населения США старше 65 лет как результат улучшения состояния здоровья в возрастах моложе 65 лет при не улучшающемся качестве медицинской и профилактической поддержки пожилых. Анализ результатов обследования близнецов старше 75 лет показал, что степень наследования инвалидизации для женщин старше 75 лет оценивается в 36% (14%, 54%). Для мужчин старше 75 лет эта оценка составляет 11% (0%, 40%). Для обоих полов величина степени наследования инвалидизации оценивается в 28% (10%, 45%).

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Г.Г. Прозорова, И.А. Волкорезов, О.В. Пашкова

Центральная клиническая больница, г. Липецк

Цель работы – на основе анализа факторов риска, клинического течения заболевания и маркеров системного воспаления у больных ХОБЛ с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы обосновать алгоритмы лечебно-профилактических мероприятий.

В исследование было включено 64 больных ХОБЛ II–IV стадии в фазе обострения (60 мужчин и 4 женщины, средний возраст $59,50 \pm 1,25$ лет). ХОБЛ II стадии была диагностирована у 12 больных (18,75%), III стадии – у 48 (75,00%), IV стадии – у 4 (6,25%).

Анализ клинического течения ХОБЛ, инструментальных и лабораторных данных позволил получить следующие результаты. Средние значения маркеров системного воспаления – TNF- и СРБ были достоверно выше у больных с III и IV стадиями ХОБЛ, чем у пациентов со II стадией заболевания, и составили соответственно $3,84 \pm 0,82$, $6,07 \pm 0,40$ и $25,0 \pm 1,82$ пг/мл и $1,93 \pm 1,21$, $4,47 \pm 0,62$ и $8,95 \pm 2,11$ мг/дл (в норме СРБ до 0,8 мг/дл). Таким образом, обострение тяжелой ХОБЛ и крайне тяжелой ХОБЛ по сравнению средне-тяжелым течением заболевания сопровождается как минимум двукратным повышением острофазового показателя – СРБ и

провоспалительного цитокина – тумор-некротического фактора альфа. Уровень триглицеридов у больных ХОБЛ имел обратную зависимость от стадии заболевания, что может быть связано с увеличением потребления ТГ во время обострения ХОБЛ для восполнения дефицита сурфактанта и других фосфолипидов, входящих в состав клеточных мембран эпителиальных клеток дыхательной системы.

По нашим данным, выраженность системного воспаления на каждой последующей стадии ХОБЛ, отражающей прогрессирование данной патологии, увеличивается практически в 2 раза, что обуславливает необходимость определения маркеров системного воспаления для индивидуализации подходов к терапии ХОБЛ различной степени тяжести и разработки алгоритмов тактики врача-пульмонолога, способствующих повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий и качества жизни.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Л.И. Прокопьева, Е.В. Каминная

*ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,
Республиканский гериатрический центр, г. Петрозаводск, Республика Карелия*

Приказом МЗиСР Республики Карелия № 95 от 24.03.2003 года на базе ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» был создан Республиканский гериатрический центр (РГЦ). В июне 2003 г. в адрес МЗиСР Республики Карелия сотрудниками РГЦ было направлено служебное письмо, в котором было дано обоснование необходимости создания гериатрической службы в Республики Карелия с целью повышения уровня доступности и качества оказания медицинской, медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста, особенно утратившим способность к самообслуживанию.

Был разработан пакет документов, регламентирующих работу РГЦ, разработаны Концепция гериатрической службы в Республике Карелия, введён в работу приказ МЗиСР РК № 651 «О проведении мероприятий по улучшению оказания медицинской и медико-социальной помощи, углублённой диспансеризации и медицинской реабилитации инвалидов и участников Великой Отечественной войны, участников боевых и контртеррористических действий, о проведении мероприятий по улучшению медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в Республике Карелия».

В Республиканском гериатрическом центре проводится:

- мониторинг демографической ситуации в Республике Карелия,
- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений республики по оказанию медико-социальной помощи данной категории граждан, включая ветеранов войн, предоставляется ежегодный аналитический отчёт по гериатрической службе для МЗиСР Республики Карелия,
- работа по организации консультативной гериатрической, психотерапевтической и психологической помощи гражданам пожилого и старческого возраста (амбулаторного и стационарного звена, дневного стационара),
- разработан и утверждён Паспорт гериатрической службы, на основании которого появилась возможность проведения анализа демографической ситуации в Республике и уровня оказания медико-социальной помощи пожилым гражданам Республики,
- плановая выездная работа с целью оказания методической помощи, проверки качества оказания медицинской помощи гражданам пожилого возраста, ветеранов войн в районах республики Карелия,
- организация выездов специалистов госпиталя для оказания консультативной помощи,
- организационно-методическая и учебная деятельность в Петровском медицинском колледже, в Карельском государственном педагогическом университете, работа с общественными организациями ветеранов войн в Республике Карелия, с общественными организациями «Малолетние узники Карелии», «Жители блокадного Ленинграда».
- работа по организации и проведению ежегодных Республиканских конференции на базе ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Приводим наиболее интересные данные из паспорта гериатрической службы в Республике Карелия.

Анализ демографической ситуации в Республике Карелия и уровня оказания медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста (старше 60 лет) в районах Республики Карелия и в г. Петрозаводске на 1.01 2009 года.

1. В Республике Карелия проживает 691 746 человек, в т.ч. лиц старше 60 лет – 102 319 человек (14,8%). 453 151 человек составляют лица трудоспособного возраста, т. е. 66% от общего числа проживающих в Республике. Люди старше 60 лет составляют 23% от числа лиц трудоспособного возраста (453 151 чел).

2. В г. Петрозаводске проживает 251 123 человек, из них – 44 234 человек в возрасте старше 60 лет (17,6% от общего числа проживающих в городе)

3. В районах Республики Карелия проживают – 440 623 чел., из них 57 973 в возрасте старше 60 лет (12,8% от общего числа жителей районов)

Таблица 1

Социальный статус граждан пожилого возраста Республики Карелия

№	Категория граждан старше 60 лет	Всего по РК		г. Петрозаводск		Районы РК		Примечания
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	
1	Всего	102 319	100	44 234	43,2	57 973	57,6	
2	Проживают в семье	76 453	75	38 280	87	38 173	66	
3	Одинокопроживающие	16 054	16	5 606	13	10 448	18	
	Из них состоят на социальном обслуживании	2 529	16	309	6	2 220	21	% от числа одинокопроживающих
4	одинокие	3 468	4	381	0,86	3 088	5,3	
	Из них состоят на социальном обслуживании	958	28	168	44	790	26	% от числа одиноких
5	<u>Всего:</u> Охват социальной помощью на дому граждан пожилого возраста	3 487	3,4	477	1,7	3 010	5,1	% от общего числа лиц

Таким образом, в районах Республики Карелии число одиноких и одинокопроживающих граждан пожилого возраста больше, чем в городе Петрозаводске. Охват категории граждан социальной помощью на дому среди одинокопроживающих и одиноких людей недостаточно высокий – в целом по Республике Карелия – 16% и 28%. Охват социальной помощью на дому по Республике Карелия из общего числа граждан пожилого возраста – всего 3,4%, по городу Петрозаводску – 1,7%, в районах Республики – 5,1%.

В РГЦ проанализированы данные о числе лиц пожилого возраста, одиноких и одинокопроживающих и необходимости в обслуживании социальными работниками на дому.

Выявления необходимости в оказании социальной помощи на дому среди одиноких и одинокопроживающих граждан пожилого и старческого возраста

№	Категории граждан	Всего по РК		г. Петрозаводск		Районы Республики		Примечания
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	Одинокое и одиноко проживающие	19 523	100	5987	31	13 536	69	
2	Нуждались в соц.обслуживании на дому	3 204	16	564	9,4	2 640	20	% от числа одиноких и одинокопрож.

Следует вывод о том, что недостаточно четко отработаны критерии отбора граждан пожилого возраста, проживающих одиноко или одиноких для оказания им социальной помощи на дому, так как процент нуждающихся в оказании социальной помощи на дому также остаётся низким.

Лечение пациентов пожилого возраста в стационарах на дому, в дневных и круглосуточных стационарах

№ п/п		Всего по РК		г.Петрозаводск		Районы Республики Карелия		
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	Дневной стационар							
	Нуждались	7 889	100	1 604	100	6 285	100	
	пролечено	4 215	53	1 591	99	2 624	42	
	% пролеченных в ДС от общего числа лиц пожилого возраста	102 319	4	44 234	3,5	57 973	4,5	
2	Стационар на дому							
	Нуждались	6 335	100	929	100	5 406	100	
	пролечено	3 723	58	929	100	2 794	51	
	% пролеченных в стационаре на дому от общего числа лиц пожилого возраста	102 319	3,6	44 234	2,1	57 973	4,8	
3	Стационары круглосуточные							
	Нуждались	7 139	100	1 371	100	5 768	100	
	пролечено	7 333	103	1 285	94	6 048	104	
	% пролеченных от общего числа лиц пожилого возраста	102 319	7,2	44 234	3,1	57 973	10,4	
	В том числе ГВВ							
	Нуждались	1 608	100	1 126	100	482	100	
	Пролечено	1 014	63	729	65	285	59	
	% пролеченных из общего числа ветеранов войн (по данным за 1 полугодие 2007 года)	4 894	20,7	1891	39	3 003	9,4	

Выводы: 1. Стационары на дому и дневные стационары имеются в каждой поликлинике города Петрозаводска и ЦРБ районов Республики Карелия. 2. Охват пожилого населения лечением в дневных стационарах очень низкий – в среднем 3,5% по республике. 3. По городу Петрозаводску % охвата лечением в дневных стационарах ЛПУ составил всего 3,5%, в стационарах на дому – 2,1%, в круглосуточных стационарах 3,1(%). 4. Охват лечением пожилого населения в круглосуточных стационарах также неудовлетворителен и составил в среднем по Республике Карелия – 6,9% от общего числа лиц пожилого и старческого возраста. По городу Петрозаводску обращает на себя внимание низкий уровень охвата стационарным лечением данного контингента – 3,1% от общего числа лиц пожилого возраста.

Следует учитывать, что у лиц пожилого возраста наблюдается сочетанная патология систем органов, более тяжелое течение основных заболеваний, имеются трудности в подборе лекарственной терапии.

ВНЕШНЕЕ УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННИМИ МЕХАНИЗМАМИ СТАРЕНИЯ

А.В. Халявкин

*Институт биохимической физики РАН,
Институт системного анализа РАН, Москва*

Недавно опубликованные результаты вновь показали, неспособность как с помощью коррекции свободнорадикальных процессов (Анисимов и др., 2008), так и конститутивной экспрессией теломеразы (Tomas-Loba et al., 2008) существенно увеличить видовую продолжительность жизни мышей.

Эти публикации, и целый ряд иных результатов, накопленных к настоящему времени, привели к осознанию того, что в фундаментальной геронтологии назрели предпосылки к пересмотру некоторых традиционных взглядов на причины и механизмы старения. Под другим углом должны быть рассмотрены данные, свидетельствующие о широких пределах регулируемости темпа старения, о возможных первопричинах его возникновения как реакции организма на сигналы неадекватной окружающей среды, индуцирующей его переход в нестабильное (стареющее) состояние, о реальности управления процессом старения.

Разрабатываемая нами гипотеза о возникновении естественного старения из, предположительно, «не стареющего» состояния организма позволяет целенаправленно искать возможности возврата в это состояние. Эта гипотеза отвечает на вопрос: «Почему стареет организм, состоящий из потенциально нестареющих клеточных популяций?». Ведь камбиальные клетки, ответственные за обновление тканей, не имеют лимита Хейфлика. Они реагируют на внеклеточные сигналы тканевой и организменной (психонейроиммуноэндокринной) управляющих систем организма, параметры которых, в свою очередь, перестраиваются под влиянием внешних воздействий. Поскольку не все режимы жизнедеятельности являются устойчивыми, существование в неадекватных условиях приводит к дрейфу параметров управляющих систем, потере адаптации организмов даже к неизменным, в среднем, условиям и, в конечном итоге, к старению.

Все это дает основание предполагать, что те или иные наборы сигналов окружающей среды не только влияют на динамику старения, но и способны быть первопричиной этого процесса.

СРОЧНО В НОМЕР

УДК 616.12 – 008.1

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ
У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Н.А. Кленкова¹, С.И. Капустин, Н.Б. Салтыкова, В.М. Шмелева,
М.Н. Блинов, Л.П. Папаян²

*Российский научно-исследовательский институт гематологии
и трансфузиологии федерального агентства
по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-Петербург*

Изучена ассоциация между аллельным полиморфизмом генов метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T и A1298C), метионинсинтазы (MS A2756G), редуктазы метионинсинтазы (MTRR A66G), метилентетрагидрофолат-дегидрогеназы (MTHFD C1958A) с риском развития гипергомоцистеинемии и атеросклероза артерий нижних конечностей. Выявлена связь между рядом аллельных вариантов генов MTHFR и MS, а также их сочетаний и наличием гипергомоцистеинемии у больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей. Показано, что генотип MTRR 66GG/MTHFD 1958GA является фактором риска развития этой патологии.

Ключевые слова: атеросклероз, гипергомоцистеинемия, полиморфизм генов
Key words: atherosclerosis, hyperhomocysteinemia, genetic polymorphisms

Сердечно-сосудистая патология, обусловленная атеросклеротическим поражением артерий, входит в число ведущих причин инвалидизации и смертности населения в развитых странах. Атеросклероз в значительной мере является ге-

риатрической проблемой, поскольку именно пожилые люди составляют большинство лиц с атеросклеротическим поражением сосудов различных органов. Атеросклероз артерий нижних конечностей — одна из наиболее частых локализаций системного атеросклероза [1]. Многочисленные исследования свидетельствуют о многофакторном генезе заболевания и существенном значении генетической компоненты в его риске [14]. Установлено, что независимым фактором риска атеросклеротического поражения артерий является повышенное содержание в плазме кро-

¹ Кленкова Наталья Александровна, младший науч. Сотрудник. Тел.: +7(812) 717-19-37. E-mail: neklen@front.ru.

² Папаян Людмила Петровна, руководитель лаборатории, д-р мед. наук. Тел.: +7(812) 717-35-82. E-mail: raryan@mail.ru.

ви гомоцистеина — высокореактивной серосодержащей аминокислоты — промежуточного продукта в метаболизме метионина [13]. Согласно имеющимся данным, гипергомоцистеинемия может быть обусловлена экзогенными факторами (курение, чрезмерное употребление кофе, сниженное потребление витаминов В₆, В₉ (фолаты) и В₁₂, прием некоторых лекарственных препаратов), сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, гиперлипидемия, нарушения функции почек, некоторые солидные опухоли, заболевания желудочно-кишечного тракта). В ряде широкомасштабных исследований установлена также существенная роль наследственной компоненты в риск гипергомоцистеинемии. В связи с этим поиск аллельных вариантов генов, предрасполагающих к повышенному уровню гомоцистеина в плазме крови, представляет большой интерес. Этими «генами-кандидатами» могут быть гены, продукты которых непосредственно вовлечены в метаболизм гомоцистеина и фолатов.

Метилентетрагидрофолатредуктаза катализирует реакцию восстановления 5,10-метилентетрагидрофолата (5,10-MTHFR) до 5-метилтетрагидрофолата — донора одноуглеродной группы в реакции реметилирования гомоцистеина в метионин. Необходимый пул 5,10-MTHFR поддерживается благодаря метилентетрагидрофолат-дегидрогеназе — ключевому ферменту в метаболизме фолатов. Метионинсинтаза выступает катализатором реакции переноса метильной группы от 5-метилтетрагидрофолата к гомоцистеину, в результате синтезируются метионин и тетрагидрофолат. Наконец, редуктаза метионинсинтазы необходима для поддержания метионинсинтазы в активном состоянии. Аллельный полиморфизм генов, вовлеченных в метаболизм гомоцистеина и фолатов, изучался различными авторами в связи с оценкой риска гипергомоцистеинемии и сердечно-сосудистых заболеваний. Среди возможных генетических предикторов уровня гомоцистеина наиболее часто рассматриваются полиморфизмы *C677T* и *A1298C* гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), *A2756G* гена метионинсинтазы (MS), *A66G* гена редуктазы метионинсинтазы (MTRR), *G1958A* — гена метилентетрагидрофолат-дегидрогеназы (MTHFD). Однако литературные данные об их влиянии на уровень гомоцистеина противоречивы. Так, в исследовании [5] уста-

новлено, что генотип MTHFR *677TT* ассоциирован с повышением концентрации гомоцистеина, в то время как авторами работы [11] отмечена лишь тенденция (без статистической достоверности) к ассоциации между полиморфизмом *C677T* и гипергомоцистеинемией. Согласно публикации [12], полиморфизм *A1298C* по гену MTHFR не влияет на содержание гомоцистеина в плазме, а исследования [6] свидетельствуют об обратном. Вопрос об ассоциации полиморфизма *A66G* гена MTRR с уровнем гомоцистеина в плазме крови также является дискуссионным: авторы работы [7] связывают с повышением уровня гомоцистеина генотип *66AA*, другие исследователи [10] — генотип *66GG*, а в работе [4] ассоциации между аллельным полиморфизмом *A66G* и концентрацией гомоцистеина в плазме крови не выявлено. Аналогичная картина наблюдается и для полиморфизма MS *A2756G* [8,9]. Что касается полиморфизма *G1958A (R653Q)* гена MTHFD, то важно отметить, что, несмотря на большое количество исследований его роли в патогенезе злокачественных новообразований, врожденных пороков развития и др., практически отсутствуют работы, посвященные анализу влияния полиморфизма *G1958A* на уровень гомоцистеина в плазме крови и риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: изучить связь между аллельным полиморфизмом генов, вовлеченных в метаболизм гомоцистеина (MS *A2756G*, MTRR *A66G*) и фолатов (MTHFR *C677T* и *A1298C*, MTHFD *G1958A*), и риском гипергомоцистеинемии и атеросклероза артерий нижних конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 126 больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей (102 мужчины, 24 женщины), проходивших лечение в клиническом отделении «Хирургия» ФГУ «РосНИИГТ Росмедтехнологии». Средний возраст пациентов $60,5 \pm 1,5$ лет. Клинический диагноз подтверждался данными ангиографии и/или ультразвукового дуплексного сканирования. Критерием отбора больных в исследуемую группу было отсутствие в анамнезе заболеваний с повышенным уровнем гомоцистеина в плазме (сахарный диабет, злокачественные новообразования и др.). Контрольная группа, сопоставимая по полу и возрасту с группой больных, состояла из 121 человека — доноров крови и сотрудников ФГУ

Таблица 1

Частота генотипов по генам MTHFR, MS, MTRR и MTHFD в группах

Ген/ полиморфизм	Гено- тип	Генотип, %, n		
		БП	БН	КГ
MTHFR/ C677T	CC	32,5(13)**	53,5(46)	52,1(63)
	CT	55,0(22)	36,0(31)	39,6(48)
	TT	12,5(5)	10,5(9)	8,3(10)
MTHFR/ A1298C	AA	55,0(22)	44,2(38)	43,8(53)
	AC	42,5(17)	38,4(33)	43,8(53)
	CC	2,5(1) ^x	17,4(15)	12,4(15)
MS/ A2756G	AA	75,0(30)	58,1(50)	60,3(73)
	AG	22,5(9)	37,2(32)	33,1(40)
	GG	2,5(1)	4,7(4)	6,6(8)
MTRR/ A66G	AA	17,5(7)	15,1(13)	14,9(18)
	AG	42,5(17)	57,0(49)	62,0(75)
	GG	40,0(16)*	27,9(24)	23,1(28)
MTHFD/ G1958A	GG	32,5(13)	22,1(19)	24,8(30)
	GA	50,0(20)	55,8(48)	52,1(63)
	AA	17,5(7)	22,1(19)	23,1(28)

Примечание. В табл. 1, 2 MTHR – метилентетрагидрофолатредуктаза. MS – метионинсинтаза. MTRR – редуктаза метионинсинтазы. MTHFD – метилентетрагидрофолат-дегидрогеназа. n – число обследованных человек в группе. БП – больные с повышенным уровнем гомоцистеина. БН – больные с нормальным его уровнем. КГ – контрольная группа. * p < 0,05 (сравнение с КГ). ** p < 0,05 (сравнение с группой больных без гипергомоцистеинемии и КГ). ^xp < 0,05 (сравнение с группой больных без гипергомоцистеинемии).

«РосНИИГТ», не имевших в анамнезе артериальной патологии и проживающих в Северо-Западном регионе России. Материал для идентификации аллельных вариантов MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MS A2756G, MTRR A66G, MTHFD G1958A составляли лейкоциты, выделенные из 3–5 мл венозной крови. Молекулярно-генетические исследования были выполнены методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим анализом полиморфизма длины рестрикционных фрагментов ПЦР-продукта. Уровень гомоцистеина определяли методом жидкостной хроматографии под высоким давлением [3]. В качестве верхней границы «нормы» базального уровня гомоцистеина было принято значение 13,5 мкмоль/л [2].

Статистический анализ полученных данных выполнялся с использованием программ GraphPad Prism4 и StatGraphics Plus 5.1. Показатель «отношение шансов» («odds ratio» – (OR)) определялся при двустороннем доверительном интервале (CI), равном 95%. Статистическая значимость различий устанавливалась при значениях p < 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от уровня гомоцистеина больные были разделены на 2 группы – с повышенным (>13,5 мкмоль/л) и нормальным (≤13,5 мкмоль/л) его содержанием. Лица с повышенным уровнем гомоцистеина составили 31,8%, с нормальным – 68,2% общей выборки. Средняя концентрация гомоцистеина в плазме больных с его повышенным и нормальным уровнем равнялась 19,9 мкмоль/л и 9,8 мкмоль/л соответственно (p < 0,0001).

В табл. 1 представлены данные о распределении частот генотипов в группах больных с повышенной и нормальной концентрацией гомоцистеина и в контрольной. Из таблицы следует, что у пациентов с гипергомоцистеинемией частота аллеля T (генотипы CT и TT) по полиморфизму C677T выше, чем у больных без нее и в контрольной группе.

Соответственно частота нормального генотипа CC по полиморфизму C677T в группе лиц с гипергомоцистеинемией достоверно ниже и составляет 32,5 против 53,5% в группе больных без нее (p = 0,03; OR = 0,41; 95% CI: 0,19–0,9) и против 52,1% в группе контроля (p = 0,03; OR = 0,44; 95% CI: 0,2–0,93). У больных с гипергомоцистеинемией также повышена частота генотипа AA по полиморфизму A1298C-гена MTHFR (55%) по сравнению с па-

циентами без гипергомоцистеинемии (44,2%) и лицами контрольной группы (43,8%). Соответственно, частота генотипа I298CC по данному полиморфизму у лиц с гипергомоцистеинемией ниже, чем у больных с нормальным содержанием гомоцистеина (2,5 против 17,4%; p = 0,02; OR = 0,12; 95% CI: 0,01–0,95) и лиц контрольной группы (2,5 против 12,4%; p = 0,12; OR = 0,18; 95% CI: 0,02–1,41). При анализе полиморфизма A2756G-гена MS установлено, что у пациентов с гипергомоцистеинемией частота генотипа 2756AA выше, чем в группе больных без нее (75 против 58,1%; p = 0,06; OR = 2,2; 95% CI: 0,94–4,98) и в контроле (75 против 60,3%; p = 0,12; OR = 1,97; 95% CI: 0,88–4,41). Тот факт, что распределение частоты генотипов по полиморфизму MTHFR C677T и A1298C, а также MS A2756G у пациентов с гипергомоцистеинемией существенно различа-

ется по сравнению с больными без нее и группой контроля, а в двух последних группах частота генотипов близка, позволяет предположить влияние вышеназванных аллельных вариантов генов MTHFR и MS на уровень гомоцистеина.

Частота генотипа *66GG* по полиморфизму *A66G* гена MTRR в группе больных с гипергомоцистеинемией несколько выше, чем в группе с нормальным содержанием гомоцистеина (40 против 27,9%; $p = 0,22$; OR = 1,72; 95% CI: 0,78–3,79) и достоверно выше, чем в группе контроля (40 против 23,1%; $p = 0,04$; OR = 2,21; 95% CI: 1,03–4,73). В то же время обращает на себя внимание факт, что, в отличие от рассмотренных выше особенностей распределения частот генотипов по полиморфизму генов MTHFR и MS, частота генотипа *66GG* гена MTRR в группе с нормальным уровнем гомоцистеина и в контроле отличаются. Что касается полиморфизма *A1958G* гена MTHFD, то статистически значимых различий в распределении частота генотипов в группах больных с повышенным и нормальным уровнем гомоцистеина и группой контроля не выявлено.

Для изучения синергетического влияния аллельных вариантов различных генов проведен анализ так называемых ген-генных взаимодействий (проанализированы 10 возможных по-

парных генетических сочетаний во всех группах). В табл. 2 представлены данные о частоте генетических сочетаний со статистически значимым различием между группами.

Как и следовало ожидать, генетические сочетания, в которых каждый из полиморфных вариантов ассоциирован с повышенным уровнем гомоцистеина, также предрасполагает к гипергомоцистеинемии. К этим сочетаниям относятся сочетания MTHFR *677CT*/MTHFR *1298AA*; MTHFR *677CT*/MS *2756AA*; MTHFR *677TT*/MS *2756AA*; MTHFR *1298AA*/MS *2756AA*. Для всех перечисленных генотипов наблюдаются статистически значимые отличия частоты в группе больных с гипергомоцистеинемией от группы с нормальным содержанием гомоцистеина и в контроле. В двух последних группах частота генотипов близка.

Для сочетаний MTHFR *677TT*/MTRR *66GG*; MTHFR *1298AA*/ MTRR *66GG*; MS *2756AA*/MTRR *66GG*, как и в случае одиночного рассмотрения генотипа MTRR *66GG*, характерна повышенная частота у лиц с гипергомоцистеинемией по сравнению с больными с нормальным содержанием гомоцистеина. В свою очередь, частота этих генотипов в группе с нормальным уровнем гомоцистеина выше, чем у лиц в контрольной группе.

Таблица 2

Частота генетических сочетаний по генам MTHFR, MS, MTRR и MTHFD в группах

Генотип	Частота генотипа, %			p/OR/95% CI		
	БП	БН	КГ	БП и БН	БП и КГ	БН и КГ
MTHFR <i>677CT</i> /MTHFR <i>1298AA</i>	35,0	18,6	18,2	0,04/2,36/ CI: 1,01–5,49	0,03/2,42/ CI: 1,09–5,37	1/1,02/ CI: 0,50–2,09
MTHFR <i>677CT</i> /MS <i>2756AA</i>	42,5	23,3	25,6	0,03/2,43/ CI: 1,09–5,44	0,04/2,14/ CI: 1,01–4,53	0,74/0,87/ CI: 0,46–1,67
MTHFR <i>677TT</i> /MS <i>2756AA</i>	12,5	6,9	4,1	0,32/1,91/ CI: 0,55–6,66	0,12/3,31/ CI: 0,90–12,12	0,53/1,74/ CI: 0,51–5,89
MTHFR <i>1298AA</i> /MS <i>2756AA</i>	45,0	27,9	24,8	0,06/2,11/ CI: 0,96–4,61	0,02/2,48/ CI: 1,17–5,24	0,63/1,17/ CI: 0,62–2,19
MTHFR <i>677TT</i> /MTRR <i>66GG</i>	7,5	4,6	0,8	0,67/1,66/ CI: 0,35–7,81	0,04/9,73/ CI: 1,01–9,64	0,16/5,85 CI: 0,64–5,33
MTHFR <i>1298AA</i> /MTRR <i>66GG</i>	20	14,0	6,6	0,43/1,54/ CI: 0,57–4,13	0,02/3,53/ CI: 1,22–10,15	0,09/2,29/ CI: 0,89–5,87
MS <i>2756AA</i> /MTRR <i>66GG</i>	30	18,6	11,6	0,17/1,87/ CI: 0,78–4,46	0,01/3,27/ CI: 1,36–7,86	0,16/1,75/ CI: 0,80–3,81
MTRR <i>66GG</i> /MTHFD <i>1958GA</i>	22,5	19,8	9,3	0,82/1,16/ CI: 0,46–2,89	0,02/2,64/ CI: 1,02–6,83	0,03/2,24/ CI: 1,01–4,97

У больных с гипергомоцистеинемией и нормальным содержанием гомоцистеина одинаково часто встречалось сочетание генотипа *MTRR 66GG* с генотипом *MTHFD 1958GA*, не ассоциированным с гипергомоцистеинемией, частота которого существенно превышала таковую в группе контроля. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что с генотипом *MTRR 66GG/MTHFD 1958GA*, вероятно, ассоциирован риск атеросклероза артерий нижних конечностей, но не повышенный уровень гомоцистеина.

В настоящей работе выявлена достоверная ассоциация между полиморфизмами *C677T* и *A1298C* гена *MTHFR* и *A2756G* гена *MS*, а также рядом их попарных сочетаний и уровнем гомоцистеина в плазме крови. Поскольку сама гипергомоцистеинемия может рассматриваться как независимый фактор риска атеросклеротического поражения артерий, полученные данные могут быть косвенным свидетельством роли этих генов в риске атеросклероза артерий нижних конечностей. Наши данные показали также, что полиморфизм *G1958A* гена *MTHFD* при одиночном рассмотрении не имеет существенного значения для риска гипергомоцистеинемии. Однако тот факт, что генотип *MTRR 66GG/MTHFD 1958GA* достоверно чаще встречается в группе больных, чем в контрольной, может свидетельствовать о том, что он является «неблагоприятным» с точки зрения риска атеросклероза артерий нижних конечностей, но не гипергомоцистеинемии.

ВЫВОДЫ

Генотипы *CT* и *TT* (полиморфизм *C677T*) и *AA* (полиморфизм *A1298C*) по гену *MTHFR* и *AA* (полиморфизм *A2756G*) по гену *MS*, а также их сочетания *MTHFR 677CT/MTHFR 1298AA*; *MTHFR 677CT/MS 2756AA*; *MTHFR 677TT/MS 2756AA*; *MTHFR 1298AA/MS 2756AA* ассоциированы с повышенным риском гипергомоцистеинемии.

Полиморфизм *G1958A* гена *MTHFD* не вносит существенного вклада в риск гипергомоцистеинемии. Генотип *MTRR 66GG/MTHFD 1958GA* ассоциирован с риском атеросклероза артерий нижних конечностей, но не с гипергомоцистеинемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Климов А. Н. Атеросклероз. В кн.: Косицкий Г. И. (ред.) Превентивная кардиология. М.: Медицина, 1987. С. 239-316
2. Смирнова О.А., Шмелева В.М., Капустин С.И. и др. Гипергомоцистеинемия и аллельный полиморфизм генов, ассоциированных с эндотелиальной дисфункцией, у пациентов с ишемической болезнью сердца // Тромбоз, гемостаз и реология. 2008. Том 2. № 34. С. 48-52.
3. Шмелева В.М., Капустин С. И., Блинов М.Н., Папаян Л.П. Гипергомоцистеинемия – значимый фактор риска развития артериальных и венозных тромбозов // Медицинский академический журнал. 2003. Том 3. № 4. С. 28-34.
4. Brown C.A., McKinney K.Q., Kaufman J.S. et al. Common polymorphism in methionine synthase reductase increases risk of premature coronary artery disease // J. Cardiovasc. Risk. 2000. № 7. P. 197-200.
5. De Bree A., Verschuren W.M., Bjorke-Monsen A.L. et al. Effect of the methylenetetrahydrofolate reductase 677C->T mutation on the relations among folate intake and plasma folate and homocysteine concentrations in a general population sample // Am. J. Clin. Nutr. 2003. № 77. P. 687-93.
6. Friedman G., Golschmidt N., Friedlander Y. et al. A common mutation A1298C in human methylenetetrahydrofolate reductase gene: association with plasma homocysteine and folate concentrations // J. Nutr. 1999. № 129. P. 1656-1661.
7. Gaughan D.J., Kluijtmans A.J., Barbaux S. et al. The methionine synthase reductase (*MTRR*) A66G polymorphism is a novel genetic determinant of plasma homocysteine concentrations // Atherosclerosis. 2001. № 157. P. 451-456.
8. Harmon D.L., Shields D.C., Woodside J.V. et al. Methionine synthase D919G polymorphism is a significant but modest determinant of circulating homocysteine concentrations // Genet. Epidemiol. 1999. № 17. P. 298-309.
9. Klerk M., Lievers K.J., Kluijtmans L.A. et al. The 2756A>G variant in the gene encoding methionine synthase: its relation with plasma homocysteine levels and risk of coronary heart disease in a Dutch case-control study // Thromb. Res. 2003. № 110. P. 87-91.
10. Kluijtmans L.A., Young I.S., Boreham C.A. et al. Genetic and nutritional factors contributing to hyperhomocysteinemia in young adults // Blood. 2003. № 101. P. 2483-2488.
11. Lewis S.J., Ebrahim S., Davey S.G. Meta-analysis of *MTHFR 677C->T* polymorphism and coronary heart disease: does totality of evidence support causal role for homocysteine and preventive potential of folate? // BMJ. 2005. № 331. P. 1053.
12. Lievers K.J., Godfried H.J., Boers P.V. et al. A second common variant in the methylenetetrahydrofolate reductase (*MTHFR*) gene and its relation to *MTHFR* enzyme activity, homocysteine, and cardiovascular disease risk // J. Mol. Med. 2001. № 79. P. 522-528.
13. Lievers K.J., Kluijtmans L.A., Blom H.J. Genetics of hyperhomocysteinemia in cardiovascular disease // Ann. Clin. Biochem. 2003. № 40. P. 46-59.
14. Valentine R.J., Guerra R., Stephan P. et al. Family history is a major determinant of subclinical peripheral arterial disease in young adults // J. Vasc. Surg. 2004. № 39. P. 351-356.

Поступила 15.09.2009

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Т.П. Цветкова¹

*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
МЗ Хабаровского края, г. Хабаровск*

Исследовано применение эстроген-гестагенного препарата анжелик (angelic) у 58 женщин с тяжелым климактерическим синдромом в постменопаузе в сравнении с 33 женщинами без проявлений этого синдрома. Показана эффективность препарата при лечении тяжелых проявлений климактерического синдрома. Достигнут дополнительный терапевтический эффект – снижение повышенного АД у женщин с мягкой гипертензией, улучшение показателей когнитивных функций (память, внимание), повышение самооценки, стабилизация настроения и сексуальности женщин. Положительный терапевтический эффект достигается уже к 3-му месяцу лечения, максимальный – 6–8-му месяцу.

Ключевые слова: постменопауза, анжелик, дроспиренон, гестаген, прогестаген, климактерический синдром, заместительная гормонотерапия

Key words: postmenopauzae, angelic, drospirenon, gestagen, progestagen, climacteric syndrome, revealed at treatment

Менопауза является закономерным физиологическим состоянием, однако гормональные сдвиги в этот период, особенно резкое снижение уровня эстрогенов, существенно изменяют качество жизни и патогенез «возрастных» заболеваний женщин.

Патогенетическим методом коррекции климактерических расстройств и профилактики метаболических нарушений (костный метаболизм, обмен липидов) является заместительная гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами. Преимущество этого метода в том, что

одно лекарственное средство воздействует на многие органы и системы, во многих случаях позволяя избежать полипрагмазии и снизить стоимость лечения по сравнению с симптоматической терапией. В настоящее время показания к терапии эстрогенами четко определены; купирование климактерических расстройств и симптомов урогенитальной атрофии, преждевременная менопауза, а также профилактика остеопороза [1,4].

Тем не менее, несмотря на высокую эффективность лечения, многие женщины отказываются от гормональной терапии или вынуждены сменять препарат из-за побочных эффектов. По данным Европейского исследования, у 23% женщин продолжительность заместительной гор-

Цветкова Татьяна Петровна, врач высшей категории. Тел.: 8(9622) 23-96-15. E-mail: tatyna_khv@mail.ru.

монотерапии не превысила 1 года, 41% женщин использовали ее в течение 1–5 лет, 20% – 6–10 лет и 16% – более 10 лет.

Очевидно, что кратковременная терапия не позволяет полностью использовать все возможности эстрогенов, а особенно достичь отдаленного профилактического эффекта. [3,6]

Поэтому важнейшее условие максимальной эффективности терапии – повысить ее приемлемости.

Снижение дозы эстрогена (точнее, подбор так называемой минимальной эффективной дозы) и совершенствование прогестагенного компонента позволяют улучшить переносимость и повысить безопасность заместительной гормонотерапии, что в конечном итоге повышает приверженность пациенток лечению (комплаентность терапии). В связи с этим большой интерес представляет новый низкодозированный препарат для терапии климактерических расстройств и профилактики остеопороза анжелик. Каждая таблетка анжелика содержит 1 мг эстрадиола (в форме гемигидрата) и 2 мг дроспиренона. В постменопаузе низкая доза эстрогена (1 мг 17 β -эстрадиол) вполне достаточна и обеспечивает все необходимые эффекты: купирует вазомоторные симптомы, благоприятно влияет на липидный профиль, препятствует потере костной массы и при этом хорошо переносится [6,7].

Дроспиренон в составе анжелика по своим фармакодинамическим свойствам наиболее близок к натуральному прогестерону по сравнению с другими синтетическими прогестагенами. Благодаря сродству к минералокортикоидным рецепторам дроспиренон относится к антагонистам альдостерона и влияет не только на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, но и непосредственно на сердечно-сосудистую. Кроме того, дроспиренон не угнетает выработку андрогенов. Симптомы менопаузы определяются не только биологическими причинами, в их развитии большую роль играют социальные и индивидуальные факторы, а также стиль адаптации к стрессовым воздействиям. В ряде работ показана прямая взаимосвязь между соматическими и психическими проявлениями в жизни человека, что позволяет распространять эти положения на область гинекологии и предположить значительное влияние психосоциального стресса

на формирование вегетативных и эмоциональных расстройств при климактерическом синдроме [7,12].

Актуальность проблемы исследования социальной дезадаптации женщин в постменопаузе связана с возрастающим интересом широкого круга специалистов (медицинские и социальные работники, психологи и др.) к вопросам лечения различных форм климактерического синдрома, а также улучшения здоровья и качества жизни данной категории лиц. Не умаляя значения выводов об эффективности препарата анжелик в купировании климактерического синдрома, целью данной работы был определен новый аспект исследования возможностей заместительной гормонотерапии в коррекции социальной дезадаптации женщин в постменопаузе [7,11].

Под понятием «социальная дезадаптация женщин в постменопаузе» понимают сочетание когнитивных и эмоциональных показателей психической сферы женщин в постменопаузе, определяющее качество их жизни. В рамках когнитивных процессов нами рассмотрены внимание и память, эмоциональная сфера представлена показателями самооценки, самочувствия, активности, модальностью настроения, уровнем сексуальности [2,8,10].

Цель исследования: оценить эффективность препарата анжелик в лечении климактерических расстройств и показать возможность его использования для коррекции социальной дезадаптации женщин с тяжелым климактерическим синдромом в постменопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В обследовании и лечении приняла участие 91 женщина в возрасте 52–67 лет. У всех женщин применяли общепринятые методы клинического исследования гинекологических больных с климактерическим синдромом (УЗИ малого таза и молочных желез, маммография, определение липопротеидов высокой и низкой плотности, гормонов крови (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны, пролактин, прогестерон, свободный тестостерон), показатели гемостаза, масса тела, артериальное давление).

Степень тяжести климактерического синдрома оценивалась по менопаузному индексу (МИ) Купермана в модификации Е.В. Уваровой (1982) [5].

Под наблюдением находились 2 группы исследуемых:

– 58 женщин с тяжелой формой климактерического синдрома, которым назначался препарат Анжелик, тяжесть синдрома 35,2 балла (основная группа).

– 33 относительно здоровые женщины без клинических проявлений менопаузы (контрольная группа).

Все женщины были одинаковы по возрасту, социальному статусу и главному виду деятельности.

Для достижения поставленной в работе цели дополнительно был подобран специальный пакет диагностических методик. Для оценки когнитивных функций (память и внимание) использовались патопсихологические методики (А.Р. Лурия и Кооса). Эмоциональный статус определяли с помощью анкеты качества жизни (модификация Холмса-Рея), анкеты параметров сексуальной функции, опросника САН, методики самооценки (Т.В. Дембо) [9,10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований получен положительный эффект по купированию симптомов климактерического синдрома. Менопаузный индекс в основной группе составил 10,5 балла уже к 3-му месяцу приема препарата, максимально приблизившись к показателю группы контроля – 10,2.

Отмечен дополнительный гипотензивный эффект препарата анжелик. У всех 58 пациенток основной группы было повышено артериальное давление до назначения препарата (139–145/89–93 мм рт. ст.). На фоне терапии уже к 3-му месяцу отмечалось снижение систолического давления на 15–20 мм рт. ст. и диастолического АД на 10–15 мм рт. ст. Ни у одной из пациенток с исходной гипертензией не отмечено кризовых состояний. В контрольной группе у женщин с нормальным АД не было его существенных изменений.

По итогам анкетирования все 33 относительно здоровые женщины в постменопаузе имели следующие данные по методике САН: самочувствие – 43 балла, активность – 40 баллов, настроение – 50 баллов, они активно интересовались анкетой и охотно отвечали на вопросы.

В основной группе у всех 58 женщин были стойко снижены все показатели социальной де-

адаптации. Данные анкетирования: самочувствие – 20 баллов, активность – 18 баллов, настроение – 16 баллов. Отмечалось снижение концентрации внимания и памяти, сексуальной активности; повышенная утомляемость, заниженная самооценка. Таким образом, в сравнении с группой контроля социальная адаптация у данной группы была снижена в 2,3 раза.

Спустя 8 мес приема препарата анжелик, в основной группе отмечен существенный сдвиг всех исследуемых показателей. Все 58 женщин находились в положительном эмоциональном тоне (по методике САН самочувствие – 40 баллов, активность – 38 баллов, настроение – 46 баллов), были контактны, активно интересовались и охотно обсуждали результаты исследования. У всех отмечались:

- повышение концентрации внимания, памяти и общей, познавательной и сексуальной активности;
- снижение утомляемости;
- стабилизация половой функции;
- оптимизация самооценки, повысилась способность к новым практическим навыкам в сфере профессиональной деятельности.

Данные сравнительного анализа подтвердили высокую эффективность препарата как средства коррекции социальной дезадаптации женщин в постменопаузе. Достоверность данных была подтверждена их математической обработкой (статистический Т-критерий Уилкоксона). Так как результаты $T_{эмп}$ находились в зоне значимых различий, это позволило считать их достоверными с точностью до $p < 0,05$.

Таким образом, положительное влияние гормонотерапии на социальную адаптацию участниц можно объяснить прямым влиянием эстрогенов на ЦНС. Обоснование связи улучшения когнитивных и эмоциональных функций и приема препарата анжелик базируется на доказанном феномене – рецепторы к эстрогенам обнаружены в отделах головного мозга (преоптическая область гипоталамуса, миндалина и гиппокамп), которые обеспечивают деятельность психики в целом и, согласно теории о системно-динамической локализации высших психических функций, относятся к блоку приема, переработки и хранения информации.

Оценка действия гормональной терапии показала высокую эффективность в лечении климактерического синдрома. Терапия анжеликом способствовала повышению устойчивости организма женщин к стрессовым ситуациям. При гормонотерапии средний показатель качества жизни существенно повышался.

Таким образом, для социальной адаптации женщин с тяжелыми проявлениями климактерического синдрома в постменопаузе актуальна заместительная гормонотерапия, в частности препаратом анжелик. Положительный терапевтический эффект наступал к 3-му месяцу, максимально достигался к 6–8-му месяцу приема препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверков А.В., Бреусенко В.Г., Крюченкова М.Е. и др. // Вестн. Росс. ассоциации акуш. и гин. 2002. № 2. С. 76-83.
2. Кудряшева О.Ю., Затеищikov Г.А., Сидоренко Б.А. // Кардиология. 2003. № 4. С. 51-61.
3. Руководство по климактерию: Руководство для врачей. Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М.: МИА, 2004. 685 с.
4. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: Медпресс-Информ, 2006.
5. Kanis J.A., McCloskey T.V. Risk factors in osteoporosis // Maturitas. 2005 Vol. 30. № 16. P. 229-233.
6. Neves-e-Castro M., Samsioe G., Doren M., O'Skouby S. (от Европейского Общества по изучению менопаузы и андропаузы). Результаты исследований WHI и HERS – значение для женщин и врачей, назначающих ЗГТ (Пер. с англ.) // Maturitas. 2005. № 42. P. 255-258.
7. Samsioe G. et al. Urogenital symptoms aged 50-59 years // Gyn. Endocrin. 2005. 13 Is. Vol. 2. № 2. P. 113-117.
8. Schindler A.E. et al. Classification and pharmacology of progestins // Maturitas. 2005. Vol. 46. № 1. P. 7-16.
9. Speroff L. Postmenopausal hormone replacement therapy: some common and uncommon questions. The prescriber's guide to Hormone Replacement Therapy ed. by M. Whitehead. Parthenon Publ. Ltd., 2001. P. 41-53.
10. Studd J.W.W. The Management of the Menopause. New York: Parphenon Publishing Group, 2000.
11. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women // JAMA. 2002. Vol. 288. № 3. P. 321-33.

Поступила 18.11.2009

ВНИМАНИЕ!

**В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга —
Автор Ливен Аннеманс
«Экономика здравоохранения
для неэкономистов»**

SUMMARY

MODEL OF INTERACTION BETWEEN GOVERNMENTAL AND NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN THE SYSTEM OF SOCIAL SERVICES/CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN RUSSIA

R.I. Danilova, Ye.Yu. Golubeva

Pomorski State University named after M.V. Lomonosov

There have been discussed the opportunities and perspectives of interrelations of state and non-state structures on realization of gerontological social policy in the context of Madrid International Plan of action on aging. The particularities of gerontosocial work in the model of interrelations of different types of institutions which delivered the social services aimed to increase the quality of elderly people life.

LIFE EXPECTANCY, MORTALITY AND DISABILITY IN EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE

I.I. Voroshilova, R.S. Parkhomenko, V.N. Yefanov

Sakhalin State University

Using the Sakhalin Region Statistics for the period from 2000 to 2008 we have studied the dynamics of life expectancy, mortality and disability indices in elderly and senile people living on Sakhalin. The analysis has showed reduction of the first index and increase in the second and third ones, which revealed the continued decline in the quality of life of the elderly population, especially of men, and more urban than rural people.

THE SUDDEN DEATH IN OLD AGE GROUPS

V.S. Artyushkevich, L.V. Yezerskaya

State service of Medical Forensic Examinations of the Republic of Belarus, Minsk Regional Autopsy Office

Nonviolent causes of the sudden death of elderly persons were analyzed using data of forensic investigations. Diseases of cardio-vascular system were the main cause of death. Respiratory and digestive diseases and malignant neoplasm played a significant role in the sudden death.

ORGANIZATION OF PHYSICAL TRAINING FOR ELDERLY PEOPLE

M.A. Savenko, D.N. Gavrilov, I.N. Khokhlov

Savenko Marina Anatolyevna, C.S.M., Associate Professor at the St. Petersburg Research Institute of Physical Culture. Tel.: 8(812) 375-85-50. E-mail: savenko@bk.ru.

The observation of 168 elderly patients during 10 years was performed for the purpose of evaluation of their morphological

and functional state and the level of health. This study allowed development of computer system «Factor» for the performing of tests, evaluation and forming of recommendations. The educational program of physical training for elderly patients was developed. The consultative and methodical centers can become main form of this organization.

COMPARISON OF PASSPORT AND BIOLOGICAL AGE

T.V. Ryabchikova, L.A. Yegorova, Ye.A. Kuzmicheva

Ivanovo State Medical Academy

Passport and biological age were studied in 100 persons of 20–70 years old. We found out there was discrepancy of biological and passport age in all age groups. Biological age was higher than the passport one in young people (20–40 years old). Biological age was lower than the passport one in persons of 41–70 years old, and the biological age of women was lower than men's one in all age groups. Overweight, reduced index of physical activity and smoking reduced the biological age.

ASSESSMENT OF CARE/SERVICE NEEDS AS A KEY COMPONENT OF CARE PLANNING FOR ELDERLY PEOPLE

Ye.Yu. Golubeva, R.I. Danilova

Pomorski State University named after M.V. Lomonosov

Cross-cultural research and theoretical approaches to the quality of care/service and to the measurement and improvement of its effectiveness for elderly people in terms of social service system were discussed. Different components of the European management of care/service system were reviewed. Application of integrated assessment of care/service for elderly people in accordance with their needs was considered as a key component of rational care planning. We emphasized the role of elderly person as a customer in management of care/service system.

ASPECTS OF THE VACCINATION AGAINST INFLUENZA OF ELDERLY PEOPLE IN RUSSIA

Ye. I. Burtseva

D.I. Ivanovskiy Institute of Virology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Data of numerous studies on influenza vaccination of elderly people, including Russian ones, by different types of vaccines - domestic and imported, live and inactivated - were reviewed. We confirmed high efficiency of vaccination against influenza of elderly people for reduction of infection and morbidity, hospital admissions caused by influenza and pneumonia, development of complications and also for mortality reduction.

**THE NECESSITY IN MEDICO-SOCIAL ACTIVITIES
FOR CERTAIN MEMBERS OF THE ELDERLY AGE
GROUP**

M.V. Doyutova, N.K. Guseva

Nizhny Novgorod State Medical Academy

We developed the organizational and methodical approach to the formation of municipal system of medico-social rehabilitation for elderly persons based on the study of social problems determined by their health. Improvement of the social adaptation of this population group is associated with the development of medical and social care, medico-social patronage and palliative treatment with highly integrated medical, social, psychological and spiritual interaction, and also with the improvement of health and social services.

**PATIENTS OF THE GERONTOLOGY CENTER
«PEREDELKINO»: ATTITUDE TO AGING, DEATH,
LIFE SATISFACTION AND OPTIMISM**

I.V. Sakorenko, V.A. Kostenko, V.I. Dontsov,
G.M. Tsurikova, T.I. Grekova

*Gerontology Center «Peredelkino», Moscow,
Moscow State Medical University*

We studied attitude to aging, death and general life satisfaction of 65 patients of the Gerontology Center. We found out that most of patients rarely had thought about death in their youth, but during aging 33% of them had begun to think about it. Very few respondents had positive attitude to aging, 47.7% of them had negative attitude to aging. 32.2% of participants characterized themselves as optimists. Optimists were more satisfied with life and less inclined to reflections on death and to the negative side of aging.

TO THE ISSUE OF GERIATRIC ETHICS

N.Yu. Natalskaya, A.V. Merinov, I.A. Fedotov

Ryazan State Medical University

Issues of psychology and psychopathology of aging, and ontology in geriatrics were reviewed. Particular attention was paid to the patient education on adherence to treatment with focus on rehabilitation: reactivation and reintegration of elderly patients.

**GENETIC PREDICTORS
OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA IN PATIENTS
WITH ATHEROSCLEROSIS OF LOWER
EXTREMITY ARTERIES**

N.A. Klenkova, S.I. Kapustin, N.B. Saltykova,
V.M. Shmeleva, M.N. Blinov, L.P. Papayan

*Russian Research Institute of Hematology and Transfusion
of the Federal Agency for High-Tech Medical Care,
St. Petersburg*

We studied association between allelic polymorphisms of methylenetetrahydrofolate genes (MTHFR C677T и A1298C), methionine synthase genes (MS A2756G), methionine synthase reductase genes (MTRR A66G), methylenetetrahydrofolate dehydrogenase genes (MTHFD G1958A) and the risk of hyperhomocysteinemia and atherosclerosis of lower extremity arteries. We revealed correlation between the number of allelic variants of MTHFR и MS genes, including its combination, and the presence of hyperhomocysteinemia in patients with atherosclerosis of lower extremity arteries. We found out that the genotype MTRR 66GG\MTHFD 1958GA was a risk factor for development of this disease.

**TREATMENT OF WOMEN WITH SEVERE
CLIMACTERIC SYNDROME
IN POSTMENOPAUSAL PERIOD**

T.P. Tsvetkova

*Institute for Advanced Training of Health Professionals,
Khabarovsk Ministry of Health*

Application of estrogen-progestin drug «Angelic» in 58 women with severe climacteric syndrome in postmenopausal period compared with 53 women without manifestations of this syndrome was studied. Effectiveness of this drug in treatment of severe manifestations of the climacteric syndrome was showed. There has been an additional therapeutic effect – the reduction of high blood pressure in women with mild hypertension, improvement in cognitive function (memory, attention), improvement of self-estimation, stabilization of mood and sexual activity. Positive therapeutic effect was achieved by the third month of treatment, maximum effect – by the sixth-eighth month.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР В СИСТЕМЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ/УХОДА
ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В РОССИИ

Р.И. Данилова, Е.Ю. Голубева 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ,
СМЕРТНОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ В ОЦЕНКЕ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

И.И. Ворошилова, Р.С. Пархоменко, В.Н. Ефанов 9

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ ЛИЦ СТАРШЕЙ
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

В.С. Артюшкевич, Л.В. Езерская 13

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИКУЛЬТУРНЫХ ЗАНЯТИЙ
С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

М.А. Савенко, Д.Н. Гаврилов, И.Н. Хохлов 17

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАСПОРТНОГО
И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т.В. Рябчикова, Л.А. Егорова, Е.А. Кузьмичева 19

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В УХОДЕ/ОБСЛУЖИВАНИИ
КАК КЛЮЧЕВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ
В ПЛАНИРОВАНИИ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Е.Ю. Голубева, Р.И. Данилова 23

АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА ПОЖИЛЫХ
ЛЮДЕЙ В РОССИИ

Е.И. Бурцева 28

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЯХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ
ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

М.В. Дюютова, Н.К. Гусева 33

EDITORIAL

MODEL OF INTERACTION BETWEEN
GOVERNMENTAL AND NON-GOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN THE SYSTEM OF SOCIAL
SERVICES\CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN RUSSIA

R.I. Danilova, Ye.Yu. Golubeva. 3

ORIGINAL ARTICLES

LIFE EXPECTANCY, MORTALITY AND DISABILITY
IN EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE
OF ELDERLY PEOPLE

I.I. Voroshilova, R.S. Parkhomenko, V.N. Yefanov 9

THE SUDDEN DEATH IN OLD AGE
GROUPS

V.S. Artyushkevich, L.V. Yezerskaya 13

ORGANIZATION OF PHYSICAL TRAINING
FOR ELDERLY PEOPLE

M.A. Savenko, D.N. Gavrilov, I.N. Khokhlov 17

COMPARISON OF PASSPORT
AND BIOLOGICAL AGE

T.V. Ryabchikova, L.A. Yegorova, Ye.A. Kuzmicheva 19

PRACTITIONERS ASSISTANCE

ASSESSMENT OF CARE\SERVICE NEEDS
AS A KEY COMPONENT OF CARE PLANNING
FOR ELDERLY PEOPLE

Ye.Yu. Golubeva, R.I. Danilova. 23

ASPECTS OF THE VACCINATION AGAINST
INFLUENZA OF ELDERLY PEOPLE IN RUSSIA

Ye.I. Burtseva. 28

LETTER TO THE EDITOR

THE NECESSITY IN MEDICO-SOCIAL
ACTIVITIES FOR CERTAIN MEMBERS
OF OLD AGE GROUP

M.V. Doyutova, N.K. Guseva 33

ПАЦИЕНТЫ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
«ПЕРЕДЕЛКИНО»: ОТНОШЕНИЕ К СТАРЕНИЮ,
СМЕРТИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ
И ОПТИМИЗМ

И.В. Сакоренко, В.А. Костенко, В.И. Донцов,
Г.М. Цурикова, Т.И. Грекова 37

К ПРОБЛЕМЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Н.Ю. Натальская, А.В. Меринов, И.А. Федотов 41

**XIV МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ XIV МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» 44

ТЕЗИСЫ XIV МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛОЙ
БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» (Окончание) 46

СРОЧНО В НОМЕР

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ
С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ

Н.А. Кленкова, С.И. Капустин, Н.Б. Салтыкова,
В.М. Шмелева, М.Н. Блинов, Л.П. Папаян 54

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Т.П. Цветкова 59

SUMMARY 63

PATIENTS OF THE GERONTOLOGY CENTER
«PEREDELKINO»: ATTITUDE TO AGING,
DEATH, LIFE SATISFACTION
AND OPTIMISM

I.V. Sakorenko, V.A. Kostenko, V.I. Dontsov,
G.M. Tsurikova, T.I. Grekova. 37

TO THE ISSUE OF GERIATRIC ETHICS

N.Yu. Natalskaya, A.V. Merinov, I.A. Fedotov 41

**XIV ANNUAL INTERNATIONAL
CONFERENCE REPORT.
«OLD PATIENTS. THE QUALITY OF LIFE»**

REPORT ON THE XIV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
«ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE» 44

ABSTRACTS OF THE XIV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
«ELDERLY PATIENT. QUALITY OF LIFE» (end) 46

URGENT ISSUE

GENETIC PREDICTORS
OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA
IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROSIS
OF LOWER EXTREMITY ARTERIES

N.A. Klenkova, S.I. Kapustin, N.B. Saltykova,
V.M. Shmeleva, M.N. Blinov, L.P. Papayan. 54

TREATMENT OF WOMEN WITH SEVERE
CLIMACTERIC SYNDROME
IN POSTMENOPAUSAL PERIOD

T.P. Tsvetkova 59

SUMMARY 63