

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 616.132-089.86

РОЛЬ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лысова Е.А.

Госпиталь для ветеранов войн, г. Белгород, Россия, e-mail: toxa_1984@pochta.ru

В настоящей статье рассмотрена клиническая эффективность специализированной медицинской помощи в условиях гериатрического стационара с позиции качества жизни, связанного со здоровьем. В исследовании приняли участие 30 пациентов пожилого возраста, находившихся на лечении в неврологическом отделении госпиталя с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия. Цель исследования - изучение влияния специализированной стационарной помощи на формирование качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36, включающего восемь шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье. Опросник заполнялся трижды: при поступлении стационар, при завершении курса лечения и через месяц после выписки.

Ключевые слова: пожилой пациент, качество жизни, связанное со здоровьем, дисциркуляторная энцефалопатия, гериатрический стационар.

ROLE OF GERIATRIC HOSPITAL IN THE DEVELOPMENT OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOTHY

Lysova E.A.

Belgorod hospital for veterans, Belgorod, Russia, e-mail: toxa_1984@pochta.ru

The article deals with clinical effect of specialized treatment in geriatric hospital on health-related quality of life. Research embraces 30 elderly patients treated in the department of neurology for discirculatory encephalopathy. Purpose - Studying the impact of specialized inpatient care on the formation of the

quality of life of elderly patients with circulatory encephalopathy. Quality of life was examined with SF-36 questionnaire including 8 scales: vitality, physical functioning, bodily pain, general health perceptions, physical role functioning, emotional role functioning, social role functioning, mental health. Patients were questioned on the day of admission, at the end of treatment course and one month after retirement.

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

Введение.

В связи с ростом средней продолжительности жизни и, как следствие, увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста прогрессивно увеличивается обращение этих групп населения в лечебные учреждения [1, 2]. В настоящее время почти в каждом крупном городе России функционируют гериатрические центры, которые нередко включают неврологические койки. По данным литературы и наших собственных исследований большую часть из нозологий в неврологическом отделении составляют цереброваскулярные заболевания, на дисциркуляторную энцефалопатию приходится 64% [3]. Современной тенденцией в совершенствовании медицинской помощи является оценка состояния пациента с позиций качества жизни [4, 5]. Однако роль специализированной помощи пожилым больным с дисциркуляторной энцефалопатией в условиях гериатрического стационара изучена недостаточно.

Цель исследования - изучение влияния специализированной стационарной помощи на формирование качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы исследования. В качестве клинической базы для исследования был выбран «Госпиталь для ветеранов войн» г. Белгорода, который включает в себя поликлинику и стационар на 100 коек. На неврологическое отделение в учреждении отведено 40. На стационарное лечение пациенты поступали в плановом порядке по направлению поликлиники госпиталя. При поступлении больные проходили общеклиническое обследование, по результатам которого, а также с учетом полиморбидного фона назначались дополнительные методы исследования. Продолжительность курса лечения составила в среднем 19,5 койко-дней. Среди пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью, находившихся на лечении в неврологическом отделении гериатрического стационара, нами были отобраны 30 человек пожилого возраста с энцефалопатией дисциркуляторного характера преимущественно сочетанного генеза. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст составил $71,2 \pm 2,7$), в исследование вошло 24 женщины и 6

мужчин. Причинами развития дисциркуляторной энцефалопатии стали гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз. Для изучения качества жизни в нашем исследовании использовался опросник SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение. Особенностью ведения пожилых пациентов в гериатрическом стационаре явился тот факт, что лечебно-диагностические мероприятия не ограничены медико-экономическими стандартами. Обследование осуществлялось с учетом полиморбидности. При поступлении в госпиталь всем пациентам назначалось обследование, которое включало общеклинические методы, биохимический анализ крови, электрокардиографию. Учитывая многочисленную сопутствующую патологию у пожилых пациентов, большинству больных назначалось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, частота назначения 92,3%. По показаниям пациенты осматривались терапевтом, окулистом, эндокринологом, кардиологом, хирургом. Лечебные мероприятия в гериатрическом стационаре также осуществлялись с учетом полиморбидного фона пожилых пациентов. При подборе медикаментозной терапии назначалась коррекция и сопутствующей патологии в том числе, использовались препараты с плейотропным действием. Основной особенностью фармакотерапии в гериатрическом стационаре является достижение терапевтического эффекта при использовании минимальных доз препаратов.

В качестве антигипертензивных препаратов наиболее часто назначались ингибиторы АПФ (71,4%), диуретики (61,9%), блокаторы кальциевых каналов (19,1%), антагонисты рецепторов к ангиотензину II (14,3%), бета-адреноблокаторы (38,1%).

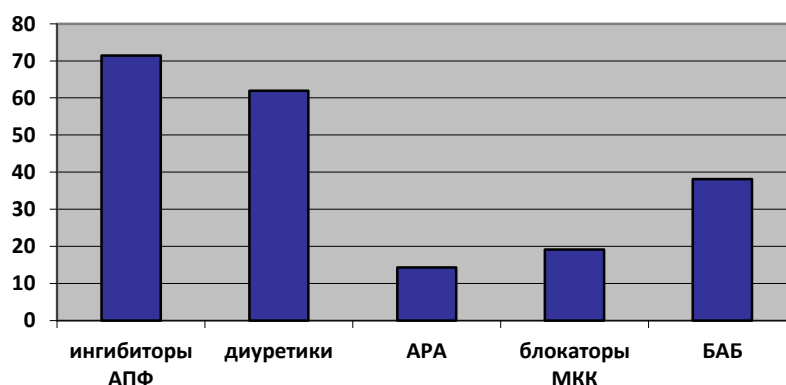


Рисунок 1. Антигипертензивная терапия у пациентов гериатрического стационара.

Из антиагрегантных препаратов назначалась ацетилсалициловая кислота (23,8%). Активно применялись вазоактивные препараты. Принимая во внимание широкую распространенность облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей среди лиц пожилого возраста, частота назначения трентала составила 38,1%, актовегина – 28,6%, никотиновой кислоты – 38,1%. Следует отметить, что эуфиллин, учитывая его проаритмическое и простенокардитическое действие, в гериатрическом стационаре назначался лишь в случае сочетания дисциркуляторной энцефалопатии с обострением ХОБЛ (28,6%). Обращает на себя внимание высокий процент назначения пронорана (47,6%), что согласуется с данными неврологического статуса (экстрапирамидные, когнитивные нарушения). Частота применения мексидола составила 33,3%.

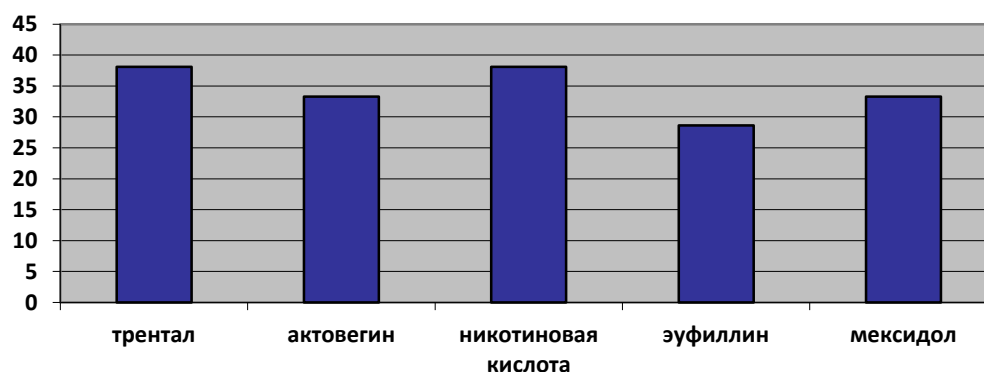


Рисунок 2. Применение вазоактивных препаратов в гериатрическом стационаре.

Особенностью терапии когнитивных нарушений является низкий процент применения пирацетама, что объясняется его проангинальным эффектом у лиц пожилого возраста. Нейропротекторная и ноотропная терапия были представлены глицином – 42,9%, глиатилином – 19,1%, кортексином – 23,8%. частота назначения пирацетама составила 14,3%. Частота применения магния сульфата достигала 42,3%. Витаминотерапия назначалась с частотой 66,7%.

Частота назначения психотропных средств составила 19,1% (группа транквилизаторов). Учитывая высокую распространенность хронического болевого синдрома, связанного преимущественно с заболеваниями опорно-двигательного

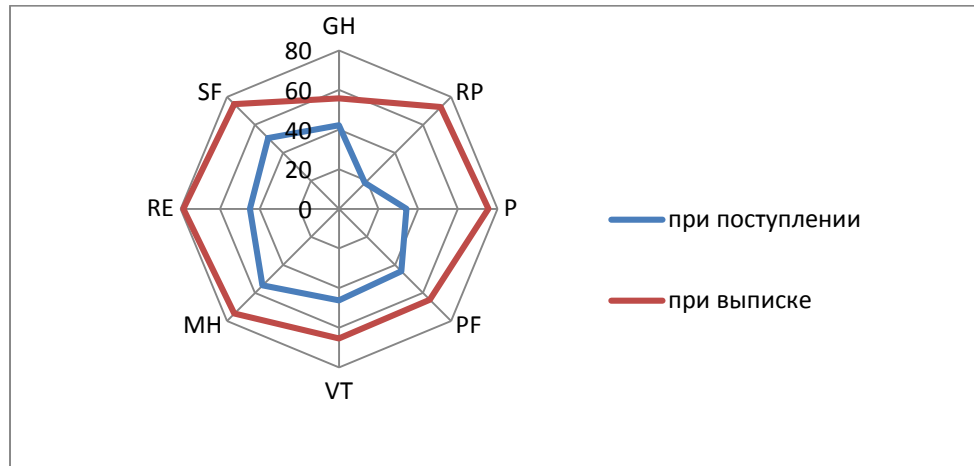
аппарата, в качестве анальгетического препарата использовался карбамазепин (71,4%), в 14,3% применялись антидепрессанты. Нормотимический эффект антиконвульсантов дополнял терапию дисциркуляторной энцефалопатии. Следует отметить, что препараты данной группы назначались пожилым пациентам строго по показаниям и в дозировках, значительно меньше рекомендованных. Из немедикаментозных методов применялись магнито- и лазеротерапия, водолечение.

При поступлении в неврологическое отделение гериатрического стационара у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией выявлено снижение качества жизни. По шкалам физического функционирования (PF) – до $44,5 \pm 11,6$ балла, ролевого физического функционирования (RP) – до $18,5 \pm 13,9$ балла, интенсивности боли (P) – до $34,1 \pm 17,3$ балла, общего здоровья (GH) – до $42,3 \pm 10,9$ балла, жизненной активности (VT) – до $46,3 \pm 13,9$ балла, социального функционирования (SF) – до $50,6 \pm 13,5$ балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – до $45 \pm 27,3$ балла, психического здоровья (MH) – до $54,7 \pm 16,4$ балла.

При завершении курса лечения в условиях гериатрического стационара была выявлена положительная динамика по всем критериям качества жизни: физического функционирования (PF) – на $20,2 \pm 18,6$ балла до $64,8 \pm 11,1$ балла, ролевого физического функционирования (RP) – на $54,0 \pm 20,2$ балла до $72,6 \pm 12,7$ балла, интенсивности боли (P) – на $34,9 \pm 23,2$ балла до $75,5 \pm 13,5$ балла, общего здоровья (GH) – на $13,5 \pm 16,6$ балла до $55,8 \pm 9,7$ балла, жизненной активности (VT) – на $19,2 \pm 13,4$ балла до $65,5 \pm 10,3$ балла, социального функционирования (SF) – на $24,0 \pm 20,4$ балла до $74,8 \pm 13,5$ балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на $33,4 \pm 29,2$ балла до $78,5 \pm 22,9$ балла, психического здоровья (MH) – на $21,1 \pm 17,8$ балла до $74,7 \pm 9,9$ балла.

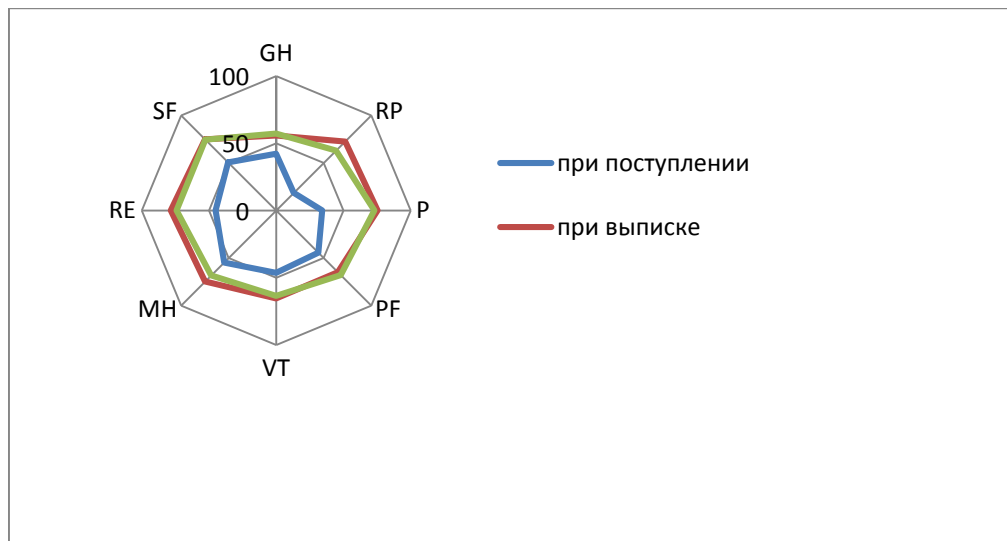
На фоне проведенного лечения при выписке из стационара (спустя 3 недели) выявлена значительная положительная динамика по всем параметрам качества жизни пожилых больных.

Наиболее выраженное улучшение прослеживается по шкалам психического здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, а также по шкале боли.



- $p < 0,05$ по сравнению со значениями до начала терапии.

Рисунок 3. Динамика качества жизни пожилых больных до и после лечения в условиях гериатрического стационара.



- $p < 0,05$ при сравнении показателей при поступлении и при выписке.
- $p > 0,05$ при сравнении показателей при выписки и через месяц после выписки, за исключением RP ($p < 0,05$) и MH ($0,05 < p < 0,1$).

Рисунок 4. Динамика качества жизни пожилых больных до и после лечения в условиях гериатрического стационара и через месяц после выписки.

При исследовании качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией спустя месяц после курса лечения в условиях гериатрического стационара были получены следующие результаты. Положительная динамика сохранялась по шкалам: физического функционирования – на $3,1 \pm 13,9$ балла до $67,9 \pm 10,0$ балла, общего здоровья – на $1,5 \pm 15,9$ балла до $57,2 \pm 10,3$ балла, социального функционирования – на $0,2 \pm 19,0$ балла до $74,6 \pm 13,0$ балла. Снижение достигнутых показателей выявлено по шкалам ролевого физического функционирования – на $9,7 \pm 19,3$ балла до $62,9 \pm 15,2$ балла, интенсивности боли – на $2,4 \pm 19,6$ балла до $73,1 \pm 15,8$ балла, жизненной активности – на $2,1 \pm 13,8$ балла до $63,4 \pm 12,1$ балла, ролевого эмоционального функционирования – на $4,3 \pm 19,2$ балла до $74,2 \pm 22,6$ балла, психического здоровья – на $6,4 \pm 12,0$ балла до $68,3 \pm 9,6$ балла. Однако достоверными изменения были лишь по шкале ролевого эмоционального функционирования.

Выводы:

В гериатрическом стационаре лечебно-диагностические мероприятия осуществляются с учетом полиморбидности и возрастных особенностей фармакодинамики.

Среди лиц пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатии при поступлении в гериатрический стационар отмечалось снижение качества жизни по всем критериям. Наибольшие изменения наблюдались со стороны ролевого физического функционирования и интенсивности боли.

На фоне лечения в условиях гериатрического стационара у исследуемой группы пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией наблюдалось улучшение качества жизни по всем критериям. Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась со стороны ролевого физического, эмоционального функционирования, жизненной активности, общего и психологического здоровья, а также физической активности и социального функционирования.

В постстационарном периоде достигнутые на фоне лечения показатели изменились незначительно. Достоверное снижение качества жизни через месяц после выписки отмечено лишь по шкале ролевого физического функционирования.

Список литературы.

1. Арьев А.Л. Сборник материалов конференции // Серия «Symposium», вып. 24. - СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. - С. 108 - 112.
2. Белоконь О.В. Оценка медико-социального благополучия пожилых в России / О.В. Белоконь // Успехи геронтологии. - 2006. - № 19. - С. 129 – 146.
3. Лысова Е.А. Ведение больных с хронической цереброваскулярной патологией в условиях гериатрического стационара / Е.А. Лысова, А.Е. Литвинов //Фундаментальные исследования. - 2011. - № 9. – С. 96 - 100.
4. Шевченко Ю. Мед. газета. — 2000. - № 53. - С. 6-7; № 54. - С. 6.
5. Davis C. Benefits to Volunteers in a Community-Based Health Promotion and Chronic illness. Self-Management Program for the Elderly / C. Davis, S. Leveille, S. Favaro, M. Logerfo // Geront.Nursing. - 1998. - Vol. 24, № 10. - P. 16 – 17.

References.

1. Ar'ev A.L. Sbornik materialov konferencii // Serija «Symposium», no. 24. - SPb.: Sankt-Peterburgskoe filosofskoe obshhestvo, 2002. - pp. 108 - 112.
2. Belokon' O.V. *Uspehi gerontologii*. 2006, no. 19, pp. 129 – 146.
3. Lysova E.A., Litvinov A.E. *Fundamental'nye issledovanija*. 2011, no. 9, pp. 96 - 100.
4. Shevchenko Ju. Med. gazeta. 2000, no 53, pp. 6-7; № 54. - S. 6.
5. Davis C, Leveille S., Favaro S., Logerfo M. *Geront.Nursing*. 1998, Vol. 24, no. 10, pp. 16 – 17.